

OŠETŘOVATELSKÉ PERSPEKTIVY

V. | 2022

2



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

**SLEZSKÁ
UNIVERZITA**
FAKULTA VEŘEJNÝCH
POLITIK V OPAVĚ



OŠETŘOVATELSKÉ PERSPEKTIVY

2022

Slezská univerzita v Opavě
Fakulta veřejných politik v Opavě



**SILESIA
UNIVERSITY**

FACULTY OF PUBLIC
POLICIES IN OPAVA

NURSING PERSPECTIVES

2022

Silesian University in Opava
Faculty of Public Policies in Opava

Ošetřovatelské perspektivy

2022, roč. 5, č. 2

Vedení redakce

Yveta VRUBLOVÁ (Opava) – šéfredaktorka
Jana HALUZÍKOVÁ (Opava) – zástupkyně šéfredaktorky
Daniela NEDVĚDOVÁ (Opava) – výkonná redaktorka
Zdeňka ŘÍMOVSKÁ (Opava) – výkonná redaktorka
Gabriela SVĚTNICKÁ (Opava) – výkonná redaktorka
Jana TAMFALOVÁ (Opava) – technická redaktorka

Redakční rada

Lada CETLOVÁ (Jihlava), Martina CICHÁ (Olomouc), Mirosława FELSMANN (Bydgoszcz), Jana HALUZÍKOVÁ (Opava), Viera JAKUŠOVÁ (Martin), Kamil JANIŠ (Opava), Daniel JIRKOVSKÝ (Praha), Igor KARNJUŠ (Izola), Helena KISVETROVÁ (Olomouc), David KOPAS (Opava), Andrea LAJDOVÁ (Trnava), Rastislav MAĐAR (Ostrava), Radovan MALÝ (Hradec Králové), Ilona MAURITZOVÁ (Plzeň), Beata Maria NOWAK (Warszawa), Tatiana RAPČÍKOVÁ (Banská Bystrica), Kateřina RATISLAVOVÁ (Plzeň), Zdeňka ŘÍMOVSKÁ (Opava), Margarida SIM-SIM (Évora), Libuše SMOLÍKOVÁ (Praha), Gabriela SVĚTNICKÁ (Opava), Martina ŠOCHMANOVÁ (Praha), Mária ŠUPÍNOVÁ (Banská Bystrica), Alena URÍČKOVÁ (Trnava), Gabriela VÖRÖSOVÁ (Nitra), Yveta VRUBLOVÁ (Opava)

Online verze časopisu je k dispozici na následujícím webu

osp.slu.cz

Časopis je indexován v těchto mezinárodních databázích

EBSCO Publishing, Inc., <http://www.ebsco.com>

European Reference Index for the Humanities and the Social Sciences (ERIH PLUS),
<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/erihplus/>

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

NAKNAP - reklamní a grafické studio, Jan Knap
Na Krásné vyhlídce 591/10, 748 01 Hlučín, Czech Republic

Tisk

Profi-tisk group, s.r.o.
Chválkovická 223/5, 779 00 Olomouc, Česká republika

© Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě, 2022

Evidenční číslo Ministerstva kultury České republiky

E 23014

ISSN 2570-785X (Print)

ISSN 2571-0702 (Online)

OBSAH

EDITORIAL

9

EMPIRICKÁ ŠETŘENÍ A PŮVODNÍ VÝZKUMY

VÝZNAM VYUŽÍVÁNÍ PRACOVNÍCH POMŮCEK
V LÉČEBNÁCH DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH

Denisa Hrůzková, David Korpas

13

TRANSKULTURNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ – POHLED SESTER,
KTERÉ PRACOVALY V CIZINĚ

Ludmila Koudeláková

21

GENDER DIFFERENCES IN THE PERCEPTION
OF DIGNITY AMONG HOSPITALIZED OLDER ADULTS

Renáta Váverková, Helena Kisvetrová, Jana Bermellová

31

OTÁZKY KLINICKÉ PRAXE

PŘÍPRAVA KOJENCE K PRVNÍMU OČKOVÁNÍ

Petra Šimánková, Lucie Křáková

47

DOMÁCÍ HEMODIALÝZA V PRAXI – KAZUISTIKA

Markéta Farníková, Bohdana Břegová, Monika Kupcová

61

TEORETICKÉ A ETICKO-FILOZOFICKÉ STUDIE, PŘEHLEDOVÉ PRÁCE

SEXUALITA, SEXUÁLNÍ ZDRAVÍ A GYNEKOLOGICKÁ PREVENCE
MENTÁLNĚ POSTIŽENÝCH DÍVEK A ŽEN

Daniela Nedvědová, Gabriela Světnická

73

ANTI-KONCEPCE VE SVĚTLE HISTORIE

Zdeňka Římovská, Kamil Janiš

85

NEGATÍVNY ÚČINOK PARKINSONOVEJ CHOROBY
NA PSYCHICKÝ A SOCIÁLNY BLAHOBYT PACIENTA

**Jana Lauková, Mária Šupínová, Zuzana Frčová, Elena Janiczeková,
Denisa Ivaničová, Júlia Jankovičová**

97

SPOKOJNOST S VÝUČBOU OŠETROVATEĽSKÝCH POSTUPOV
V PROBLEMATIKE STAROSTLIVOSTI O DETSKÉHO PACIENTA
AKO MOTIVAČNÝ FAKTOR

Slávka Mrosková, Jana Cuperová, Alena Schlosserová

109

RECENZE A KRÁTKÁ SDĚLENÍ

RECENZE KNIHY PÉČE O DUCHOVNÍ POTŘEBY NEMOCNÝCH
V OŠETŘOVATEĽSKÉ PRAXI

Jana Haluzíková

125

RECENZE KNIHY ENDOMETRIÓZA

Daniela Nedvědová

127

KNIŽNÍ NOVINKY

GERONTOPSYCHIATRIE V KLINICKÉ PRAXI

131

ÚSPĚŠNÉ KOJENÍ

131

NÁHLÉ STAVY Z POHLEDU INTERNISTY

132

SOCIOLOGIE

132

POKYNY PRO AUTORY

133

Milé kolegyně a kolegové, studentky a studenti, vážení čtenáři!

Složení světové populace se v posledních desetiletích dramaticky změnilo, což má závažný dopad nejen na jedince, ale i na jejich rodiny, pečovatele a celou společnost. Populační prognózy uvádějí, že v roce 2050 budou lidé ve věku 60 let a více tvořit přibližně jednu pětinu lidstva. V současné době se ve většině zemí světa zvyšuje počet osob vyššího věku a stárnutí populace tak představuje jednu z nejdůležitějších společenských transformací 21. století. Tato změna s sebou přináší závažné důsledky pro většinu sektorů ve společnosti, včetně rodinných struktur a mezigeneračních vazeb. Předpokládá se, že v nadcházejících desetiletích bude mnoho zemí čelit fiskálním a politickým tlakům ve vztahu k veřejným systémům zdravotní péče, důchodům a sociální ochraně pro narůstající populaci starších osob.



Od roku 1998 připadá každoročně na 1. října Mezinárodní den seniorů, který má společnosti připomínat, že ji mohou obohatit i lidé vyššího věku. Má také zvyšovat povědomí o závažných problémech starší generace, včetně osamělosti, diskriminace a psychického zneužívání. Mezinárodní den seniorů má na každý rok stanovené aktuální ústřední téma. Pro rok 2022 to je „resilience (psychická odolnost) a přínos starších žen“. Téma bylo zvoleno v souvislosti s pandemií COVID-19 a jejím dopadem na prohloubení socioekonomických, environmentálních a zdravotních nerovností starších lidí, zejména starších žen, které tvoří větší část současné seniorské populace.

I když starší ženy významně přispívají k občanskému, ekonomickému, sociálnímu i kulturnímu životu společnosti, jejich zkušenosti bývají často nedocenené a přehlížené. Diskriminace na základě věku a pohlaví prohlubuje nové i stávající nerovnosti, včetně negativních stereotypů, které kombinují ageismus a sexismus. Téma Mezinárodního dne seniorů má proto pomoci více zaměřit pozornost společnosti na tuto problematiku.

Dalším cílem, který je navázán na téma Mezinárodního dne seniorů 2022, je zvýšení povědomí o důležitosti lepšího celosvětového sběru dat, která jsou rozdělena podle věku a pohlaví. Zaměření výzkumných studií také na genderovou dimenzi umožňuje vytvářet komplexní znalosti o významných faktorech, které mají dopad na stárnoucí populaci. Prodlužování délky lidského života v současné společnosti s sebou přináší i nové potřeby a výzvy související se stárnutím populace v kontextu genderových rozdílů. Podle Světové zdravotnické organizace lze pohlaví chápat jako „složitý vzorec rolí, zodpovědností, norem, hodnot, svobod a omezení, který definuje to, co je považováno za "mužské"

a "ženské". Tyto vzory rolí významnou měrou ovlivňují i to, jak jedinec vnímá proces svého stárnutí a faktory, které mají na jeho stárnutí významný dopad.

Úroveň znalostí zdravotníků o stárnutí může ovlivňovat jejich profesionální očekávání i jejich přístup k péči o starší pacienty a pacientky. Proto se v době, kterou charakterizuje narůstající stárnutí populace, stává vzdělávání v oblasti geriatrie a gerontologie důležitou součástí profesní přípravy budoucích zdravotníků. Je tedy potřeba, abychom my zdravotníci, učitelé i studenti přemýšleli o stáří a stárnutí, o péči, kterou seniorům poskytujeme a o faktorech, které mohou kvalitu života starších žen i mužů ohrožovat. Odměnou nám pak bude vědomí, že jsme mohli pozitivně ovlivnit kvalitu života i pocit důstojnosti seniorů.

To Vám všem upřímně přeji

doc. PhDr. Helena Kisvetrová, Ph.D.
proděkanka pro vědu a výzkum a doktorské studium
Fakulta zdravotnických věd
Univerzita Palackého v Olomouci

	EMPIRICKÁ ŠETŘENÍ A PŮVODNÍ VÝZKUMY	
--	--	--

VÝZNAM VYUŽÍVÁNÍ PRACOVNÍCH POMŮCEK V LÉČEBNÁCH DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH

THE IMPORTANCE OF THE USE OF WORK AIDS IN LONG-TERM HOSPITALS

Denisa Hrůzková¹, David Korpas²

Abstrakt

Východiska: Tato praktická studie se zabývá vyhodnocením významu používání vybavení a pomůcek usnadňujících péči o pacienty v léčebnách dlouhodobě nemocných. Vybavením nebo pomůckami se rozumí ošetrovatelské pomůcky, vybavení pokojů a prostředky usnadňující koupání pacientů.

Cíl: Cílem bylo pomocí dotazníkového šetření s uzavřenými otázkami a využitím statistických metod zjistit, zda vnímání dostatečnosti tohoto vybavení závisí na některém z ukazatelů, či samo může mít vliv na spokojenost zdravotnického personálu. Jedná se o dílčí cíle rozsáhlejší studie, mapující spokojenost ošetrovatelského personálu i pacientů v léčebnách dlouhodobě nemocných.

Metody: Kvantitativní dotazníková metoda (nestandardizovaný dotazník).

Výsledky: Nejhorší výsledek byl zaznamenán v obou zařízeních u vybavení pokojů, lepší u pomůcek ke koupání a nejlépe pak dopadla dostupnost ošetrovatelských pomůcek potřebných k vykonávání ošetrovatelské péče. Celkové hodnocení personálu v LDN A dosáhlo skóre 4,18 a v LDN B skóre 4,29 z maxima 5. Mezi spokojeností personálu a dostatkem pomůcek byla vypočtena kladná hodnota Spearmanova korelačního koeficientu: $r_s=0,676$. To představuje signifikantně významný vliv dostatku pomůcek na spokojenost personálu s $p < 0,01$. Ani jednou z použitých metod nebyl zjištěn signifikantní rozdíl ve vybavení pomůckami mezi oběma zdravotnickými zařízeními nebo zastoupenými pohlavími zdravotnických pracovníků.

Závěr: Z našeho i jiných průzkumů vyplývá, že pracoviště jsou obvykle dobře materiálně vybavena. Navíc tento spíše technický či materiální faktor je obvykle v praxi řešitelný získáním finančních prostředků pro opatření případných chybějících pomůcek personálem v rámci svých kompetencí.

¹ LDN Klokočov, Fakultní nemocnice Ostrava

² Vysoká škola báňská, Technická univerzita Ostrava

Klíčová slova

léčebna dlouhodobě nemocných, dlouhodobá péče, ošetrovatelská péče o seniory

Abstract

Background: This practice-based study evaluates the importance of using the equipment and aids to facilitate patient care in a long-term care facility. Equipment or aids are defined as nursing aids, room equipment and aids to facilitate patient bathing.

Aim: The aim was to use a questionnaire survey with closed questions and statistical methods to find out whether the perception of the sufficiency of this equipment depends on any of the indicators, or whether it can itself have an impact on the satisfaction of nursing staff. These are partial aids of a larger study, mapping the satisfaction of nursing staff and patients in long-term care hospitals.

Methods: quantitative questionnaire method (non-standardized questionnaire).

Results: The worst result was recorded in both facilities for room equipment, better for bathing aids and the best result was for the aids needed for nursing care. The overall score of staff in long-term care hospital A was 4.18 and in long-term care hospital B it was 4.29. A positive Spearman's correlation coefficient calculated between the staff satisfaction and the availability of aids was $r_s=0.676$. This represents a significant effect of aids sufficiency on staff satisfaction with $p < 0.01$. There was no significant difference in the provision of aids between the two health facilities or the gender of the nursing staff.

Conclusion: Our and other surveys show, that workplaces are well equipped. Moreover, this rather technical or material factor is usually solvable in practice by obtaining funding by providing any missing equipment by staff within their competences.

Keywords

long-term care hospital, long-term care, nursing care for the elderly

ÚVOD

Ošetrovatelská péče o seniory se realizuje v léčebnách dlouhodobě nemocných (LDN). Tyto náleží k odborným léčebným zařízením geriatrického odvětví, a jsou zaměřeny na péči o starší občany a chronicky nemocné. Tato péče je součástí speciálních okruhů ošetrovatelství. Účelem je zajistit seniorům potřebnou ošetrovatelskou péči, dle jejich nároků spojených s vyšším věkem. Péče o seniory totiž nemůže být stejná jako u dalších skupin pacientů, měl by být brán zřetel na jednání s nemocnými a celkovou odlišnost přístupu (Burda, Šolcová, 2016). Péče v rámci dlouhodobého hlediska se poskytuje také seniorům se sníženou soběstačností. Mezi aspekty zvyšující míru potřebné dlouhodobé

péče, se řadí vzrůst množství lidí, kteří překonali závažné onemocnění. Nutnost dlouhodobé péče je u pacientů, kde soběstačnost nebyla plně obnovena a zdraví zůstalo určitým způsobem trvale poškozeno. Potřeba dlouhodobé péče je orientována také na lidi s porušeným zdravím po zraněních a úrazech (Holmerová, 2014). Zdůrazněna je rehabilitace, nácvik sebepečce a autonomie (Dolanský, 2008). Mezi nejčastější důvody hospitalizací se řadí choroby kardiovaskulárního systému, stavy po CMP, dehydratace, stavy po pádech, psychická a nádorová onemocnění. Jde většinou o osoby starší 60 let (Kalvach, 2004). U starších nemocných navíc dochází postupem času ke vzniku polymorbidity. Ve vyšším věku jde o běžný jev (Weber P. a kol., 2018). Na každém oddělení pracuje kolektiv zdravotnických a ošetrovatelských pracovníků. Tak je tomu i v léčebně dlouhodobě nemocných. Tým se skládá z lékařů, všeobecných sester, praktických sester, rehabilitačních pracovníků a fyzioterapeutů, sanitářů, ošetrovatelek a nutričního terapeuta. Tito zaměstnanci by měli spolupracovat a snažit se hromadnými silami co nejefektivněji pomáhat pacientům (Kelarová a kol., 2015).

Základní péče poskytované v LDN spočívá v podávání léčiv v pravidelných časových intervalech, či úpravě podávané lékové terapie ošetřujícím lékařem, podle zdravotního stavu pacientů. (Dolanský, 2008). Dále rehabilitační léčba s ohledem na možnosti pacientů. Záměrem rehabilitace je docílit u pacientů takové fáze soběstačnosti, aby byli schopni navrátit se znovu do domácích prostor, případně zvládli přesun do sociálního zařízení, nedovoluje-li situace jiné řešení. Neméně důležité je dále polohování, které je považováno za klíčové pro předcházení tvorbě dekubitů. Komplexní ošetrovatelská péče je pak cílena na nemocné, u nichž setrvává zhoršený zdravotní stav, nebo jsou malé šance na zlepšení míry soběstačnosti natolik, aby se pacienti byli schopni postarat o sebe sami. U takových pacientů je snaha zachovat alespoň dosavadní a co nejvyšší možnou úroveň soběstačnosti pro udržení hodnoty života (Dolanský, 2008).

Kvalitou ošetrovatelské péče a kvalitou života v LND i z hlediska materiálního vybavení se zabývala už Jakubíková (2009), zde se však jednalo spíše o pohled klientů. Spokojeností s vybavením pomůckami se ve své bakalářské práci zabývala Taušová (2011), která podrobně zkoumala spokojenost pracovníků LDN jedné pražské fakultní nemocnice. Konkrétní doporučení, včetně požadavků na pokoje pacientů, sanitární vybavení atd. jsou uvedeny ve zprávě ombudsmana (Veřejný ochránce práv, 2017). Mezi uváděnými požadavky patří snížení kapacity pokojů, resp. přizpůsobení kapacity pokojů jejich velikosti. Pokoj musí být pro pacienta bezpečným a důstojným prostředím, musí poskytovat alespoň základní míru soukromí. Je nutné dodržovat povinné vybavení pokojů stanovené vyhláškou o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení ve zdravotnických zařízeních. Dále zajistit všem pacientům dostupnou a funkční signalizaci a dbát o neprodlenou reakci personálu na signalizaci od lůžka. Pacienty, kteří nemohou ovládat signalizaci, je nutné navštěvovat tak často, aby v případě komplikací nezůstali bez pomoci a aby nebyl ohrožen jejich režim. Zajistit dostatečný počet bezbariérových toalet a koupelen, které umožňují sprchovat imobilní pacienty vleže. Zajistit na toaletách pro pacienty toaletní papír, mýdlo a ručníky. Toaletní papír zajistit přímo v kabině toalety, vybavit toalety dostupnou a funkční signalizací a oddělit toalety pro muže a ženy. Je vhodné vybavit koupelny závěsy či jinými prostředky pro zajištění soukromí a zajistit možnost bezpečného uzamknutí (Veřejný ochránce práv, 2017).

CÍL PRÁCE

Cílem této práce je retrospektivně kvantifikovat názory nelékařského zdravotnického personálu na vybavení pomůckami k vykonávání ošetrovatelské práce v léčebnách dlouhodobě nemocných. K vyhodnocení tohoto cíle byly použity odpovědi na tři otázky vlastního dotazníku. Jako „pomůcky“ se rozumějí ošetrovatelské pomůcky (prostředky k vykonávání ošetrovatelské péče), vybavení pokojů nebo koupelen a prostředky ke koupání pacientů.

METODIKA

Byla zvolena metoda kvantitativního šetření realizována pomocí dotazníku vlastní konstrukce. Dotazník se skládá z 25 uzavřených otázek, z toho u čtyř otázek je možnost dalšího zdůvodnění v případě zvolení negativní odpovědi. Téměř všechny odpovědi jsou vytvořeny pomocí Likertovy škály. Je to osvědčená technika měření postojů a zároveň i jejich přibližné síly. Začíná od „naprosto souhlasím“ a pokračuje přes středový neutrální bod, k „naprosto nesouhlasím“ na druhém konci. Vytvořena byla již v roce 1932 (Hayes, 2011). Jednotlivým odpovědím byly přiřazeny kvantifikátory, kdy vždy u nejvíce souhlasné odpovědi (rozhodně ano) byl přiřazen kvantifikátor 5, méně souhlasné odpovědi (spíše ano) kvantifikátor 4, neutrální odpovědi (nevím, nemůžu posoudit) kvantifikátor 3, mírně nesouhlasné odpovědi (spíše ne) kvantifikátor 2 a nesouhlasné odpovědi (rozhodně ne) kvantifikátor 1. Tyto výše uvedené kvantifikátory byly pro každou LDN zprůměrovány u všech otázek vztahujících se k dílčímu cíli. Na závěr byl vypočten průměr všech relevantních odpovědí.

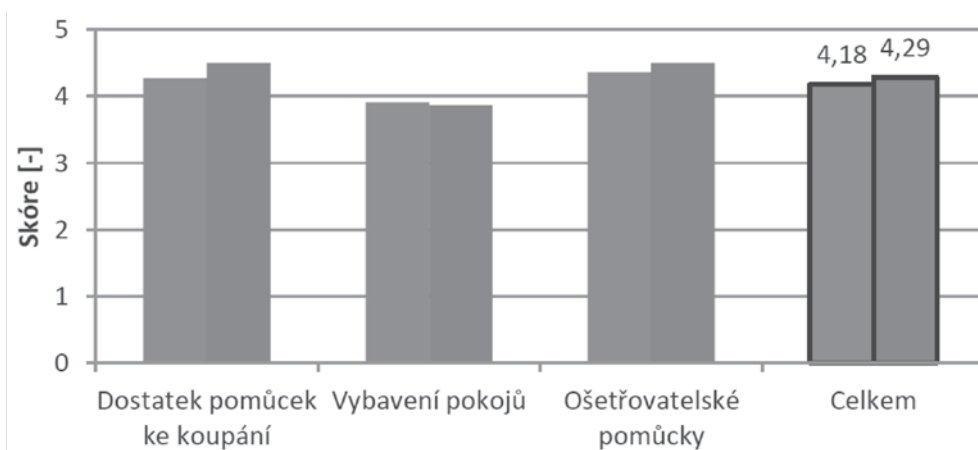
Výzkum se realizoval ve dvou zdravotnických zařízeních pro dlouhodobě nemocné v Moravskoslezském kraji. Dotazníkové šetření probíhalo v průběhu měsíce března 2021 v obou zařízeních současně. Hodnotící zdravotnický personál se v obou zařízeních skládal ze zdravotních sester a ošetrovatelského personálu (sanitáři, ošetrovatelky). V instituci LDN A byl dotazník vyplněn 35 zaměstnanci, z toho 2 dotazníky byly nedostatečně vyplněny a v konečných výsledcích nejsou zahrnuty. Průměrný věk zaměstnanců této léčebny činil 43,5 roku. V instituci LDN B vyplnilo dotazník 31 zaměstnanců, z toho 1 dotazník byl nedostatečně vyplněn, tudíž byl vyřazen. Průměrný věk personálu byl 45,2 roku.

Ze statistických metod byly použity Mann-Whitneyův U-test a Spearmanův korelační koeficient.

VÝSLEDKY

Pomocí statistických metod se zjišťovalo, zda existuje signifikantní rozdíl mezi oběma LDN nebo rozdíl podle nějakého jiného sledovaného parametru. V obou léčebnách byl zjištěn nejlepší výsledek u vybavení ošetrovatelskými pomůckami, u LDN A to bylo 4,36, v LDN B pak 4,5. Nejhorší výsledek vyšel u vybavení pokojů (3,90 u LDN A a 3,87 u LDN B z maxima 5). Celkové hodnocení personálem v LDN A dosáhlo skóre 4,18 a v LDN B skóre 4,29 (obr. 1), rozdíl však není signifikantní.

Obr. 1 Porovnání subjektivního vnímání vybavení pomůckami v LDN A (levý sloupec) a LDN B (pravý sloupec)



Vyhodnocení dostatku pomůcek podle LDN

Pomocí Mann-Whitneyova U-testu byl hodnocen rozdíl ve vnímání celkového vybavení pomůckami zdravotnickým personálem mezi dvěma hodnocenými LDN. Počet respondentů v LDN A byl 33 a počet respondentů LDN B byl 30. Úroveň hodnoty $p = 0,604$ je větší než 0,05, není tedy signifikantní rozdíl v dostatečném množství pomůcek mezi LDN A a LDN B.

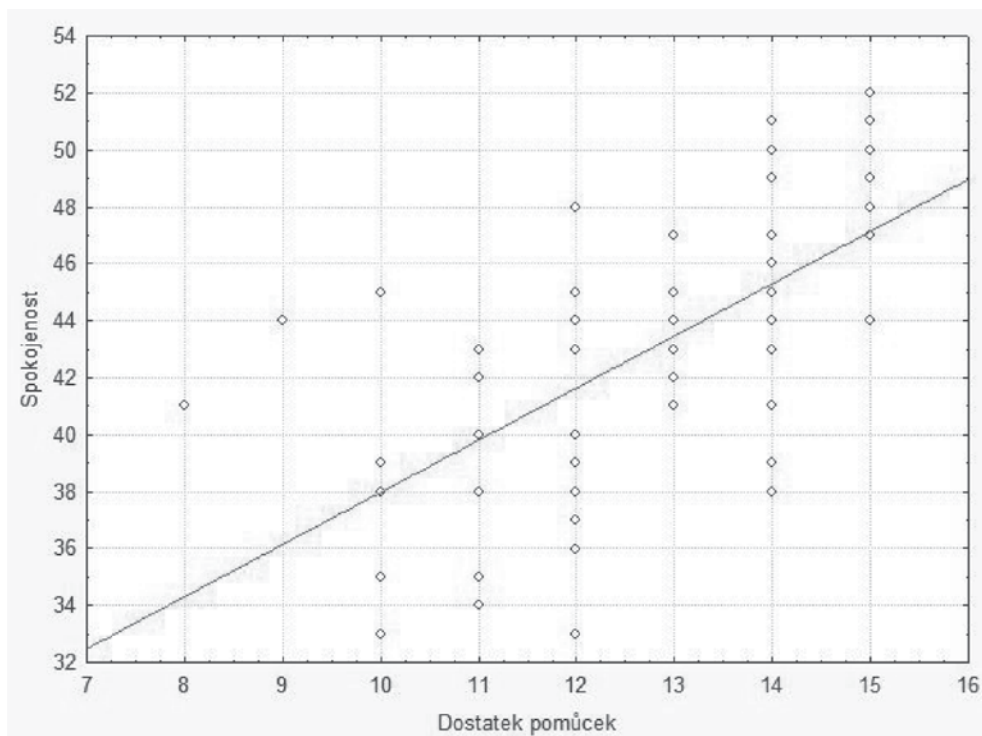
Vyhodnocení dostatku pomůcek dle pohlaví

Pomocí Mann-Whitneyova U-testu byl hodnocen rozdíl ve vnímání celkového vybavení pomůckami zdravotnickým personálem podle pohlaví. Počet respondentů žen byl 58, počet respondentů mužů 5. Úroveň hodnoty $p = 0,219$ je větší než 0,05, není tedy rozdíl v závislosti na pohlaví respondentů.

Vyhodnocení vlivu dostatku pomůcek na spokojenost personálu

Spokojenost personálu se hodnotila rovněž pomocí dotazníku s Likertovou škálou odpovědí. Počet respondentů byl také 63. Pomocí metody Spearmanovy korelace se získala kladná hodnota korelačního koeficientu: $r_s=0,676$. Existuje tedy silná signifikantní závislost mezi dostatkem pomůcek a spokojeností zdravotnického personálu s $p < 0,01$. V následujícím obr. 2 je vidět, že se zvyšujícím se dostatkem pomůcek narůstá i spokojenost personálu.

Obr. 2 Závislosti spokojenosti zdravotnických pracovníků na subjektivním vnímání dostatku pracovních pomůcek



DISKUZE

Z našeho průzkumu vyplývá, že materiální vybavenost LDN je na vysoké úrovni. V obou léčebnách byl zjištěn nejlepší výsledek u vybavení ošetrovatelskými pomůckami (průměrně 4,36 a 4,5 z maxima 5), nejhorší výsledek vyšel u vybavení pokojů a koupelen (3,90 a 3,87 z maxima 5). Patrně to může souviset s finanční i organizační náročností případných rozsáhlejších stavebních úprav dispozic pokojů v LDN.

Limitací této práce je poměrně malý vzorek pracovníků (33 resp. 30), jednorázové dotazníkové šetření a pouze dvě oslovené LDN, což neumožňuje náročnější statistické vyhodnocení či odhalení nějakých trendů. Jelikož jsme předem nepředpokládali tak významný vliv vybavením pomůckami, nejsou otázky dotazníku dostatečně vhodně strukturované, tedy z dat není například možné zjistit, které konkrétní pomůcky ke spokojenosti přispívají nejvíce.

Spokojeností s vybavením oddělení se ve své bakalářské práci také zabývala Taušová (2011). Došla ke zjištění, že 20% zaměstnanců LDN bylo velmi spokojeno, spíše

spokojeno potom 51,43 %, neutrálně se vyjádřilo 5,71 %, spíše nespokojeno bylo 20 % a velmi nespokojeno jen 2,86 %. Lze tedy tyto výsledky srovnat s našimi a konstatovat, že pracoviště jsou obvykle uspokojivě materiálně vybavena.

ZÁVĚR

Dílčí metodou bylo zjištěno celkové skóre otázek souvisejících s dostatkem pomůcek pro personál. Vyhodnocení je uvedeno pomocí přiřazených kvantifikátorů 1–5. Nejhorší výsledek byl zaznamenán v obou zařízeních u vybavení pokojů, lepší u pomůcek ke koupání a nejlépe pak dopadla dostupnost ošetrovatelských pomůcek potřebných k vykonávání ošetrovatelské péče, rovněž tomu tak bylo v obou zařízeních. Ani jednou z použitých metod nebyl zjištěn signifikantní rozdíl ve vybavení pomůckami mezi oběma zdravotnickými zařízeními a zastoupenými pohlavími zdravotnických pracovníků. Metodou Spearmanových korelací byl dále zjištěn signifikantně významný vliv dostatku potřebných pomůcek na spokojenost personálu. Tento spíše technický či materiální faktor je obvykle v praxi řešitelný. Ošetrovatelský personál LDN si v rámci svých kompetencí vhodně opatřuje pomůcky zajišťující odpovídající vysokou úroveň ošetrovatelské péče v LDN.

Literatura

BURDA, P., a ŠOLCOVÁ L. *Ošetrovatelská péče: pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5334-8.

DOLANSKÝ, H. *Ekonomika zdravotnických a sociálních služeb*, 1.vydání, Opava 2008, 133 s., ISBN 978-80-7248-482-9.

HAYES, N. *Základy sociální psychologie*. Vyd. 6. Přeložila Irena ŠTĚPANÍKOVÁ. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-909-5.

HOLMEROVÁ, I. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. Praha: Grada publishing, 2014. ISBN 978-80-247-5439-0.

JAKUBÍKOVÁ, L. *Kvalita ošetrovatelské péče versus kvalita života v LND*. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta: 2009. Vedoucí práce: N. BEHARKOVÁ.

KALVACH, Z. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada publishing, 2004. ISBN 80-247-0548-6.

KELNAROVÁ, J. a kol. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy - 1. ročník. 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5332-4.

TAUŠOVÁ, A. *Kvalita pracovního života vybraných skupin všeobecných sester* [online]. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2. Lékařská fakulta, 2011. Vedoucí práce D. JIRKOVSKÝ.

VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV. *Léčebny pro dlouhodobě nemocné* [online]. Brno: Veřejný ochránce práv, 2017. [cit. 26. 5. 2021]. Dostupné z https://www.ochrance.cz/uploads-import/ESO/LDN_souhrnna_zprava_2017_web.pdf.

WEBER, P. a kol. Poruchy termoregulace a jejich význam ve vyšším věku. *Vnitřní lékařství*. 2018, roč. 64, č. 11, s. 1091–1097. ISSN 0042–773X.

Kontakt

Ing. David Korpas, Ph.D.
Vysoká škola báňská
Technická univerzita Ostrava
17. listopadu 2172/15
708 00 Ostrava-Poruba
david.korpas@vsb.cz

TRANSKULTURNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ – POHLED SESTER, KTERÉ PRACOVALY V CIZINĚ

TRANSCULTURAL NURSING – A VIEW OF NURSES WORKING ABROAD

Ludmila Koudeláková¹

Abstrakt

Východiska: Příspěvek se zabývá pohledem sester, které získaly pracovní zkušenost v cizině, na ošetrovatelskou péči v zahraničí a následně v České republice. Příspěvek popisuje základní pohledy sester, jak vnímají poskytování a způsoby ošetrovatelské péče v cizině a v České republice.

Cíl: Hlavní cíl je popsat pohled sester, které pracovaly v cizině. Mezi dílčí cíle výzkumného šetření patří dosažené vzdělání a důvod, proč sestry odjely do ciziny. Náplň práce sestry a její hodnocení, největší rozdíly v práci sestry u nás a v dané zemi. A co bylo nejtěžší po návratu do České republiky a nynější pohled na zdravotnictví v cizině a v tuzemsku.

Metody: Metodika využívá interpretační, narativní metody. V rámci výzkumného šetření jsou použity polostrukturované rozhovory a je vytvořen scénář kvalitativního výzkumu.

Výsledky: Výsledky byly vyhodnoceny kvalitativním kódováním, analýzou dat a interpretací výsledků.

Diskuze: Ve výzkumném šetření se setkáváme s osobnostmi sester, které mají zkušenosti z odlišného kulturního prostředí. Z výzkumného šetření vyplývá, že sestry jsou ovlivněny zkušeností v multikulturním prostředí, vnímají přínosy této pracovní zkušenosti a také problémy související s pracovní zátěží. Nejdůležitější se jeví seznámení se s novými přístupy, které vedly k otevřenosti a možnosti pracovat v multikulturním prostředí, s ohledem na vytvoření si kulturních kompetencí a přínos sester s kulturními kompetencemi v praxi.

Závěry: Sestry pracující v kulturně rozmanitém prostředí mají cenné znalosti a zkušenosti v oblasti mezilidské kulturní komunikace. Tyto zkušenosti a znalosti je důležité předávat v rámci ošetrovatelské praxe.

Klíčová slova

sestra, transkulturní ošetrovatelství, práce v zahraničí, poskytování péče

¹ Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého v Olomouci

Abstract

Background: The paper deals with the view of nurses who have gained work experience abroad, nursing care abroad and subsequently in the Czech Republic. The paper describes the basic views of nurses, how they perceive the provision and methods of nursing care abroad and in the Czech Republic.

Aim: The main aim is to describe the view of nurses who worked abroad. One of the partial goals of the research survey is the achieved education and the reason why the nurses went abroad. The content of the nurse's work and its evaluation, the biggest differences in the nurse's work in our country and in the given country. And what was the hardest thing after returning to the Czech Republic and the current view of health care in homeland and abroad.

Methods: The methodology uses interpretive, narrative methods. Semi-structured interviews are used in the research survey and a qualitative research scenario is created.

Results: The results were evaluated by qualitative coding, data analysis and interpretation of the results.

Discussion: In the research survey we meet personalities of nurses who have experience from different cultural backgrounds. The research shows that nurses are affected by experience in a multicultural environment, they perceive the benefits of this work experience as well as problems related to workload. The most important thing seems to be to get acquainted with new approaches that have led to openness and the opportunity to work in a multicultural environment, with regard to the creation of cultural competencies and the contribution of nurses with cultural competencies in practice.

Conclusions: Nurses working in a culturally diverse environment have valuable knowledge and experience in the field of interpersonal cultural communication. This experience and knowledge are important to pass on in nursing practice

Keywords

nurse, transcultural nursing, abroad, nursing care

ÚVOD

Príspevek sa zaoberá výskumným šetrením v oblasti transkulturného ošetrovateľstva. Vychádza z teórie kultúry a výchozími body transkulturného ošetrovateľstva, kulturní pluralitou, kulturní difúzií, kulturní mezerou a prenosu kulturných prvků v rámci ošetrovateľskej péče (Soukup, 2000). Zaoberá sa pohľadom sester, ktoré pracovali v zahraničí, na ošetrovateľskou péču v zahraničí a poté v Českej republike. Kulturní kompetence je proces, ktorý sa rozvíja ako

důsledek národních i mezinárodních zkušeností. Sestry jsou schopny porozumět základům různých kultur, když se učí a prožívají situace v ošetrovatelské péči v mezinárodním prostředí (Granel et al., 2021). Existuje jasná souvislost mezi kulturní kompetencí a nejvhodnější péčí (Savicki, 2008) a péčí zaměřenou na pacienta (Darnell a Hickson, 2015). V rámci transkulturního ošetrovatelství víme, že mnoho sester dokáže uplatnit poznatky o nových kulturách a kulturních prvcích do ošetrovatelské péče (Mráčková, 2019). Nositelé stejné kultury mají společný jazyk, hodnotový systém, podobné vzorce chování a uvažování (Soukup, 1994). Studie zabývající se problematikou transkulturního ošetrovatelství ukazují implementaci kulturních prvků do ošetrovatelské péče (Caglar et al., 2020; Im et al., 2018). Proto je důležitý pohled sester, které poznaly úroveň a rozsah péče v zahraničí. Zda narazily na kulturní mezery v ošetrovatelské péči a setkaly se s kulturní pluralitou.

CÍL PRÁCE, ORGANIZACE VÝZKUMU

Hlavní cíl je popsat pohled sester, které pracovaly v cizině. Mezi dílčí cíle výzkumného šetření patří dosažené vzdělání a důvod, proč sestry odjely do ciziny. Náplň práce sestry a její hodnocení, největší rozdíly v práci sestry u nás a v dané zemi. A co bylo nejtěžší po návratu do ČR a nynější pohled na zdravotnictví v cizině a tuzemsku.

Pro výzkumné šetření bylo použito interpretativních, narativních metod a byl vytvořen scénář otázek pro kvalitativní zpracování výzkumu. Pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče je důležité pochopení zdraví a nemoci v kontextu různých kultur. K tomu dojde jen při hlubším pochopení života těchto lidí (Faber, 2019). Sestry, které pracovaly nebo prováděly výzkum v zahraničí, se s touto problematikou setkávají každodenně. Příspěvek popisuje základní pohledy sester a to, jak vnímají poskytování a způsoby ošetrovatelské péče. Hlavním nástrojem interkulturně kompetentního zdravotníka se stává účelná komunikace, založená na poznání individuálních potřeb pacienta. Základní myšlenkovou linií je skutečnost, že v současnosti neexistuje kulturně homogenní společnost. Z tohoto důvodu není možná kulturní generalizace, ale nezbytná je individuální akceptace. Každý jedinec je individuální kulturní entitou s unikátními projevy, požadavky a potřebami (Pokorná, 2015). A toto se týká obou stran ošetrovatelského procesu, nejen nemocných, ale také sester.

METODIKA

V rámci metodiky jsou použity interpretační, narativní metody. Ve výzkumném šetření je použito polostrukturovaných rozhovorů a je vytvořen scénář kvalitativního výzkumu. Pro analýzu dat byl využit nástroj QDA Miner Lite. Vyhodnocování výsledků proběhlo kvalitativním kódováním, analýzou dat a interpretací výsledků. Byly sledovány aspekty ošetrovatelské péče a největší rozdíly v náplni práce sester a práce v multikulturním týmu. Mezi hlavní kritéria bylo zahrnuto dosažené vzdělání a důvod, proč odjely sestry do ciziny. Sesterská práce, její hodnocení a co bylo nejtěžší po návratu do České republiky. Také nynější pohled na zdravotnictví tady a v cizině.

Popis výzkumného souboru: Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 10 participantů. Jednalo se o odborné pracovníky ve zdravotnictví, a to všeobecné sestry a porodní asistentky. Výzkumný soubor byl vybrán pomocí metody stratifikovaného účelového výběru. Kritérium výběru byla možnost pracovního nebo výzkumného pobytu v zahraničí v oblasti ošetřovatelství.

Způsob zpracování dat: rozhovory s participanty byly nahrané na diktafon a zpracovány podle doslovné transkripce. Takto vytvořené transkripce jsou vloženy do počítačového programu QDA Miner Lite, který umožňuje další zpracování. Pro výzkumné šetření byla data analyzována pomocí otevřeného kódování. V programu QDA Miner Lite byla vytvořena síť hlavních kódů a subkódů. Mezi hlavní kódy patřilo dosažené vzdělání a důvod, proč sestry odjely do ciziny, náplň práce sestry a její hodnocení, největší rozdíly v práci sestry u nás a v dané zemi, co bylo nejtěžší po návratu do ČR a nynější pohled na zdravotnictví v cizině a tuzemsku. Hlavní kódy představují důležitá témata, jimž se participanté během rozhovoru věnovali, a subkódy představují konkrétní poznatky a názory. Při použití citací participantů je uvedena zkratka P a číslo participanta (P1 a podobně).

VÝSLEDKY

Tab. 1 Charakteristika respondentů

participant	země	vzdělání
P1	Saudská Arábie	VŠ
P2	Saudská Arábie	VŠ
P3	Velká Británie	VOŠ
P4	Spojené státy americké	VŠ
P5	Spojené arabské emiráty	VŠ
P6	Velká Británie	VŠ
P7	Spojené státy americké	VŠ
P8	Německo	VOŠ
P9	Německo	VŠ
P10	Německo	VOŠ

Vzdělání a důvody

- Dosažené vzdělání

V rámci výzkumného šetření převažovaly sestry s vysokoškolským vzděláním. V menší míře byly zastoupeny sestry s vyšším odborným vzděláním.

- Důvod proč sestry odjely do ciziny

Důvodem, proč sestry odjely do ciziny, bylo přání poznat svět a mít dobré znalosti transkulturního ošetřovatelství. Mezi hlavní uváděná kritéria patřilo poznat svět, zlepšit si jazykové kompetence a finančně se zaopatřit. Také zájem o něco nového, snaha

se odlišit a ekonomická situace v zemi, do které se rozhodly odcestovat. „Nejdůležitější pro mě bylo vyzkoušet něco nového a to poté, co jsem vystudovala, abych toho později nelitovala“ (P3).

Náplň práce sestry

- Sesterská práce a její hodnocení

Mezi nejčastěji zmiňované nároky byl velký tlak na vzdělání v cizině. Přestože sesterská kvalifikace byla podmínkou, velmi se dbalo na sjednocení vzdělávání, důvodem bylo hlavně to, že sestry, které pracovaly v dané oblasti, pocházely z celého světa. „Požadavek na vysokou odbornou kvalifikaci sester, byl považován na nejdůležitější“ (P5). Často se sestry z výzkumného vzorku setkávaly se dny, které byly určeny pouze pro vzdělávání personálu. Tyto dny se každoročně opakovaly. Mezi výhody, které sestry opakovaně vyjadřovaly, a které ve své práci nejvíce zaznamenávaly, bylo hodnocení postavení personálu. Práce sestry jako samostatná odpovědná práce, která má oddělenou lékařskou větev a sesterskou větev. Z odpovědí participantů vyplývalo, že tímto docházelo k lepší komunikaci. A také díky vysokému hodnocení samostatnosti byla komunikace velmi přímá. Mezi nejvíce uplatňovanými principy v rámci analýzy bylo seznámení se s novými přístupy, které vedly k otevřenosti, a možnosti pracovat v multikulturním prostředí.

- Největší rozdíly v práci sestry u nás a v dané zemi

Jako největší rozdíl vnímaly sestry více kompetencí kladené pouze na sestry. „V Českém zdravotnictví hodně spoléháme na lékaře“ (P8). Velký důraz byl kladen na vzdělání sester. Výhodou byla možnost přístupu i do jiných částí zdravotnického zařízení než jen těch částí, kde sestry pracovaly. A byla patrná větší informovanost personálu. Rozdíl v péči hlavně shledávaly sestry v respektování duchovních hodnot, byl kladen velký důraz na náboženskou stránku. „Týkalo se to hlavně Ramadánu, kdy jsme hodně umožňovaly plánování směn“ (P2). Další výhodou sestry vnímaly v míře optimismu. Na kladení preciznosti v práci sestry, lpění na přesném provádění péče. Výhodou spatřovaly v příjemné atmosféře. Možnosti využívat všechny prostory a jejich dostatečnou velikost. Jako důležitý aspekt bylo uvedeno dobrovolnictví. „Dobrovolníci byli vnímáni jako součást týmu“ (P7). Dalším aspektem byl přístup rodiny a podílení se na ošetrovatelské péči. Jedna z nejvíce zmiňovaných oblastí bylo komfortní vybavení zdravotnického zařízení.

- Co bylo nejtěžší po návratu do České republiky?

Mnozí z participantů zdůrazňovali fakt, že největší problém bylo znovu si zvyknout na prostředí. „Nejenom v práci, ale i tak celkově“ (P9). Také snaha o změnu, která není okamžitá, ale pozvolná. Byly uváděny důvody, kdy jim nebylo porozuměno, Uváděly, že ostatní nechápali, proč se vrátily. Jako velkou nevýhodu participanté uváděli, že se lidé „bojí“. „Byl to pro mě kulturní šok“ (P1). „Po dlouhé době jsem zase byla na začátku“ (P8). Participanté uváděli, že ačkoliv se posunuli v odbornosti, získali cenné zkušenosti, nebyli kladně přijati v nemocnici. „Získala jsem práci na odloučeném pracovišti, kde nebyla možnost růstu. Trvalo chvíli, než jsem mohla pokračovat v kariéře“ (P1) Také jako důležité kritérium byla uváděna samostatnost v rozhodování, schopnost samostatné práce.

- Nynější pohled na zdravotnictví tady a v cizině.

Z rozhovorů vyplynuly určité znaky, které byly hodnoceny jako zkušenosti z ciziny. Postupem času byly vnímány jako výhoda v kariéře. Sestry uváděly ve své nynější práci širší rozhled a větší schopnost adaptability. Mezi další výhody také kontakty, rozhled a odolnost vůči stresu. Jako výhodu českého zdravotnictví pak vyzdvihovaly to, že se jedná o homogenní prostředí. Mezi zmiňované výhody patří vysoká úroveň zdravotnictví a relativně nízká míra multikulturního prostředí. Podle participantů se jedná o homogenní společnost, kde v České republice není jazyková bariéra „*např. angličtina versus arabština*“ (P2), a že jazyk klientely je stejný. Všichni participanté hodnotí své zahraniční zkušenosti kladně. Sestry shodně uvedly, že jsou rády, že tyto zkušenosti získaly. A také, že tyto zkušenosti a znalosti může předávat dál v rámci ošetrovatelské praxe.

DISKUZE

Oblast transkulturního ošetrovatelství je jedna z velmi důležitých oblastí péče o nemocného. V rámci České republiky se setkáváme s kontaktem zdravotnického personálu s relativně homogenní skupinou obyvatelstva. Přínosem pro praxi je pohled zdravotních sester, které byly v přímém kontaktu kulturní péče o nemocného. V literatuře se setkáváme s kulturními koncepty (Faber, 2019), poskytování péče (Caglar et al., 2020), vzdělávání sester v oblasti transkulturního ošetrovatelství (Granel et al., 2021). Problematika sester, které pracovaly v zahraničí, je přínosná pro další praxi (Hettnerová, 2017). Ve výzkumném šetření se setkáváme s konkrétními osobnostmi sester, které mají zkušenosti z odlišného kulturního prostředí. Co se týká interpretace dat v oblasti pohledu sester na práci v cizině, z výzkumného šetření vyplývá, že sestry jsou ovlivněny zkušeností v multikulturním prostředí, vnímají přínosy této pracovní zkušenosti a také problémy související s pracovní zátěží. Nejdůležitější se jeví seznámení se s novými přístupy, které vedly k otevřenosti a možnosti pracovat v multikulturním prostředí. Studie zabývající se kulturními kompetencemi např. (Faber, 2019) uvádí, že bohužel stále existuje omezený výzkum faktorů, které ovlivňují kulturní kompetence sester. A dále uvádí, že k zavádění a podpoře kulturních kompetencí může dojít pouze u dobře kvalifikovaných, angažovaných sester, které jsou si vědomy svých vlastních kulturních hodnot a přesvědčení. Jak zmiňuje (Caniceiro et al., 2018) kulturní kompetence nabývá ještě většího rozměru u zahraničních pacientů nebo při praxi v zahraničí. Poptávka po kulturně kompetentních sestrách roste. Budoucí sestry musí být otevřené vůči mezinárodní spolupráci a ochotné rozvíjet kvalitu péče z kulturního hlediska. Ošetrovatelské vzdělávání v mnoha zemích poskytuje studentům možnost učit se ošetrovatelství v různých kulturách, a přitom absolvovat část studia v zahraničí (Kokko, 2011). Ošetrovatelství čelí zásadní výzvě získat kulturně kompetentní sestry, protože stále více pacientů pochází z různých kultur. V současné době je také poměrně hodně nabídek možnosti vycestovat do zahraničí již v průběhu studia. Také si musíme uvědomit, že výzvy v prostředí výrazně ovlivňují výsledky práce sestry. Z pohledu transkulturního ošetrovatelství, kulturní difúze a přenosu kulturních prvků v rámci ošetrovatelské péče, které jsou významnými aspekty, se kterými byly sestry v každodenním kontaktu, nebyly vnímány jako signifikantní. Přestože sestry působily

v odlišném prostředí, vnímaly zejména nutnost vzdělávání a prostředí bylo zaznamenáno jako komfortní. Sestry v rozhovorech nenaznačily ani v jednom případě rozdílnost a předsudky v rámci své ošetrovatelské práce. Z výzkumu je patrné, že docházelo k určitému rozčarování po příjezdu zpět do vlasti, kde sestry nebyly zcela spokojené se svým postavením. Ve srovnání s touto zkušeností je důležité si uvědomit, že sestry se zkušenostmi ze zahraničí mohou zaměstnavatelům nabídnout mnoho díky své připravenosti na kulturně kompetentní ošetrovatelství.

Jistá limitace výzkumného šetření se jeví v oblasti postavení sester v zahraničí a v České republice. Přestože prestiž sestry je v České republice na vysoké úrovni, zkušenosti sester uvádějí, že postavení sestry v zahraničí je odlišné. Práce sestry je více samostatná a je oddělená na lékařskou větev a sesterskou větev. Přestože práce sestry je podpořena kompetencemi v mnoha oblastech, jistě by bylo vhodné tuto oblast – postavení sestry ve zdravotnictví – podpořit dalším výzkumným šetřením. A uvědomovat si, že je obohacující mít zkušenosti z odlišného kulturního prostředí u ošetřujícího personálu. Sestry vyžadují osobní a profesionální dovednosti, které zahrnují schopnost poskytovat péči různým populacím a spolupracovat napříč obory při poskytování kulturně citlivé kvalitní péče.

Doporučení pro praxi: vzhledem k možnostem univerzálnosti práce sestry, jednotných postupů a snahou o internacionalizaci ošetrovatelské péče je důležité, aby sestry se zahraniční zkušeností byly vnímány plnohodnotně a jako přínos každého interdisciplinárního týmu. Jak uvádí výzkumy (Meaux, Saviers, Traywick, 2021) studium a pobyt v zahraničí je prospěšnou strategií pro rozvoj kulturní kompetence budoucích sester. A znalost kulturních kompetencí je přínosná a potřebná pro celou oblast ošetrovatelství.

ZÁVĚR

Kulturní porozumění a interpersonální komunikace vytváří základ pro ošetrovatelské cíle, vzdělání a dodržování předpisů a jsou zásadní pro bezpečnou a vysoce kvalitní ošetrovatelskou péči. Riziko nesprávné komunikace a potenciální nebezpečí nesprávné péče se u pacienta a ošetřujícího personálu značně zvyšuje, když dochází k jazykové bariéře nebo jiným kulturním nebo sociálním bariérám. Sestry, které vycestovaly do kulturně odlišných zemí, byly pravidelně vzdělávány. Bylo běžné, že pracovaly v multikulturních týmech. Proto sestry pracující v kulturně rozmanitém prostředí mají cenné znalosti a zkušenosti s mezilidskou kulturní komunikací. Tyto zkušenosti a znalosti je důležité předávat dál v rámci ošetrovatelské praxe.

Financování

Výzkum není financován z veřejných zdrojů.

Literatura

ÇAGLAR, S., a BILGILI, N. Transcultural Nursing Care in Turkey. *Florence Nightingale J Nurs*. 2020, roč. 28, č. 1, s. 110–123. Dostupné z: doi: 10.5152/FNJN.2020.18008. ISSN 2687-6442.

CANICEIRO, A., PLAUT, S., RECOUPE E. a VEAUX A. Cultural competency and practising abroad. *Rev Infirm*. Jun-Jul 2018, roč. 67(242), s. 37–38. Doi: 10.1016/j.revinf.2018.03.011. ISSN 1293-8505.

DARNELL, L. K. a HICKSON, S. V. Cultural competent patient – centered nursing care. *Nurs Clin North Am*. 2015, roč. 50, č. 1, s. 99–108. Dostupné z: doi.org/10.1016/j.cnur.2014.10.008. ISSN 0029-6465.

FARBER J. E. Cultural Competence of Baccalaureate Nurse Faculty: Relationship to Cultural Experiences. *J Prof Nurs*. 2019, roč. 35, č. 2, s. 81–88. Dostupné z: doi: 10.1016/j.profnurs.2018.09.005. ISSN 8755-7223.

GRANEL, N., LEYVA-MORAL, J. M a MORRIS, J. et al. Student's satisfaction and intercultural competence development from a short study abroad programs: A multiple cross-sectional study. *Nurse educ pract*. 2021, roč. 50, 102926. Dostupné z: 10.1016/j.nepr.2020.102926. ISSN 1471-5953.

HETTNEROVÁ, M. Získat uznání pro českou sestru v zahraničí je dřina. *Florence*. 2017, č. 1–2, s. 8–11. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2017/1/ziskat-uznani-je-pro-ceskou-sestru-v-zahranici-drina/>. ISSN 2570-4915.

IM, E. O. and LEE, Y. Transcultural Nursing: Current Trends in Theoretical Works. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*. 2018, roč. 12, č. 3, s. 157–165. Dostupné z: doi:10.1016/j.anr.2018.08.006. ISSN 1976-1317.

KOKKO, R. Future nurses' cultural competencies: what are their learning experiences during exchange and studies abroad? A systematic literature review. *J Nurs Manag*. 2011 Jul, vol. 19, no. 5, p. 673–82. doi: 10.1111/j.1365-2834.2011.01221.x. ISSN 1365-2834.

MEAUX, J., SAVIERS, B. and TRAYWICK, L. Effects of study abroad on cultural and interprofessional competencies. *Nurse Educ Today*. 2021 Aug, vol. 103, 104928. doi: 10.1016/j.nedt.2021.104928. ISSN 0260-6917.

MRÁČKOVÁ, L. a BEDŘICHOVÁ, P. Úroveň transkulturního ošetrovatelství v Novém Jičíně, Opavě a Ostravě. *Ošetrovateľské perspektivy*. 2019, roč. 2, č. 2, s. 13–20. Dostupné také z: <https://osp.slu.cz/>. ISSN 2570-785X.

POKORNÁ, A. Podpora interkulturní sociální interakce v ošetrovatelském vzdělávání a klinické praxi. *Onkologie* [online]. 2015, roč. 9, č. 1, s. 47–50. Dostupné z: <https://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2015/01/12.pdf>. ISSN 1802-4475.

SAVICKI, V., ed. Developing Intercultural Competence and Transforming Theory Research and Application in International Education. *Sterling*: Stylus Publishing, 2008. ISBN 978-1-57922-265-9.

SOUKUP, V. *Dějiny sociální a kulturní antropologie*. Praha: Univerzita Karlova, 1994. ISBN 80-70668-82-2.

SOUKUP, V. *Přehled antropologických teorií kultury*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-328-5.

Kontakt

Mgr. Ludmila Koudeláková, Ph.D.
Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého v Olomouci
Hněvotínská 3, 779 00 Olomouc, Česká republika
[ludmila.koudelakova @upol.cz](mailto:ludmila.koudelakova@upol.cz)

GENDER DIFFERENCES IN THE PERCEPTION OF DIGNITY AMONG HOSPITALIZED OLDER ADULTS

Renáta Váverková¹, Helena Kisvetrová¹, Jana Bermellová^{1,2}

Abstract

Background: Given the ageing of the population, it is important to examine the perception of dignity and the factors that may influence it among older adults.

Aim: To determine how the perception of dignity and the factors that influence it differ in hospitalized older adult men and women.

Methods: A quantitative cross-sectional study was used with a battery of the following questionnaires in their Czech versions: Patient Dignity Questionnaire (PDI-CZ), Geriatric Depression Scale, Attitudes to Ageing Questionnaire, Barthel's Index and Mini-Mental State Examination.

Results and discussion: 294 hospitalized older adults participated in the study. In the overall assessment of dignity, men and women did not differ. Differences were confirmed in two PDI-CZ items which were more often perceived as a problem by men, namely: Feeling that I do not have control over my life ($p = 0.019$) and Feeling that I am not being treated with respect and understanding by others ($p = 0.048$). It was also shown that the men with higher depression ($\beta = 2.337$, $p < 0.0001$), a more negative attitude to ageing ($\beta = -0.481$, $p = 0.002$) and those who did not live alone ($\beta = 8.379$, $p = 0.008$) had a worse perception of dignity. In women, a lower perception of dignity was associated only with higher depression ($\beta = 1.99$, $p < 0.0001$) and lower age ($\beta = -0.311$, $p = 0.012$).

Conclusion: The results showed that the only common factor influencing the perception of dignity in both men and women was the level of depression.

Keywords

dignity; older adult; hospitalization; gender; depression; attitude to ageing, self-sufficiency

¹ Science and Research Centre, Faculty of Health Sciences, Palacký University Olomouc

² Second Department of Internal Medicine – Gastroenterologic and Geriatric, University Hospital Olomouc

INTRODUCTION

The Czech Republic is among the countries with the oldest population, ranking 16th globally (PRB, 2021). In 2020, the ratio of women and men aged 70 in the Czech Republic was 1.21 (IHIS, 2021). This corresponds to the global trend of ageing populations with an increasing proportion of women (Steinmayr, Weichselbaumer & Winter-Ebmer, 2020; Boerma et al., 2016; Kalfoss, 2016). Women often spend more years of their lives with functional limitations on the activities of daily life, have a worse assessment of their overall wellbeing (Steinmayr, Weichselbaumer & Winter-Ebmer, 2020) and have more fears associated with ageing (Apesoa-Varano et al., 2015) as well as more negative attitudes towards old age (Kalfoss, 2016).

Old age, as the final stage of a person's life, represents a very vulnerable period (Burton-Jeangros & Zimmermann-Sloutskis, 2016). Older adults suffer more often from a chronic course of diseases and are hospitalized more often (Riviere et al., 2019). Dependence on other persons puts them into the loss of dignity risk group (Oosterveld-Vlug et al., 2016).

Dignity is just difficult to define in its complexity (Ostaszkievicz et al., 2020). It refers to personal values and is associated with self-esteem and a sense of respect on the part of others (Zirak et al., 2017). Contemporary philosophical trends define dignity as a universal concept with a multidimensional approach (Franco, Caldeira & Nunes, 2021). In current research, dignity is becoming an important topic because it represents an important predictor of the quality of life in the older adult age of both men and women (Kisvetrová et al., 2021).

Gender can be described as a complex pattern of roles, responsibilities, norms, values, freedoms and limitations that defines what is considered "masculine" and "feminine". It can have a significant impact on an individual's dignity, motivation, well-being and attitudes towards ageing (Ferretti et al., 2019; Kalfoss, 2016; Matud et al., 2020). In order to fully understand the factors related to the perception of an individual's personal dignity, the gender perspective should also be taken into account (Bai et al., 2018). In geriatric research and practice, gender still plays a rather marginal role, although it represents an important social determinant of health (Matud et al., 2020). Although a significant part of the changes in old age is common to both men and women, there are some psychological differences or differences in the attitudes of society to an individual on the basis of their gender (Bai et al., 2018; Ferretti et al., 2019). For example, in the context of male identity, it may be more difficult for older men to talk about their concerns related to threats to their dignity. Identifying the factors that may influence men's and women's perception of dignity in old age is therefore important (Staats et al., 2021).

AIM OF THE STUDY

The aim of this study was to determine how the perception of dignity and the factors that influence it differ in older hospitalized men and women.

METHODOLOGY

Characteristics of the sample of respondents

The research sample included older adults hospitalized in standard geriatric wards. The inclusion criteria were: age 65 years and older, hospitalized for at least two days and signed informed consent before inclusion in the study. The exclusion criteria were: terminal stage of disease, severe sensory deficit (vision or hearing) and the presence of dementia. The respondents were acquainted in advance with the aim of the research and instructed on how to fill in the questionnaires.

Data collection

The research was conducted in 2020–2021 at the University Hospital Olomouc and was approved by the Ethics Committee of the Faculty of Health Sciences at Palacký University Olomouc (protocol No. UPOL-1701/1040-2020) and the management of the University Hospital Olomouc. The respondents were invited to complete the questionnaire separately or in the form of a structured interview with a researcher.

Research Design

A quantitative approach was implemented: a cross-sectional study using a set of standardized questionnaires in their Czech versions.

The Patient Dignity Questionnaire (PDI-CZ) is a screening tool that allows the identification of a wide range of problems that may cause concerns related to the threat to dignity. It has 25 items with a five-point Likert scale (a value of three or more points means that the respondent rates this item as a problem). The total score of the questionnaire is from 25 to 125 points. A higher score indicates a higher threat to dignity (Chochinov et al., 2008). The Czech version of PDI-CZ was validated in 2017 and has very good psychometric properties (Kisvetrová et al., 2018).

The Attitudes to Ageing Questionnaire (AAQ) contains 24 items divided into three domains (psychosocial loss; physical change; psychological growth). The individual items are complemented by a five-point Likert scale. The total AAQ score is from 24 to 120 points. A higher score indicates a more positive attitude towards ageing (Laidlaw et al., 2007; Dragomirecká & Prajsová, 2009).

The Barthel's Index (BI) evaluates ten activities of daily living in terms of motor functions. Each item is allotted zero, five, or ten points. The overall score of the questionnaire is from zero to 100 points and a high loss of self-sufficiency is 40 points or less (IHIS, 2018).

The Geriatric Depression Scale (GDS) is a screening tool to detect the presence of depressive symptoms in older adults. It contains 15 self-assessment items (rating of zero or one point). The total GDS score is from zero to 15 points. As the number of points increases, the severity of depression increases as well (Conradsson et al., 2013).

Data analysis

Descriptive statistics were used for basic data analysis. To evaluate the influence of depression, self-sufficiency levels, attitudes towards ageing, cognition and basic

sociodemographic characteristics on the perception of dignity among older adults, a multivariable linear regression performed by the stepwise method was used. The assumptions of the multivariable linear regression were verified using the Durbin-Watson test and the variance inflation factor (VIF). The quality of the model was evaluated by the coefficient of determination R^2 . All of the tests were performed at a statistical significance level of <0.05 . The statistical program SPSS 25.0 (SPSS, Chicago, IL, USA) was used for statistical data processing.

RESULTS

Sample characteristics

The research involved 294 older adults hospitalized in the geriatric department of the University Hospital Olomouc (average age $78.4 \text{ years} \pm 7.6 \text{ years}$; 92 [31.3%] men; length of hospitalization $9.8 \pm 7.0 \text{ days}$). Statistically significant differences between men and women were demonstrated only in age (women were significantly older; $p = 0.005$), in the level of education (men were more likely to have higher education; $p = 0.001$) and living arrangement (women lived alone more often; $p < 0.0001$). An overview of the socio-demographic and clinical characteristics and differences between men and women is shown in Table 1.

Tab. 1 Sociodemographic and clinical characteristics

		Entire group N = 294 -100 %	Males N = 92 -31.30 %	Females N = 202 -68.70 %	p
age, average, SD		78.4±7.6	76.6±7.7	79.3±7.4	0.005
education, n (%)	basic	49 (16.7)	5 (5.4)	44 (21.8)	0.001
	vocational certificate	115 (39.1)	46 (50.0)	69 (34.2)	
	secondary	92 (31.3)	27 (29.3)	65 (32.2)	
	higher	38 (12.9)	14 (15.2)	24 (11.9)	
living arrange- ment, n (%)	lives alone	103 (35.0)	28 (30.4)	75 (37.1)	<0.0001
	lives with a partner	112 (38.1)	52 (56.5)	60 (29.1)	
	lives with other people	79 (26.9)	12 (13.0)	67 (33.2)	
hospitalization, average, SD		9.8±7.0	9.7±7.1	9.9±6.9	0.464
BI, n (%)	light dependence	180 (61.2)	5 (5.4)	21 (10.4)	0.399
	medium dependence	88 (29.9)	28 (30.4)	60 (29.7)	
	high dependence	26 (8.8)	59 (64.1)	121 (59.9)	
GDS, n (%)	no depression	178 (60.5)	55 (59.8)	123 (60.9)	0.884
	mild depression	94 (32.0)	31 (33.7)	63 (31.2)	
	manifest depression	22 (7.5)	6 (6.5)	16 (7.9)	
MMSE, average, SD		27.7±1.9	27.5±2.2	27.7±1.8	0.812
AAQ, overall score, average, SD		76.9±11.4	76.2±11.4	77.3±11.4	0.356
PDI, total score average, SD		44.7±15.6	46.6±17.9	43.9 (14.5)	0.358

Evaluation of dignity

In the overall assessment of dignity (PDI-CZ score), there was no significant difference between men and women (46.6 ± 17.9 vs. 43.9 ± 14.5 ; $p = 0.358$). However, statistically significant differences were found in the perception of the severity of the problem within two items: Feeling that I do not have control over my life ($p = 0.019$) and Feeling that I am not being treated with respect and understanding on the part of others ($p = 0.048$). These items were perceived as a problem by a higher percentage of men (Table 2).

Tab. 2 Gender differences in the evaluation of the individual items of PDI-CZ

PDI-CZ Items	Men (n = 92) number (%)	Women (n = 202) number (%)	p
1: Not able to perform tasks of daily living	27 (29.3)	49 (24.3)	0.39
2: Not able to attend to bodily functions	30 (32.6)	47 (23.3)	0.115
3: Physically distressing symptoms	38 (41.3)	71 (35.1)	0.362
4: Feeling how you look has changed	15 (16.3)	34 (16.8)	1
5: Feeling depressed	13 (14.1)	30 (14.9)	1
6: Feeling anxious	13 (14.1)	33 (16.3)	0.73
7: Feeling uncertain	36 (39.1)	80 (39.6)	1
8: Worried about future	31 (33.7)	69 (34.2)	1
9: Not being able to think clearly	21 (22.8)	30 (14.9)	0.099
10: Not being able to continue usual routines	47 (51.1)	90 (44.6)	0.315
11: Feeling no longer who I was	24 (26.1)	50 (24.8)	0.885
12: Not feeling worthwhile or valued	26 (28.3)	47 (23.3)	0.384
13: Not able to carry out important roles	17 (18.5)	41 (20.3)	0.755
14: Feeling life no longer has meaning or purpose	15 (16.3)	21 (10.4)	0.179
15: Feeling have not made meaningful contribution	26 (28.3)	39 (19.3)	0.096
16: Feeling of unfinished business	22 (23.9)	41 (20.3)	0.54
17: Concerns regarding spiritual life	11 (12.0)	17 (8.4)	0.392
18: Feeling a burden to others	26 (28.3)	51 (25.2)	0.668
19: Not feeling in control	23 (25.0)	27 (13.4)	0.019
20: Reduced privacy	35 (38.0)	74 (36.6)	0.896
21: Not feeling supported by friends	10 (10.9)	10 (5.0)	0.08
22: Not feeling supported by health care providers	10 (10.9)	13 (6.4)	0.241
23: Not being able to fight the challenges of illness	21 (22.8)	34 (16.8)	0.259
24: Not being able to accept the way things are	12 (13.0)	18 (8.9)	0.302
25: Not being treated with respect	11 (12.0)	10 (5.0)	0.048

Factors influencing the perception of dignity

To determine the influence of the selected factors on the perception of personal dignity in men and women, a multivariable linear regression (stepwise method) with the PDI-CZ score (overall dignity rating) as a dependent variable was used. Prior to the actual analysis, a regression diagnosis of linearity, multicollinearity and homogeneity as well as normality and independence of residues was carried out. Linearity was verified by visual inspection of scatter charts. Multicollinearity was verified by a matrix of correlations (no correlation was higher than 0.8) and VIF values (all values were lower than 2). Independence of residues was verified by the Durbin-Watson test (1.37-2.09) which did not indicate a more serious violation of the model assumptions. Normality was verified by the Shapiro-Wilk test and homogeneity was monitored by a scatter graph of standardized residues and predicted Y values. The highest value ($R^2 = 0.529$) was observed for the model for all respondents, the lowest ($R^2 = 0.232$) for the model for women. The model was built using the stepwise method. Only those predictors that had a statistically significant influence on the predicted dependent variable (dignity) were selected for the model. Their influence was expressed in terms of regression coefficients (β). The model created for men explained 45% of the variability of the dependent variable. In men, depression ($\beta = 2.337$, $p < 0.0001$), attitudes towards ageing ($\beta = -0.481$, $p = 0.002$) and living arrangement ($\beta = 8.379$, $p = 0.008$) had a significant impact on dignity. Those men with a higher degree of depression and a more negative attitude towards ageing and those who did not live alone gave their dignity a worse rating. The model created for women explained 23% of the variability of the dependent variable. Only depression ($\beta = 1.99$, $p < 0.0001$) and age ($\beta = -0.311$, $p = 0.012$) had a significant impact on dignity. Those women with higher depression and a lower age gave their dignity a worse rating. The results for the models for the whole sample and for men and women are presented in Table 3.

Tab. 3 Linear stepwise regression (dignity as dependent variable)

Factor	Entire file		males		females	
	β (95% CI)	<i>p</i>	β (95% CI)	<i>p</i>	β (95% CI)	<i>p</i>
Depression (GDS)	1.99 (1.440-2.540)	<0.0001	2.337 (1.268-3.406)	<0.0001	1.989 (1.475-2.503)	<0.0001
Attitude to Ageing (AAQ)	-0.202 (-0.366-0.037)	0.017	-0.481 (-0.782-0.181)	0.002		
Age	-0.321 (-0.526-0.116)	0.002			-0.311 (-0.533-0.069)	0.012
Living arrangement (lives alone vs. no)			8.379 (2.246-14.511)	0.008		
R2	0.529		0.448		0.232	
VIF	1.333		1.324		1.025	
D-W test	1.666		2,09		1.367	

DISCUSSION

The results of our study showed that there was no significant difference in the overall perception of dignity between men and women. However, men were more likely than women to rate Feeling that I do not have control over my life and Feeling that I'm not being treated with respect and understanding by others as problems. The lower ratings for these items among men could be related to the specific features of male identity. The male role, understood as productivity, self-control and material success, provides men with a certain social status. Therefore, ageing men may be at an increased risk of inadequate adaptation to the decline in their physical abilities, loss of control over their body and the emotions that accompany ageing (Apesoa-Varano et al., 2015). Our assumption has been confirmed by a Dutch study focused on older adults which claims that a change in the state of health requiring hospitalization, staying in multi-bed rooms and dependence on other people, especially women, can endanger the dignity of men (Oosterveld-Vlug et al., 2016).

The factors that were confirmed as having an effect on men's perception of dignity were attitudes towards ageing and social situations. Those men with a more positive attitude to ageing and those who lived alone perceived their dignity as better. Several studies have confirmed that men tend to rate their health, the course of ageing and overall well-

being better (Pan et al., 2019; Boerma et al., 2016; Steinmayr, Weichselbaumer, Winter-Ebmer, 2020). Positive attitudes towards one's own ageing are associated with a higher level of life satisfaction (which is mostly also associated with personal dignity) and help protect an older adult from negative reactions to stimuli and stressors (Bellintier & Neupert, 2018). Those that may appear in the case of hospitalization are impaired health, progression of the disease or a loss of self-sufficiency and autonomy (Bryant et al., 2012). The other factor that significantly influences the assessment of dignity exclusively in men was living arrangement; those men who lived alone perceived their dignity more positively. Although this finding may seem illogical at first glance, it is consistent with the conclusions of the study by Djundeva et al. (2019). The authors state that it is important to distinguish between older adults who live alone. Most (up to two-thirds) are not vulnerable and helpless, but they do as well as, or even better than, their peers who do not live alone. Older men, regardless of their social status, usually do not wish to be passive. Living alone does not in itself mean the absence of family and other sources of support and contacts (Larsson & Silverstein, 2004) which fulfil their need for mutual affection and belonging (Steверink et al., 2011).

Age had a significant influence on the assessment of dignity only in women, as women of older age reported less of a problem with dignity. It would seem that poorer health, a greater incidence of chronic diseases, limitations on physical strength, loss of independence or the death of a lifelong partner must have a negative effect on biological, emotional and existential needs with increasing age (Silva et al., 2021; Staats et al., 2020). Women, as more social beings, often maintain friendships and close ties with children or other relatives and friends even at an older age and thus have sources of social support even at an older age (Schaan, 2013). In the case of hospitalization, a caring environment and staff they can trust are very important for the dignity of older women. The possibility of participating in the care and awareness of their state of health provide women with a sense of control, security and dignity even at an older age (Clancy et al., 2021).

The only factor influencing the perception of personal dignity in both men and women was the rate of depression. The relationship between the construct of dignity and clinical depression was also confirmed by an Italian study (Grassi et al., 2017). Person with depression often perceive themselves negatively, which can have an impact on their self-esteem as part of the dignity that the individuals attribute to themselves. Conversely, respect for dignity among hospitalized patients plays an important role in reducing stress and depression (Salehi et al., 2020).

CONCLUSION

The findings of our study show that different factors influence older men's and women's perception of dignity, except for depression for which a gender gap has not been confirmed. The knowledge of the factors influencing the dignity of hospitalized older men and women can help nurses provide individualized nursing care that preserves the dignity of older adults, taking into account the gender-specific features.

References

APESOA-VARANO, E. C., BARKER, J. C. and HINTON, L. Shards of sorrow: Older men's accounts of their depression experience. *Social Science & Medicine*. [online]. 2015, vol. 124, p. 1–8. [cit. 10. 12. 2021]. ISSN 0277-9536. DOI: 10.1016/j.socscimed.2014.10.054.

BAI, X., GUO, Y. U. and FU, Y. Y. Self-image and intergenerational relationships as correlates of life satisfaction in Chinese older adults: will gender make a difference? *Ageing & Society*. [online]. 2018, vol. 38, no. 7, p. 1502–1519. [cit. 19. 11. 2021]. ISSN 1469-1779. DOI: 10. 1017/S0144686X17000113.

BELLINGTIER, J. and NEUPERT, S. D. Negative Aging Attitudes Predict Greater Reactivity to Daily Stressors in Older Adults. *The Journals of Gerontology: Series B*. [online]. 2018, vol. 73, no. 7, p. 1155–1159. [cit. 18. 12. 2021]. ISSN 1758-5368. DOI: 10.1093/geronb/gbw086.

BOERMA, T., HOSSEINPOOR, A. R., VERDES, E. and CHATTERJI, S. A global assessment of the gender gap in self-reported health with survey data from 59 countries. *BMC Public Health*. [online]. 2016, vol. 16, no. 675. [cit. 10. 12. 2021]. ISSN 1471-2458. DOI: 10.1186/s12889-016-3352-y.

BRYANT, CH., BEI B., GIBSON, K. et al. The relationship between attitudes to aging and physical and mental health in older adults. *International Psychogeriatrics*. [online]. 2012, vol. 24, no. 10, p. 1674–1683. [cit. 18. 12. 2021]. ISSN 1741-203X. DOI: 10.1017/S1041610212000774.

BURTON-JEANGROS, C. and ZIMMERMANN-SLOUTSKIS, D. Life satisfaction trajectories of elderly women living in Switzerland. An age-period-cohort analysis. *Ageing and Society*. [online]. 2016, vol. 36, no. 1, p. 106–132. [cit. 13. 10. 2021]. ISSN 1469-1779. DOI: 10.1017/S0144686X14001044.

CLANCY, A., SIMONSEN, N., LIND, J. et al. The meaning of dignity for older adults: A meta-synthesis. *Nursing Ethics*. [online]. 2021, vol. 28, no. 6, p. 878–894. [cit. 23. 12. 2021]. ISSN 1477-0989. DOI: 10.1177/0969733020928134.

CONRADSSON, M., ROSENDAHL, E., LITTBAND, H. et al. Usefulness of the Geriatric Depression Scale 15-item version among very old people with and without cognitive impairment. *Aging & Mental Health*. [online]. 2013, vol. 17, no. 5, p. 638–645. [cit. 10. 12. 2021]. ISSN 1360-7863. DOI: 10.1080/13607863.2012.758231.

DJUNDEVA, M., DYKSTRA, P. A. and FOKKEMA, T. Is Living Alone "Aging Alone"? Solitary Living, Network Types, and Well-Being. *The Journals of Gerontology: Series B*. [online]. 2019, vol. 74, no. 8, p. 1406–1415. [cit. 18. 12. 2021]. ISSN 1758-5368. DOI: 10.1093/geronb/gby119.

DRAGOMIRECKÁ, E. and PRAJSOVÁ, J. *Příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku*. Praha: Psychiatrické centrum, 2009. ISBN 978-80-87142-05-9.

FERRETTI, F., POZZA, A., PALLASSINI, M. et al. Gender invariance of dignity in non-terminal elderly patients with chronic diseases: a multicentric study. *Quality & Quantity*. [online]. 2019, vol. 53, p. 1645–1656. [cit. 9. 11. 2021]. ISSN 0033-5177. DOI: 10.1007/s11135-018-00831-z.

FRANCO, H., CALDEIRA, S. and NUNES, L. Dignity in nursing: A synthesis review of concept analysis studies. *Nursing Ethics*. [online]. 2021, vol. 28, no. 5, p. 734–749. [cit. 9. 11. 2021]. ISSN 1477-0989. DOI: 10.1177/0969733020961822.

GRASSI, L., CONSTANTINI, A., CARUSO, R. et al. Dignity and Psychosocial-Related Variables in Advanced and Nonadvanced Cancer Patients by Using the Patient Dignity Inventory-Italian Version. *Journal of Pain and Symptom Management*. [online]. 2017, vol. 53, no. 2, p. 279–287. [cit. 23. 12. 2021]. ISSN 0885-3924. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2016.09.009.

CHOCHINOV, H. M., HASSARD, T., MC CLEMENT, S. et al. The Patient Dignity Inventory: A Novel Way of Measuring Dignity-Related Distress in Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management*. [online]. 2008, vol. 36, no. 6, p. 559–571. [cit. 29. 11. 2021]. ISSN 0885-3924. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2007.12.018.

KALFOSS, M. Gender Differences in Attitudes to Ageing among Norwegian Older Adults. *Open Journal of Nursing*. [online]. 2016, vol. 6, no. 3, p. 255–266. [cit. 16. 11. 2021]. ISSN 2162-5344. DOI: 10.4236/ojn.2016.63026.

KISVETROVÁ, H., ŠKOLOUDÍK, D., DANIELOVÁ, L. et al. Czech Version of the Patient Dignity Inventory: Translation and Validation in Incurable Patients. *Journal of Symptom and Pain Management*. [online]. 2018, vol. 55, no. 2, p. 444–450. [cit. 29. 11. 2021]. ISSN 0885-3924. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2017.10.008.

KISVETROVÁ, H., HERZIG, R., BRETŠNAJDROVÁ, M. et al. Predictors of quality of life and attitude to ageing in older adults with and without dementia. *Aging & mental health*. [online]. 2021, vol. 25, no 3, p. 535–542. [cit. 29. 11. 2021]. ISSN 1360-7863. DOI: 10.1080/13607863.2019.1705758.

LAIDLAW, K., POWER, M. J. and SCHMIDT, S. The attitudes to ageing questionnaire (AAQ): development and psychometric properties. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. [online]. 2007, vol. 22, no. 4, p. 367–379. [cit. 10. 12. 2021]. ISSN 0885-6230. DOI: 10.1002/gps.1683.

LARSSON, K. and SILVERSTEIN, M. The effects of marital and parental status on informal support and service utilization: A study of older Swedes living alone. *Journal of Aging Studies*. [online]. 2004, vol. 18, no. 2, p. 18, 231–244. [cit. 18. 12. 2021]. ISSN 0890-4065. DOI: 10.1016/j.jaging.2004.01.001.

MATUD, M., P., BETHENCOURTH, J., M., IBÁÑEZ, I. and FORTES, D. Gender and psychological well-being in older adults. *International Psychogeriatrics*. [online]. 2020, vol. 32, no. 11, p. 1293–1302. [cit. 16. 11. 2021]. ISSN 1741-203X. DOI: 10.1017/S1041610220000824.

OOSTERVELD-VLUG, M. G., DE VET, H. C. W., PASMAN, H. R. W. et al. Which characteristics of nursing home residents relate to factors influencing their dignity? *Geriatric Nursing*. [online]. 2016, vol. 37, p. 365–370. [cit. 5. 11. 2021]. ISSN 0197-4572. DOI: 10.1016/j.gerinurse.2016.05.002.

OSTASZKIEWICZ, J., DICKSON-SWIFT, V., HUTCHINSON, A. and WAGG, A. A concept analysis of dignity-protective continence care for care dependent older people in long-term care settings. *BMC Geriatrics*. [online]. 2020, vol. 20, no. 1, p. 1–12. [cit. 5. 11. 2021]. ISSN 1471-2318. DOI: 10.1186/s12877-020-01673-x.

PAN, Y., CHAN, S. H. W., XU, Y. and YEUNG, K. CH. Determinants of life satisfaction and self-perception of ageing among elderly people in China: An exploratory study in comparison between physical and social functioning. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. [online]. 2019, vol. 84, p. 1–9. [cit. 10. 12. 2021]. ISSN 0167-4943. DOI: 10.1016/j.archger.2019.103910.

POPULATION REFERENCE BUREAU. 2021. *Countries With the Oldest Populations in the World*. [online]. Washington: PRB. [cit. 10. 10. 2021]. Dostupné z: Countries With the Oldest Populations in the World | PRB. 0.

RIVIERE, M., DUFOORT, H., VAN HECKE, A. et al. Core elements of the interpersonal care relationship between nurses and older patients without cognitive impairment during their stay at the hospital: A mixed-methods systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. [online]. 2019, vol. 92, p. 154–172. [cit. 23. 10. 2021]. ISSN 0020-7489. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2019.02.004.

SALEHI, K., SHIRANI, F., ATASHI, V. and GHAFARI, S. The Relationship of Respecting Inherent Dignity with Anxiety, Depression, Stress and Quality of Life in Patients with Heart Failure. *Shiraz E-Medical Journal*. [online]. 2020, vol. 21, no. 8, e96624. [cit. 23. 12. 2021]. ISSN 1735-1391. DOI: 10.5812/semj.96624.

SCHAAN, B. Widowhood and Depression Among Older Europeans – The Role of Gender, Caregiving, Marital Quality, and Regional Context. *The Journals of Gerontology: Series B*. [online]. 2013, vol. 68, no. 3, p. 431–442. [cit. 23. 12. 2021]. ISSN 1758-5368. DOI: 10.1093/geronb/gbt015.

SILVA, A., CANCELA, J. M., MOLLINEDO, I. et al. The Relationship between Health Perception and Health Predictors among the Elderly across European Countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. [online]. 2021, vol. 18., no. 8, 4053. [cit. 23. 12. 2021]. ISSN 1660-4601. DOI: 10.3390/ijerph18084053.

STAATS, K., GROV, E. K., HUSEBØ, B. S. and TRANVÅG, O. Dignity of older home-dwelling women nearing end-of-life: Informal caregiver's perceptions. *Nursing Ethics*. [online]. 2021, vol. 28, no. 3, p. 444–456. [cit. 29. 11. 2021]. ISSN 1477-0989. DOI: 10.1177/0969733020956372.

STEINMAYR, D., WEICHSELBAUMER, D. and WINTER-EBMER, R. Gender Differences in Active Ageing: Findings from a New Individual-Level Index for European Countries. *Social Indicators Research* [online]. 2020, 151, p. 691–721. [cit. 11. 10. 2021]. ISSN 1573-0921. DOI: 10.1007/s11205-020-02380-1.

STEVERINK, N., VEENSTRA, R., OLDEHINKEL, A. J. et al. Is social stress in the first half of life detrimental to later physical and mental health in both men and women? *European Journal of Ageing*. [online]. 2011, vol. 8, no. 1, p. 21–30. [cit. 18. 12. 2021]. ISSN 1613-9380. DOI: 10.1007/s10433-011-0178-4.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY. *Barthelové index základních všedních činností (BI)*. [online]. 2018. Praha: ÚZIS. [cit. 10. 12. 2021]. Dostupné z: barthelove-test-zakladni-20180525.pdf (uzis.cz).

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY. *Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2019*. [online]. 2021. Praha: ÚZIS. [cit. 10. 10. 2021]. Dostupné z: Hospitalizovani v nemocnicich ČR 2019 (uzis.cz).

ZIRAK, M., GHAFOURIFARD, M. and MAMAGHANI, E. A. Patients' Dignity and Its Relationship with Contextual Variables: A Cross-Sectional Study. *Journal of Caring Sciences*. [online]. 2017, vol. 6, no. 1, p. 49–51. [cit. 5. 11. 2021]. ISSN 2251-9920. DOI: 10.15171/jcs.2017.006.

Contact

Mgr. Renáta Váverková
Faculty of Health Sciences, Palacký University Olomouci
Hněvotínská 3, 775 15, Olomouc, Czech Republic
renata.vaverkova@upol.cz

OTÁZKY KLINICKÉ PRAXE

PŘÍPRAVA KOJENCE K PRVNÍMU OČKOVÁNÍ

PREPARING AN INFANT FOR THE FIRST VACCINATION

Petra Šimánková¹, Lucie Křáková¹

Abstrakt

Očkování je v rámci všech preventivních opatření proti infekčním onemocněním odbornou i laickou veřejností velmi vysoce ceněno. Role sestry v procesu přípravy dítěte na očkování a edukace samotných rodičů před očkováním jejich dítěte je pro zajištění hladkého průběhu očkování a eliminaci poočkovacích komplikací stěžejní. Cílem příspěvku je sumarizace aktuálního povinného a nepovinného očkování dětí v ČR a shrnutí základních bodů v edukaci rodičů pro přípravu kojence k prvnímu očkování. Předmětem článku je příprava k očkování kojenců fyziologických, zdravých, narozených v rozpětí od 38.–42. týdne těhotenství.

Klíčová slova

očkování, kojenec, imunita, očkovací kalendář, příprava k očkování, edukace rodičů

Abstract

Vaccination is highly valued by the professional and lay public as part of all preventive measures against infectious diseases. The role of the nurse in the process of preparing the child for vaccination and educating the parents themselves before vaccinating their child is crucial to ensure a smooth vaccination process and the elimination of post-vaccination complications. The aim of this paper is to summarize the current mandatory and optional vaccination of children in the Czech Republic and to summarize the basic points in the education of parents for the preparation of their infant for the first vaccination. The subject of the article is preparation for vaccination of physiological, healthy infants born between 38 and 42 weeks of gestation.

Keywords

vaccination, infant, immunity, vaccination calendar, vaccination preparation, parent education

¹ Ústav nelékařských zdravotnických studií, Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě

ÚVOD

Dítě získává primární přirozenou pasivní imunizaci již intrauterinně v průběhu nitroděložního vývoje zhruba okolo 13 týdne gestace a to přechodem imunoglobulinů IgG přes placentu či následně skrze kolostrum a mateřské mléko matky kojením, nebo jinou cestou příjmu mateřského mléka (Kopřiva, 2008; Orije et al., 2020; Kollmann, 2020). Tato imunita je první významnou obrannou linií pro dítě v novorozeneckém a časném kojeneckém věku. Protilátky získané od matky však během 2–3 měsíce od narození postupně zanikají a zcela vymizí kolem 6 měsíce, kdy začíná fungovat vlastní tvorba IgG protilátek a dítě již imunitu získanou od matky pozbývá (Durilová, 2014). Nezralý imunitní systém kojence se vyznačuje nižší schopností reakce na antigenní podněty a omezenou tvorbou protilátek proti patogenům, se kterými je od narození konfrontován. Proto je také dítě v novorozeneckém a kojeneckém věku významně oslabené a náchylné k infekcím (Gomella, 2013; Kumar, 2016; Chaudhari, 2021).

Očkování neboli vakcinace je zaslouženě jeden z největších a nejužitečnějších vynálezů v historii lidstva a medicíny samotné (Searse, 2014; Bailly et al. 2017; Rybak, 2019). Za pomoci biologického preparátu – očkovací látky podané ústy, na sliznici nosu, nebo cestou intramuskulární či subkutánní injekce, jsou do organismu vpraveny oslabené nebo usmrčené formy patogenů, nejčastěji virů a bakterií, případně jejich fragmenty (Canoui, 2019; Franc, 2020). Pro podporu imunitního systému kojence a navození příslušné imunologické odpovědi organismu je vakcinace v časném kojeneckém věku prokázána jako bezpečná a vysoce efektivní (Vygen – Bonnet, 2020; Bailly et al., 2017; Kollmann, 2020). Přítomnost následných protilátek v těle se odvíjí od typu aplikované vakcíny.

Nejvyšší bezpečnosti a současně maximální účinnosti vakcinace je dosaženo pouze za předpokladu dodržování všech daných postupů, doporučených intervalů a včasnosti očkování (Dražan, 2013; Jacobson, 2020). Zpoždění řádné imunizace, která je definována skutečným věkem dítěte, může být pro kojence potenciálně nebezpečné (Bailly et al., 2017). Nejdůležitějšími parametry očkovacích schémat jsou minimální věk pro aplikaci první dávky a minimální interval mezi dávkami (Vygen – Bonnet, 2020; Dražan, 2013). Pro dovršení plné imunitní odpovědi je často vyžadováno boosterových posilujících dávek navazujících na první očkování (Maďar, 2016).

Dětský lékař ve své ordinaci poskytne rodičům informace o prvním očkování jejich dítěte v dostatečném odstupu před uskutečněním očkování. Totéž platí i pro sesterskou edukaci vzhledem k rodičům, která spadá do základních kompetencí sestry v ordinaci lékaře pro děti a dorost. Je to, mimo jiné, velmi významná činnost sestry, která bude-li provedena cíleně a efektivně, může významně přispět k posílení zdravotní gramotnosti rodičů týkající se očkování jejich dítěte. Podle studie prováděné v ČR v roce 2020 je znalost rodičů v oblasti očkování dětí velmi nízká (Velemínský, Lepšová, 2020), což svědčí o stálé potřebě dále individuálně i kolektivně zvyšovat kvalitu i kvantitu edukace rodičů.

PLATNÝ SYSTÉM POVINNÉHO OČKOVÁNÍ V ČR – OČKOVACÍ KALENDÁŘ

Komplexní dětský vakcinační kalendář v České republice je závazný a vychází z Vyhlášky (č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem), která prošla v roce 2017 novelizací s účinností k 1. 1. 2018 (Zákon č. 258/2000). Děti se očkují podle daných vakcinačních plánů, kalendářů, které vycházejí z doporučení Světové zdravotnické organizace a stanovují věk očkování dítěte, druh očkovací látky a počet očkovacích dávek. Odlišnosti jsou u skupiny dětí předčasně narozených <37 týdnů těhotenství, u kterých je vakcinační program upraven. K očkování nedonošených dětí se přistupuje velmi individuálně, ovšem řádně a včas, podle daných doporučení a dle jejich individuálního chronologického věku s ohledem na celkový zdravotní stav (Baxter, 2014; Dražan, 2016; Chaudhari, 2021). Všechna dostupná současná data k imunizaci nedonošených kojenců podporují použití primární vakcíny Infanrix-Hexa podle chronologického věku dítěte (Omeňaca, 2018). Platný a závazný očkovací kalendář 2020 pro děti v ČR dle České vakcinologické společnosti

Věk dítěte:

od 4. dne – 6. týdne: tuberkulóza (v současnosti již pouze u rizikových dětí s indikací) – očkovací látka BCG vaccine SSI, od započatého 9. týdne (dítě má minimálně 8 týdnů a 1 den): 1. dávka – záškrť, tetanus, černý kašel, dětská obrna, hepatitida typu B, onemocnění vyvolaná *Haemophilus influenzae* typu B – očkovací látka Hexavakcína: Hexacima, Infanrix hexa (vakcína Infanrix hexa je v současné době určena pro očkování dětí nedonošených a to ve schématu 3+1, to znamená třemi dávkami očkovací látky podanými v intervalech rozestupu minimálně jednoho měsíce mezi jednotlivými dávkami a poslední, čtvrtou dávkou, podanou minimálně 6 měsíců po aplikaci dávky třetí. Hexacima je určena pro děti narozené v termínu a očkuje se ve schématu 2+1);

4. měsíc: za minimálního 2. měsíčního odstupu od první dávky – 2. dávka – záškrť, tetanus, černý kašel, dětská obrna, žloutenka typu B, onemocnění vyvolaná *Haemophilus influenzae* typu B – očkovací látka Hexacima;

11. – 13. Měsíc: 3. dávka – záškrť, tetanus, černý kašel, dětská obrna, hepatitida typu B, onemocnění vyvolaná *Haemophilus influenzae* typu B – očkovací látka Hexavakcína: Hexacima, Infanrix hexa;

13. měsíc – do dovršeného 18. měsíce věku dítěte: 1. dávka – spalničky, zarděnky, příušnice – očkovací látka Priorix, M-M-R VAXPRO;

5. rok – do dovršení 6. roku: 2. dávka – spalničky, zarděnky, příušnice – očkovací látka Priorix, M-M-R VAXPRO;

5. rok – do dovršení 6. roku: revakcinace – tzv. boosterová dávka – záškrt, tetanus, černý kašel – očkovací látka: Adacel, Infanrix;

10. rok – do dovršení 11. roku: revakcinace – tzv. boosterová dávka – záškrt, tetanus, černý kašel, dětská obrna – očkovací látka – Boostrix polio.

DOBROVOLNÉ OČKOVÁNÍ PRO DĚTI V ČR

Od 6. týdne věku dítěte: 1. dávka – rotavirové nákazy – očkovací látka např. Rotarix, 1. dávka proti meningokokovým nákazám skupin A, C, W135 a Y – očkovací látka např. Nimenrix;

od započatého 9. týdne věku dítěte (dítě má minimálně 8 týdnů a 1 den): 1. dávka – pneumokoková onemocnění, očkovací látka Prevenar 13, Synflorix, 1. dávka – meningokokové onemocnění způsobenému meningokokem kmene *Neisseria meningitidis* B – očkovací látka Bexero;

4. – 6. měsíc – za minimálního rozestupu 2 měsíců od první dávky: 2. dávka pneumokoková onemocnění – očkovací látka Prevenar 13, Synflorix, 2. dávka – meningokokové onemocnění způsobené meningokokem kmene *Neisseria meningitidis* B – očkovací látka Bexero;

12. – 15. měsíc: 3. dávka – pneumokoková onemocnění – očkovací látka Prevenar 13, Synflorix, 3. dávka – meningokokové onemocnění způsobené meningokokem kmene *Neisseria meningitidis* B – očkovací látka Bexero;

13. – 14. rok: HPV virus – Cervarix, Gardasil (kvadrivalentní vakcína), Gardasil 9 (nonavalentní vakcína) – ve 2. dávkách.

Podání více očkovacích látek najednou v jedné injekci (např. Hexacima, Infanrix hexa) je vhodná cesta především pro včasné dosažení dostatečné imunity, ale také z hlediska eliminace bolestivých podnětů, snížení rizika nedodržení předpisů, schématu, včasnosti a správnosti imunizačního kalendáře. V neposlední řadě šetří rodičům i zdravotníkům čas (Klein, 2019).

OBECNÉ ZÁSADY OČKOVÁNÍ KOJENCE

Jak nejlépe, jako rodič, zvládnout očkování dítěte a jakým nejvhodnějším způsobem je možné se k očkování postavit? Tomuto problému a těmto otázkám čelí mnozí rodiče, kteří absolvují očkování se svým dítětem poprvé. Často v tomto obhledu pociťují nejistotu, tápají v názoru na očkování a mnohé dezinformace a neznalost relevantních informací jim brání dívat se na očkování jako na primární prostředek, jak své dítě chránit a poskytnout mu ochranu proti onemocnění. I když ani v současnosti všechna povinná očkování zdaleka nepokrývají veškeré preventabilní infekce (Dražan, 2013). Trpělivě,

včasné a cílené vysvětlování rodičům o profitu očkování jejich dítěte je nadmíru důležité. V díkci lékaře a kompetentní dětské sestry je poskytnout rodičům nejen dostatek informací ohledně problematiky očkování obecně, ale také informovat o možnostech očkovacích látek a jejich druhů. Je prvořadě věnovat se rodičům včas, a v pro ně dostatečné míře, mít prostor a čas na jejich dotazy, připomínky, obavy a pokud možno rozptýlit tak jejich nejistotu, aby byla možná plná a aktivní spolupráce rodičů na očkování jejich dítěte. Mezi primární zásady započítí vakcinace kojence je přistupovat k dítěti striktně individuálně a dodržet zásady jak relativních, tak absolutních kontraindikací očkování. Pro všechny vakcíny platí absolutní kontraindikace v případě výskytu závažné reakce po předešlé aplikaci totožné očkovací látky, jako například anafylaktická reakce. Kontraindikací očkování je také již zmíněný prokázaný deficit imunitního systému nebo onkologické onemocnění (Křupka, 2020; Dražan, 2013). Lékař na základě vyšetření a posouzení celkového a aktuálního zdravotního stavu a věku dítěte indikuje konkrétní očkování, konkrétní vakcínou. Lékař je také vždy v průběhu očkování přítomen, sleduje aplikaci a bezprostřední reakci po očkování. Edukační role sestry směrem k rodičům dítěte je v procesu očkování dítěte stěžejní (Machová, Suchanová, 2013). Mimo tuto dovednost musí také bezpečně zvládat zásady přesné metodiky očkování, dodržování správné aseptické očkovací techniky při aplikaci jednotlivých vakcín, musí znát principy správné imunizace, dodržování daných odstupů mezi aplikací jednotlivých vakcín, postup při objednávání a požadavky na uskladňování očkovacích látek, sledování jejich expirace, vedení řádné dokumentace (Prokšová, 2012). Sestra v ordinaci pediatra dbá na podpis souhlasu rodiče s nepovinným očkováním a současně společně s lékařem provádí záznam o provedeném očkování do zdravotnické dokumentace dítěte. To znamená uvedení druhu očkovací látky, názvu očkovací látky, čísla šarže. Následně tyto údaje zapíše také do očkovacího průkazu dítěte včetně data jejího podání, podpisu a razítka očkujícího lékaře.

PŘÍPRAVA RODIČŮ A DÍTĚTE K OČKOVÁNÍ

V rámci doporučení pro rodiče dítěte před jeho očkováním je důležité opět zdůraznit fakt, že dítě by mělo být zdravé, v dobré kondici. Nejistotu, podezření a obavy, které má rodič vzhledem k dítěti a jeho zdravotnímu stavu, je potřeba sdělit lékaři ještě před očkováním. Středně těžce až těžce probíhající akutní onemocnění je příčinou pro odložení očkování do zlepšení stavu, mírně probíhající nemoc u jinak zdravého kojence, lehce zvýšená teplota a lehké nachlazení či kontakt s imunosuprimovanou osobou, není pro očkování neživými vakcínami kontraindikací očkování. Možné relativní důvody k odložení očkování mohou být v době rekonvalescence dítěte, kdy je dítě oslabené po prodělané nemoci nebo například v čase, kdy dítě užívá kortikoidy (Dražan, 2013). Konečné rozhodnutí o odložení očkování je však vždy na straně očkujícího lékaře, který dítě před očkováním vyšetří a zhodnotí jeho celkový stav.

Je nanejvýš vhodné dítě s rodiči k očkování předem objednat do kojenecké poradny, není-li to možné, lze dítě očkovat také při jakémkoliv jiné návštěvě ordinace za příznivých podmínek vzhledem ke zdravotnímu stavu dítěte a správném čase pro dané očkování.

Z důvodu možné zvýšené potřeby spánku dítěte po vakcinaci je lépe očkování plánovat a provádět spíše v odpoledních hodinách, než li volit hodiny ranní či dopolední (Franck, 2011). Toto doporučení však není nikterak závazné, odvíjí se také od zvyklostí dané pediatrické ambulance a preference rodičů. Studie publikovaná v Itálii v roce 2016 (Maurici et al., 2016) týkající se podpory proaktivního přístupu rodičů směrem k očkování jejich dítěte ukázala na skutečnost, že právě včasné a konkrétní plánování a organizace očkování ve spolupráci s rodiči, kteří mají dostatek informací, a nemusí na očkování jejich dítěte dlouho čekat v čekárně ambulance, hraje jednu z důležitých rolí v podpoře přístupu rodičů k očkování.

Efektivní komunikace a edukace rodičů zdravotnickým personálem, je zásadní v podpoře přístupu rodičů k očkování dětí, stejně, jako příjemné a dětem a rodičům přizpůsobené prostředí, ve kterém je jejich dítě očkováno (Maurici, 2016).

Sestra v rámci přípravy dítěte k očkování edukuje rodiče také o vhodných nefarmakologických strategiích pro zkrácení doby pláče, zklidnění dítěte a snížení skóre bolesti u dítěte po aplikaci očkovací látky injekčně. Problematika bolesti dětí při očkování je rodiči hodnocená jako pro ně i děti vysoce stresová záležitost, ve které hledají pomoc právě u sestry a lékaře (Taddio, 2015; Redfern, 2018).

Možnost kojení dítěte před a po aplikaci vakcíny, dokáže ve srovnání s podáním jiné tekutiny, jako je například glukóza či kojenecká voda, důsledně a rychle snížit indikátory bolesti dítěte. Takový analgetický účinek nemají ani jiné intervence, jako je například přivinutí dítěte, mazlení a konejšení v náručí, ale ani podání odsátého mateřského mléka lahvičkou (Shah, 2012; Harrison et al., 2016). Sestra je vždy kojení dítěte před a po aplikaci očkovací látky přítomna a dbá zvýšené pozornosti a prevence aspirace. Pro eliminaci bolesti a pláče po očkování je ovšem možné použít všech zmíněných dostupných metod (Gad, 2019) a pro případnou potřebu uklidnění dítěte a nemožnosti kojení, přichystat dávku mléčné stravy do láhve.

PÉČE O DÍTĚ V PRŮBĚHU OČKOVÁNÍ

Při perorálním podání vakcíny proti rotavirovým infekcím může dítě zůstat v náručí matky, nebo sestra podává dítěti očkovací látku na místě k tomu určeném, nejčastěji na přebalovacím pultu. Udrží dítě v bdělém stavu a drží jej ve zvýšené poloze. Dávku vakcíny dítě saje přímo z originální stříkačky nebo ji lze nakapat na lžičku spolu s trochou mateřského mléka. Látka je sladké chuti, nečiní dětem větší potíže. Může se stát, že dojde k regurgitaci a že dítě část podané vakcíny vyplivne či vyzvrací, nová dávka se již nepodává, pouze v případě expanzivního vyzvracení celé dávky (Kosina, 2011; Franc, 2020). Sestra dbá zvýšené opatrnosti z důvodu prevence aspirace. Perorální podání vakcíny způsobuje aktivizaci jednak slizničních IgA a také protilátek IgG zprostředkovaných kontaktem antigenu se střevní mukózou (Franc, 2020). V případě pláče dítěte po podání očkovací látky může maminka přiložit dítě k prsu ke kojení nebo uklidní dítě v náručí v mírně zvýšené poloze za dozoru přítomné sestry a lékaře.

Pro aplikaci očkovací látky intramuskulárně do svalu je u kojence nejvhodnější a správně zvolené místo vpichu anterolaterální oblast stehna (Dražan, 2013). Sestra ukládá dítě

na vyšetřovací pult do vhodné polohy na zádech či na boku. Pro podložení dítěte může sestra zvolit také dítěti známou deku, plenku či jinou podložku, jejíž vůně je dítěti blízká a pohodlná. Rozkryje místo vpichu a postupuje dle standardu pro očkování kojenců za dodržení všech hygienických a bezpečnostních zásad. Při aplikaci jsou rodiče či rodič v blízkosti dítěte, je vhodné odpoutat pozornost dítěte směrem k matce, udržet mezi ní a dítětem oční kontakt, rozptýlit dítě hračkou, maminka může dítě konejšit, zpívat oblíbenou píseň, povídat si s dítětem. Pokud je dítě navykklé na šidítka, lze užít také této synergické role šidítka, jako eliminátoru bolesti (Křivohlavá, 2015). Šidítka lze před aplikací očkovací látky lehce namočit do 5–10 % glukózy nebo využít mateřského mléka a na šidítka jej nakapat. Sestra po přípravě místa vpichu aplikuje dítěti injekci s očkovací látkou. Po vlastní aplikaci očkovací látky a ošetření místa vpichu dítě přebírá maminka a tiší jej v náručí mazlením v případě, že je dítě navykklé na šidítka, lze jej pro zklidnění opět použít. Po utišení dítěte jej maminka zabalí a oblékne.

Při aplikaci očkovací látky do svalu může maminka také dítě držet v náručí, případně současně dítě kojít. Jak už bylo řečeno, kojení v kombinaci s těsným kontaktem s matkou, nasládlá chuť mléka a sání dítě zklidňuje (Harrison et al., 2020; Vitale, 2020). Pozor ale na kojení spojené s vpichem při očkování, kdy u sajícího dítěte hrozí riziko aspirace. Je tedy možné, aby maminka držela dítě v náručí, dítě cítilo kůži matky a ta současně jemně, ale bezpečně přidržovala paži dítěte a druhou rukou nožku, do které bude aplikována vakcína. Sestra dítě k matce přivine a instruuje správný postup úchopu dítěte matkou. Vzpřímená poloha, nebo držení dítěte v náručí, snižuje bolestivost výkonu (Hensel, 2013). Po aplikaci očkovací látky, lze pro zklidnění dítěte, toto pomalu a jemně k prsu matky přiložit (Gad, 2019). Sestra dbá zvýšeného dohledu nad kojením dítěte.

PÉČE O DÍTĚ PO OČKOVÁNÍ A EDUKACE RODIČŮ

Po očkování sestra i lékař provedou záznam o očkování do dokumentace a očkovacího průkazu a rodiče dostanou informace a doporučení o dalším očkování. Dále jsou rodiče dítěte sestrou i lékařem upozorněny na nezbytnou dobu 30 minut, po kterou je nutné setrvat v čekárně lékaře z důvodu možné akutní alergické reakce na očkování (Dražan, 2013; Di Pasquale et al., 2016). Dítě je tedy stále pod dohledem zdravotnického personálu. Po tuto dobu je čas na opětovné edukování rodičů o možných postvakcinačních reakcích a o vhodnosti návštěvy lékaře v případě komplikací či nejasností.

Za absolutně bezpečnou nelze označit žádnou očkovací látku (Di Pasquale et al., 2016) a u každé očkovací látky je potřeba myslet na možný vznik nežádoucích postvakcinačních reakcí a komplikací, které však také díky dodržování primárních zásad správné imunizace lze v mnoha případech eliminovat. I podle studie prováděné u praktických pediatrických lékařů v ČR v roce 2017 (Danová, 2017) jsou komplikace po vakcinaci v drtivé většině pouze nezávažné místní, lokální reakce, jako je bolest, otok a erytém – zarudnutí, proteplení v místě vpichu, kdy je možné místo po očkování na pár minut během dne lehce chladit (Horáková, 2017; Nilsson, 2017). Mohou nastat také celkové, systémové reakce – jako jsou zvýšená tělesná teplota až horečka, neklid, plačtivost nebo naopak apatie (Franck, 2011), ale také některé příznaky související s onemocněním, proti kterému

bylo dítě očkováno – svědivá kožní vyrážka, bolesti břicha, průjem apod. (Křupka, 2020). Rodiče mohou u dítěte po očkování zaznamenat zvýšenou potřebu pití, nebo naopak přechodné nechutenství. V tuto dobu je nutné sledovat dítě, věnovat dostatečnou pozornost jeho hydrataci, zaznamenávat počet pomočených plen, protože u kojenců postupuje dehydratace velmi rychle. Vyjmenované příznaky, jsou poměrně běžné, nastanou nejčastěji druhý den po imunizaci a mají trvání v průměru 4 dny (Křupka, 2020). Lékař doporučí pro následující 3 dny pro dítě klidovější režim stran fyzické zátěže, pobytu na slunci, cestování a jiných zatěžujících situací. Maminka je upozorněna na nutnost podání antipyretik ve formě čípků nebo sirupu ve zvolené dávce dle indikace lékaře při $\uparrow$ TT nad 38°C . Preventivní použití antipyretika je vždy nutné konzultovat s lékařem (Dražan, 2013). Po uplynutí doby určené pro dobu po očkování sestra zhodnotí stav dítěte, a v případě že se nevyskytly komplikace, uvedomí lékaře, edukuje rodiče o dalším postupu v případě komplikací a dítě s rodiči odchází domů.

KDY VŽDY KONTAKTOVAT LÉKAŘE PO OČKOVÁNÍ?

Závažné systémové a alergické reakce označované jako hyperreakce jsou vzácné a neočekávané (Dražan, 2013; Danová, 2017), nicméně je nutné na ně rodiče vždy upozornit. Zdůraznit je potřeba především včasnost kontaktování lékaře či zdravotnické pracoviště vždy při reakcích, které jsou nepřiměřené. Jsou jimi například horečka přes 39°C a současně neklid, neztížitelný pláč dítěte trvající i několik hodin, nebo naopak několik hodin trvající apatie dítěte, zarudnutí či otok v místě vpichu přesahujícím 10 cm. Pokud se po očkování perorální vakcínou proti rotavirovým onemocněním u dítěte objeví závažné příznaky, které mohou svědčit pro intususcepci – invaginaci (Di Pasquale et al., 2016; Lu, 2019; Dolhain, 2020), jako jsou bolesti břicha, krvavé stolice, expanzivní zvracení, vzduchaté břicho a to během 7 dní po očkování, musí rodiče s dítětem okamžitě vyhledat odbornou lékařskou pomoc (Boženský, 2015). V případě, že se v po očkovacím období od prvního dne do cca 7 dne po očkování objeví jakákoliv jiná závažnější reakce nebo situace, kterou rodiče neznají nebo neumí vyřešit, je vždy vhodné vyhledat pomoc a radu lékaře.

ZÁVĚR

Očkování je zásadním nástrojem primární prevence infekčních onemocnění. Četné studie prokázaly, že intervence, rady a praktické tipy od zdravotníků, zlepšují přijímání vakcín rodiči dětí a zmírňují váhání rodičů ohledně očkování jejich dítěte. Role sestry v primární péči zahrnuje také edukaci rodičů o druzích a možnostech očkování, jeho včasném zahájení a spočívá v budování důvěry mezi zdravotníky a rodiči dětí. Poskytnutí včasných odborných a ucelených informací o vakcinaci, vedlejších účincích, možnostech eliminace bolestí, ale také předání dostatečných údajů o bezpečnosti vakcín o intervencích zaměřených na ochranu dítěte, jsou pro efektivní průběh očkovacího kalendáře dětí nezbytné.

Literatura

BAILLY, A., GRAS, P. & LIENHARDT, JF. et al. Timeliness of vaccination in infants followed by primary-care pediatricians in France. *Human Vaccines & Immunotherapeutics* [online]. 2017, vol. 14, no. 4, p. 1018–1023. [cit. 4.11.2021]. ISSN 2164-5515. DOI:10.1080/21645515.2017.1409318.

BAXTER, D. Premature Infants and Vaccination. *Human Vaccines* [online]. 2014, vol. 6, no. 6, p. 493–493 [cit. 23.6.2021]. ISSN 1554-8600. DOI:10.4161/hv.6.6.12670.

BOŽENSKÝ, J. et al. *Tak trochu jiná gastroenteritida*. *Pediatric pro praxi*. 2015, roč. 16, č. 6, s. 427–429. ISSN 1213-0494. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2015/06/19.pdf>.

CANOŮ, E. & LAUNAY, O. Histoire et principes de la vaccination. *Revue des Maladies Respiratoires* [online]. 2019. [cit. 9. 5. 2021]. ISSN 07618425. DOI: 10.1016/j.rmr.2018.02.015.

DANOVA, J., KOCOURKOVA, A. a CELKO, A. M. Active surveillance study of adverse events following immunisation of children in the Czech Republic. *BMC Public Health* [online]. 2017, vol. 17, no. 1. [cit. 23.6.2021]. ISSN 1471-2458. DOI: 10.1186/s12889-017-4083-4.

DI PASQUALE, A. & BONANNI, P. et al. Vaccine safety evaluation: Practical aspects in assessing benefits and risks. *Vaccine* [online]. 2016, vol. 34, no. 52, p. 6672–6680 [cit. 7.11.2021]. ISSN 0264410X. DOI: 10.1016/j.vaccine.2016.10.039.

DOLHAIN, J., JANSSENS, W. & DINDORE, V. Infant vaccine co-administration: review of 18 years of experience with GSK's hexavalent vaccine co-administered with routine childhood vaccines. *Expert Review of Vaccines* [online]. 2020, vol. 19, no. 5, p. 419–443 [cit. 4.11.2021]. ISSN 1476-0584. DOI: 10.1080/14760584.2020.1758560.

DRAŽAN, D. et al. Komentář k „Příspěvků k problematice pravidelného očkování nedonošených dětí v České republice“ a ke „Stanovisku České neonatologické společnosti k očkování nedonošených dětí“. *Pediatric pro praxi*. 2016, roč. 17, č. 5, s. 330–334. ISSN 1213-0494. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2016/05/13.pdf>.

DRAŽAN, D. Všeobecné principy očkování v ordinaci dětského lékaře. *Pediatric pro praxi*. 2013, roč. 14, č. 5, s. 287–290. ISSN 1213-0494. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2013/05/04.pdf>.

DURILOVÁ, M. *Cytokinová polarizace u imunopatologicky podmíněných chorob*. Praha: Dizertační práce. Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta, Pediatrická klinika: 2014. Vedoucí práce K. Štechová. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/64427>.

FRANC, A. Vaccines from the perspective of a pharmacist. *Česká a slovenská farmacie*. 2020, vol. 69, no. 4, p. 151–162. ISSN 1210-7816.

FRANCK L. et al. Infant Sleep After Immunization: Randomized Controlled Trial of Prophylactic Acetaminophen. *Pediatrics*. 2011, vol. 128, no. 6, p. 1100–1108. [cit. 4.11.2021]. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2011-1712>.

GAD, R. et al. Oral Sucrose Versus Breastfeeding in Managing Infants' Immunization-Related Pain. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing* [online]. 2019, vol. 44, no 2, p. 108–114. [cit. 4.11.2021]. ISSN 0361-929X. DOI:10.1097/NMC.0000000000000512.

GOMELLA, T. *Neonatology: Management, procedures, on-call problems, diseases, and drugs*. 7th ed. New York: McGraw-Hill Medical, 2013. ISBN 978-0-07-176801-6.

HARRISON, D., RESZEL, J. & BUENO, M. et al. Breastfeeding for procedural pain in infants beyond the neonatal period. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. 2020, vol. 10, p. 1–50. [cit. 4.11.2021]. ISSN 14651858. DOI: 10.1002/14651858.CD011248.pub2.

HARRISON, D., RESZEL, J., BUENO, M. & SAMPSON, M. et al. Breastfeeding for procedural pain in infants beyond the neonatal period. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016. DOI:10.1002/14651858.cd011248.

HENSEL, D., MORSON, GL. & PREUSS, EA. Best Practices in Newborn Injections. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing* [online]. 2013, vol. 38, no. 3, p. 163–167 [cit. 4.11.2021]. ISSN 0361-929X. DOI:10.1097/NMC.0b013e31827eae59.

HORÁKOVÁ, V. et al. Časné a pozdní kožní projevy po očkování. *Pediatric pro praxi*. 2017, roč. 18. č. 3, s. 160–162. ISSN 1213-0494. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2017/03/04.pdf>.

CHAUDHARI, T. Vaccinations in the newborn. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* [online]. 2021, vol. 76, p. 66–82. [cit. 11.4.2021]. ISSN 15216934. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2020.09.004.

JACOBSON, R. M. Routine Childhood Vaccines Given in the First 11 Months of Life. *Mayo Clinic Proceedings* [online]. 2020, vol. 95, no. 2, p. 395–405. [cit. 7.11.2021]. ISSN 00256196. DOI: 10.1016/j.mayocp.2019.06.007.

KLEIN, N. & ABU-ELYAZEED, R. et al. Immunogenicity and safety following primary and booster vaccination with a hexavalent diphtheria, tetanus, acellular pertussis, hepatitis B, inactivated poliovirus and Haemophilus influenzae type b vaccine: a randomized trial in the United States. *Human Vaccines & Immunotherapeutics* [online]. 2019, vol. 15, no. 4, p. 809–821. [cit. 23.6.2021]. ISSN 2164-5515. DOI: 10.1080/21645515.2018.1549449.

KOLLMANN, T. & MARCHANT, RA. et al. Vaccination strategies to enhance immunity in neonates. *Science* [online]. 2020, vol. 368, no. 6491, p. 612–615. [cit. 4.11.2021]. ISSN 0036-8075. DOI: 10.1126/science.aaz 9447.

KOPŘIVA, F. Slizniční imunitní systém, mateřské mléko a pre (o)biotika. *Pediatric pro praxi*. 2008, roč. 9, č. 6, s. 380–382. ISSN 1213-0494. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2008/06/06.pdf>.

KOSINA, P. et al. Rotavirové infekce v éře vakcinace. *Pediatric pro praxi*. 2011, č. 12, s. 12–14. ISSN 1213-0494. ISSN 1213-0494. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2011/01/03.pdf>.

KŘIVOHLAVÁ, R. Používání šidítka z pohledu laktální poradkyně. *Pediatric pro praxi*. 2015, roč. 16, č. 6, s. 423–426. ISSN 1213-0494.

KŘUPKA, M., VLČKOVÁ, J. a HOLÝ, O. *Očkování*. Palacký University Olomouc, 2020. ISBN 978-80-244-5735-2.

KUMAR, S. & BHAT, B. Distinct mechanisms of the newborn innate immunity. *Immunology Letters* [online]. 2016, vol. 173, p. 42–54 [cit. 10.9.2021]. ISSN 01652478. DOI: 10.1016/j.imlet.2016.03.009.

LU, H. L., DING, Y. & GOYAL, H. et al. Association Between Rotavirus Vaccination and Risk of Intussusception Among Neonates and Infants. *JAMA Network Open* [online]. 2019, vol. 2, no. 10, p. 1–3. [cit. 7.11.2021]. ISSN 2574-3805. DOI:10.1001/jamanetworkopen.2019.12458.

MAŘAR, R. Dobrovolné očkování v adolescentním věku. *Pediatric pro praxi*. 2016; roč. 17, č. 2, s. 80–82. ISSN 1213-0494. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2016/02/04.pdf>.

MACHOVÁ, A. a SUCHANOVÁ, M. Povinné očkování dětí – úloha sestry v ordinaci PLDD. *Pediatric pro praxi*. 2013, roč. 14, č. 2, s. 130–136. ISSN 1213-0494.

MAURICI, M., PAULON, L. & CARLINO, C. et al. Measuring and benchmarking the quality of two different organizational ways in delivering infant vaccination. *J Prev Med Hyg*. 2016, vol. 57, no. 2, p. 75–80. PMID: 27582632; PMCID: PMC4996043.

NILSSON, L. et al. Vaccination and allergy: EAACI position paper, practical aspects. *Pediatric Allergy and Immunology* [online]. 2017, vol. 28, no. 7, p. 628–640 [cit. 2021-11-04]. ISSN 09056157. DOI: 10.1111/pai.12762.

OMEÑACA, F., VÁZQUEZ, L. & GARCIA-CORBEIRA, P. et al. Immunization of preterm infants with GSK's hexavalent combined diphtheria-tetanus-acellular pertussis-hepatitis B-inactivated poliovirus-Haemophilus influenzae type b conjugate vaccine: A review of safety and immunogenicity. *Vaccine* [online]. 2018, vol. 36, no. 7, p. 986–996. [cit. 23.6.2021]. ISSN 0264410X. DOI: 10.1016/j.vaccine.2018.01.005.

ORIJE, M. R. P., MAERTENS, K., CORBIÈRE, V. & WANLAPAKORN, N. et al. The effect of maternal antibodies on the cellular immune response after infant vaccination: A review. *Vaccine*. 2020. DOI: 10.1016/j.vaccine.2019.10.025.

PROŠKOVÁ, E. Povinnosti sestry při očkování. *Florence* [online]. 2012, roč. 8, č. 10, s. 11–13 [cit. 26.1.2021]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archivflorence/2012/10/povinnosti-sestry-pri-ockovani/>.

REDFERN, R., CHEN, EJT. & SIBREL, S. Effects of Thermomechanical Stimulation during Vaccination on Anxiety, Pain, and Satisfaction in Pediatric Patients: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Pediatric Nursing* [online]. 2018, vol. 38, p. 1–7 [cit. 7.11.2021]. ISSN 08825963. DOI: 10.1016/j.pedn.2017.09.009.

RYBAK, A., VIÉ LE SAGE, F. & BÉCHET, S. et al. Timeliness of routine immunization in non-preterm children less than 2 years old using electronic data capture in an ambulatory setting in France in the context of vaccine hesitancy. *Archives de Pédiatrie* [online]. 2019, vol. 26, no. 2, p. 56–64 [cit. 10.9.2021]. ISSN 0929693X. DOI: 10.1016/j.arcped.2018.11.011.

SEARS, R. W. *Kniha o očkování: jak se správně rozhodnout ve prospěch svého dítěte*. Praha: Argo, 2014. ISBN 978-80-257-0935-1.

SHAH, P., HERBOZO, C. & ALIWALAS, L. et al. Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. 2012, vol. 12. [cit. 7.11.2021]. ISSN 14651858. DOI: 10.1002/14651858.CD004950.pub3.

STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV, SZÚ: *Očkovací kalendář v ČR platný od 1. 5. 2020*. 2020. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/vakciny/ockovaci-kalendar-v-cr>.

TADDIO, A., SHAH, V. & WANG, J. et al. Usability and knowledge testing of educational tools about infant vaccination pain management directed to postnatal nurses. *BMC Medical Education* [online]. 2015, vol. 15, no. 1. [cit. 7.11.2021]. ISSN 1472-6920. DOI: 10.1186/s12909-015-0305-6.

VELEMÍNSKÝ, M. a LEPŠOVÁ, A. Zdravotní gramotnost rodičů a sester v primární péči týkající se očkování dětí. *Pediatric pro praxi*. 2020, roč. 21, č. 4, s. 300–301. ISSN 1213-0494. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2020/04/16.pdf>.

VITALE, E. & DE ANGELIS, L. R. Breastfeeding as an analgesic method during vaccinations. *Minerva Ginecologica* [online]. 2020, vol. 72, no. 4, p. 229–235. [cit. 4.11.2021]. ISSN 00264784. DOI: 10.23736/S0026-4784.20.04569-4.

VYGEN-BONNET, S., HELLENBRAND, W. & GARBE, E. et al. Safety and effectiveness of acellular pertussis vaccination during pregnancy: a systematic review. *BMC Infectious Diseases* [online]. 2020, vol. 20, no. 1, p. 2–22 [cit. 23.6.2021]. ISSN 1471-2334. DOI:10.1186/s12879-020-4824-3.

Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, § 46, odst. 2. In: *Sbírka zákonů*. 14. 7. 2000. Dostupné z: https://ppropo.mpsv.cz/zakon_258_2000.

Kontakt

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

Mgr. Lucie Křáková
Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik v Opavě
Ústav nelékařských zdravotnických studií
Bezručovo náměstí 885/14, 74601 Opava, Česká republika
lucie.krakova@fvp.slu.cz

DOMÁCÍ HEMODIALÝZA V PRAXI – KAZUISTIKA

HOME HEMODIALYSES IN PRACTICE – CASE STUDY

Markéta Farníková¹, Bohdana Břegová¹, Monika Kupcová¹

Abstrakt

Domácí hemodialýza je v moderním světě běžně využívaná metoda v klinické praxi. Předložená kazuistika přibližuje první zkušenosti na našem pracovišti se zaškolením a zahájením domácí hemodialýzy v časové ose u konkrétního pacienta s chronickým onemocněním ledvin. Uvedená kazuistika prezentuje využití domácí hemodialýzy, kdy prostřednictvím naší případové studie kvalitativního výzkumu byl zhodnocen efekt a přínos provádění hemodialýzy v domácím prostředí u řádně edukovaného pacienta nelékařským personálem. Změna provádění eliminační metody pozitivně ovlivnila spokojenost a kvalitu života našeho pacienta. V uváděné odborné literatuře jsou popsány pozitivní výsledky poukazující na snížený výskyt komplikací a benefity ke zlepšení kvality života.

Klíčová slova

domácí hemodialýza, pacient, edukace, kvalita života

Abstract

Home hemodialysis is a commonly used method in clinical practise in the modern world. The presented case report describes the first experience at our workplace with training and initiation of home hemodialysis in the timeline of a specific patient with chronic kidney disease. This case report presents the use of home hemodialysis, where through our qualitative research case study the effect and benefit of performing hemodialysis in a home environment of a properly educated patient by non-medical staff was evaluated. The change in the implementation of the elimination method positively affected the patient's satisfaction and quality of life. In the presented literature, positive results are described pointing to a reduced incidence of complications and benefits to improve the quality of life.

¹ Fakultní nemocnice Ostrava

Keywords

home hemodialysis, patient, education, quality of life

ÚVOD

Selhání ledvin je v celosvětovém měřítku spojeno s vysokou morbiditou a mortalitou. Odhaduje se, že v letech 2010 až 2030 se celosvětově více než zdvojnásobí používání terapií náhrady ledvin (Morin, Gionest, Laurin et al., 2021).

Domácí hemodialýza (HHD) je flexibilní strategie náhrady funkce ledvin s prokázanými klinickými přínosy (Ashely, Abra, Schiller et al. 2021). Léčebný proces očišťování krve probíhá mimo tělo pacienta, krev je filtrována přes speciální filtr-dialyzátor, který je umístěný v dialyzačním přístroji. Dialýza se provádí v pohodlí domova pacienta (Haluzíková, 2019; Ságová, 2016).

Mezi hlavní benefity využití domácí hemodialýzy z pohledu zlepšení kvality života a posílení nezávislosti pacienta odborná literatura uvádí zvýšený komfort pacienta, nárůst energie pro každodenní činnosti, spokojenost s léčebnou metodou, více volného času s vyšší flexibilitou pacienta, protože si naplánuje, kdy v průběhu dne, po práci anebo po společenských aktivitách si provede dialýzu. Dále je prokázáno zlepšení kvality spánku, regulace v dietních opatřeních a v neposlední řadě i snížení cestovních nákladů (Mowatt, Vale, Mac Leod, 2004; Haluzíková, 2019, s.132; Ashley, Abra, Schiller et al., 2021).

K benefitům z medicínského hlediska je HHD fyziologičtější pro organismus, dochází k zlepšení hyperhydratace, lepší kontrole tekutinového i elektrolytového hospodářství. U pacienta nedochází k prudkým výkyvům hladin odpadních látek v organismu a snížení mezidialyzačních přírůstků hmotnosti. Domácí dialýza v intenzifikovaném režimu je spojována s nižší mortalitou pacientů, regulací krevního tlaku, významně zlepšuje hladiny fosfátů a draslíku, a v neposlední řadě má pozitivní vliv na nutrici se zvýšením hladiny albuminu (Morin, Gionest, Laurin et al. 2021; Haluzíková 2019; Ságová, 2016). Dále dochází k redukci hypertrofie levé srdeční komory, ke snížené spotřebě rekombinantního lidského erythropoetinu (Mowatt, Vale, Mac Leod, 2004). Kolektiv autorů Ashley et al. (2021) poukazuje na pomalejší pokles zbývající funkce ledvin a jako benefit i využití telemedicíny a virtuálního mentoringu. Dialýza v domácím prostředí také výrazně ovlivňuje psychiku pacientů, kdy byl prokázán snížený výskyt deprese (Haluzíková, 2019; Ságová, 2016). V době pandemie COVID 19 bylo prokázáno u chronických dialyzovaných pacientů nižší riziko nákazy při metodě HHD (Shehata, Choudhry, Hawley et al., 2021).

HISTORIE DOMÁCÍ HEMODIALÝZY

První zmínky o provádění HHD se objevily v roce 1963 v Bostonu, Seattlu a Londýně. Paradoxně nepříznivé podmínky ve zdravotnictví, jako je personální krize, nedostatečná kapacita hemodializačních středisek a nedostatek finančních zdrojů, zapříčinily významný rozvoj této metody (Blagg, 2007). V roce 1971 bylo HHD ošetření využíváno až u 58,8 % Američanů a 32,2 % Britů (Blagg, 2008). V současnosti zůstává čteně rozšířena v Austrálii a na Novém Zélandě, kde je takto ošetřováno 9 % pacientů s chronickým onemocněním ledvin (Macgregor, Agar, Blagg, 2006; Ságová, 2016). O rozvoj HHD v České republice se nejvíce zajímalo hemodialyzační středisko v Praze na Strahově, kde v roce 1978 byla provedena první HHD u nás. Do roku 2005 bylo takto celkem léčeno 25 pacientů. V České republice je několik firem nabízející HHD. Od počátku roku 2016 bylo proškoleno k HHD více než 100 pacientů. U těchto pacientů je nejfrekventovanější cévní přístup k domácímu ošetření AVF (arteriovenózní fistule) – 60 % a 40 % pacientů používá k napojování permanentní katétr. Většina pacientů zvládá napojování a manipulaci s přístrojem samostatně, někteří využívají asistenci osoby blízké nebo služby domácí péče.

CÉVNÍ PŘÍSTUPY

Tou nejzákladnější podmínkou k provádění HHD je kvalitní cévní přístup a schopnost pacienta samostatně pracovat s cévním přístupem – selfcanylace. Všechny permanentní cévní přístupy: permanentní centrální žilní katétr, nativní – arteriovenózní fistule a cévní přístup s protézou – AVG (arteriovenózní graft) jsou vhodné k provádění HHD. Pro HHD je typická technika knoflíkové dírky BH (buttonhole cannulation). Při této technice jsou jehly po odstranění stroupků vždy zaváděny do stejného místa vpichu, pod stejným úhlem a po několika napojeních se ve stěně cévního přístupu vytvoří vazivový tunýlek. Pacient pak sám zavádí samostatně jehly do AVF vytvořeným tunýlkem. Tato metoda je pro pacienta snadnější než žebříčková metoda. Žebříčková technika je zase šetrnější a nejvhodnější k zachování životnosti fistule, ale je technicky více náročná, neboť jehly se vždy zavádějí na jiné místo, a proto se spíše využívá k napojování na hemodialyzačním středisku sestrou specialistou (Ságová, 2016).

REŽIMY DOMÁCÍ HEMODIALÝZY

Režim domácí dialýzy předepisuje lékař dialyzačního střediska dle zdravotního stavu pacienta s ohledem na druh cévního přístupu a snahou o maximální zachování jeho dobré funkce. Rozlišujeme tři druhy režimů pro dialýzu v domácím prostředí. Konvenční režim, kdy HHD trvá podobně jako v dialyzačním středisku 3–4 hodiny 3krát týdně. U většiny pacientů se využívá intenzifikovaný režim, který trvá 2–3 hodiny 5–7krát týdně. Dále je možné nastavit režim dlouhých nočních dialýz, kdy ošetření trvá 7–8 hodin minimálně 3krát týdně, většinou však obden i častěji (Ságová, 2016). Dle dostupných medicínských zdrojů je možné režimy kombinovat (Bonenkamp, Sluijs, Hoekstra et al., 2020). Potřebný

materiál se objednává v našem středisku a závoz probíhá ve 14-denním intervalu přímo do bydliště pacienta. Veškerý biologický odpad vozí pacient na kokrétní středisko, kde je následně odpad odvážen k likvidaci jako nebezpečný odpad.

VÝBĚR PACIENTŮ

Dialýza v domácím prostředí je vhodná především pro aktivní pacienty, kteří chtějí spolupracovat a podílet se aktivně na své léčbě. Pacienti často přecházejí k režimu HDD z peritoneální dialýzy. Dále je doporučována těm, kteří nemohou být zařazeni do transplantačního programu. Z medicínského hlediska je HDD doporučována zejména pacientům s rezistentní hypertenzí, při vysoké hladině fosfátů a spánkovém apnoe. Tato metoda by také měla být zvažována u pacientek ve fertilním věku, které si přejí otěhotnět, nebo již otěhotněly (Ságová, 2016).

EDUKACE

Základním předpokladem úspěšné dialyzační léčby je dodržování režimových opatření, kde významnou roli zde sehrává správná edukace (Haluzíková, 2019, s. 135). Sestra ve spolupráci s lékařem edukuje pacienta, dle předem stanoveného edukačního plánu, o správné technice napojení, možných komplikacích, prevenci jejich vzniku a řešení (Ságová, 2016). Důležité je navázat spolupráci s pacientem, posílit jeho důvěru. Sestra podporuje a pomáhá na základě svých kompetencí pacientovi při rozvoji a získávání informací, zručnosti, pomáhá při rozhodování, kontroluje dodržování stanovených pravidel, opatření (Haluzíková, 2019, s. 135).

KAZUISTIKA

Na naše dialyzační středisko začal docházet od března minulého roku 32letý muž s chronickým onemocněním ledvin, s nutností provádět hemodialýzu 3x týdně v délce 4 hodin. Hemodialýza byla z počátku prováděna přes permanentní katétr a později přes chirurgicky vytvořenou cévní spojku – AVF. Pacient pracuje v technických službách. Rád aktivně sportuje, každý den chodí na několika hodinové procházky se svým psem. U pacienta je i dědičná predispozice, pacientův otec se léčil pro chronické onemocnění ledvin v režimu domácí peritoneální dialýzy. Jelikož náš pacient chtěl být časově flexibilní a manažerem svého času, brzy po zahájení dialyzační léčby v našem středisku projevil zájem o HDD. Uvedl, že peritoneální dialýzu, kterou sledoval u svého otce, shledal časově náročnou a pro jeho potřeby nevyhovující, nechtěl sebou nosit vaky pro ruční výměnu.

ANAMNÉZA

V rámci anamnézy byl pacient orientovaný, lucidní, spolupracující, komunikativní, plně mobilní a jeho tělesná hmotnost se pohybovala mezi 68–73 Kg.

KATAMNÉZA

25. 3. 2021 došlo u pacienta ke zhoršení renálních funkcí a z toho důvodu byla zahájena hemodialýza přes permanentní katétr VJI I. dx. v našem středisku. První bezheparinová hemodialýza s proplachy fyziologickým roztokem proběhla v délce 1,5 hodiny bez komplikací. Sestra specialista provedla edukaci u pacienta o nutnosti dietních opatření, přísunu potravy s nízkým obsahem draslíku a fosforu, předala pacientovi edukační materiály o dietě, seznámila ho s režimem a harmonogramem HD.

V dalších dnech pacient projevil zájem o HHD. V současnosti mají naši pacienti možný výběr ze tří přístrojů určených k HHD, a to přístroj CorDiax 5008S, NxStage nebo Physidia S 3. Pacient byl informován staniční sestrou o všech možnostech, byly mu předány informativní materiály, odkazy na webové stránky společností, které služby HHD v České republice poskytují. Dále byl pacient informován, ať pečlivě prostuduje obsah doporučených stránek, zhlédne edukační videa a pak ať si vytvoří seznam dotazů pro lékařské a nelékařské pracovníky.

17.4. Po prostudování edukačních materiálů si pacient vybral společnost poskytující domácí dialýzu a rozhodl se zahájit přípravu k HHD. Na základě rozhodnutí pacienta k ošetření HHD iniciuje nelékařský personal schůzku s aplikačním specialistou. Ve stejném období pacient po konzultaci s lékařem dialyzačního střediska projevil zájem o zařazení do čekací listiny k transplantaci ledviny. Pacient podstupuje soubor odborných vyšetření nezbytných k posouzení zdravotního stavu před zařazením do čekací listiny. Lékař dialyzačního střediska indikuje u pacienta vyšíti permanentní cévní spojky AVF.

1.5. Naše dialyzační středisko zorganizovalo setkání s aplikačním specialistou společnosti, která následně poskytuje přístroj pacientovi. Specialista představuje pacientovi přístroj a sděluje technické požadavky, které je nutné zajistit v domácím prostředí před zahájením léčby doma. V době zaškolování se pacient seznamuje s přístrojem, může si "osahat" sety, roztoky, kapiláru a veškeré vybavení. Zkouší si na přístroji nastavit předepsaný režim ošetření. Dále je mu vysvětlen postup objednávání a závoz spotřebního zdravotnického materiálu.

13.5. V tento den probíhá druhá ukázková informativní HHD, pacient má možnost se podrobněji seznámit s průběhem ošetření a přístrojovou technikou. Pacient se dotazuje aplikačního specialisty na možné alarmy přístroje a jejich řešení. Získává doplňující informace o závozu, uskladnění a likvidaci materiálu.

17.5. Probíhá chirurgický výkon našití AVF I.sin. dist., výkon proběhl bez komplikací, AVF je funkční. V mezidobí, od první dialýzy do našití AVF, probíhaly dialýzy na středisku 3x týdně v délce 4 hodiny bez výraznějších komplikací. V průběhu dialyzační léčby byly zaznamenány tyto komplikace: mírné zarudnutí v ústí centrálního žilního katetru, pocit svědění v okolí katetru, otok a hematomy v okolí AVF v počátku napichování.

Po maturaci AVF začíná primární sestrou u pacienta vytváření tunelů – knoflíčkovou metodou, kdy primární sestra zavádí ostré jehly vždy do stejných míst pod stejným úhlem. K vytvoření tunelů je nutné provést 6–10 napojení ostrými jehlami, následně by měl být vytvořen tunel pro tupou jehlu. Napojování probíhalo bez závažných komplikací.

9.7. Byla provedena třetí HHD ve středisku. V danou dobu probíhá opětovné představení přístroje, vysvětlení požadavků na technické zázemí domova. Postupně pacient aktivně začíná pod dohledem sestry specialistky nácvik přípravy přístroje, setů, napojování vaků, spouštění mimotělního oběhu, řešení možných alarmů a komplikací. Nácvik probíhá v přítomnosti aplikační technika a primární sestry hemodialyzačního střediska. Pacient neverbalizuje strach či úzkost, velmi se těší na časovou flexibilitu a samostatnost.

Před samotným napojováním bylo nutné nacvičit, s pomocí primární sestry, odmočení stroupek do tunelů AVF a správný postup dezinfekce vpichů. Pacient se učil si připravit pomůcky důležité k zavedení jehel do tunelů AVF (napojovací balíček, jehly, dezinfekci, zaškrcovadlo s brzdičkou). Před samotným zahájením ošetření, si musí náš pacient umět přichystat pomůcky a veškerý materiál tak, aby vše bylo v dosahu pro zahájení a ukončení terapie s vytažením jehel. Náš pacient si zvolil hemostázu pomocí zaškrcovadla s brzdičkou (2x zaškrcovadlo, tampóny, náplasti nebo obinadlo, kontejner na ostré předměty).

Pro bezpečný a plynulý chod HHD se musí pacient postupně naučit tyto dovednosti: zadat délku požadovaného ošetření a hodnotu ultrafiltrace dle pokynů lékaře; připravit dialyzační přístroj; odmočit a odstranit stroučky tunelů AVF; provést dezinfekci místa vpichů, zaškrtnout levou horní končetinu a zavést tupou arteriální jehlu do vytvořeného tunelu s následnou fixací, zavést a fixovat venózní tupou jehlu; odstranit zaškrcovadlo; provést proplach obou jehel; provést napojení k setům a zahájit ošetření na přístroji; aplikovat antikoagulační do portu setu; sledovat zdravotní stav a své fyziologické funkce v průběhu ošetření; reagovat na alarmy a časně řešit komplikace; ukončit ošetření s krevním návratem; vytáhnout venózní jehlu, přiložit tampón a zaškrcovadlo, opakovat postup s arteriální jehlou, po dosažení hemostázy přelepit místa vpichů; bezpečná likvidace odpadu.

15.7. Pacient poprvé samostatně, pod dohledem primární sestry a aplikační technika, připravuje celé ošetření, což je vložení setu a kapiláry, propojení, proplach, nastavení parametrů na přístroji, příprava a aplikace Fraxiparinu 0,4ml do určeného portu v setu. Po provedení HHD se pacient učí krevní návrat, celkové ukončení ošetření a vytažení jehel s následnou hemostázou.

14.8. V daný den pacient poprvé provádí již zcela samostatně zavedení jehel do tunelů AVF tupými jehlami. Zvládá přípravu, provedení, ukončení ošetření a vytažení jehel s hemostázou. Dále technicky výborně ovládá přípravu a provedení ošetření na Physidii S.3. Je pozitivně motivován sestrou o své zdatnosti a dodržování všech pravidel.

30.8. V tento den proběhla extrakce permanentního katetru bez komplikací.

13.9. Po zvládnutí kompletní edukace, nácviku napojování do AVF, obsluhy přístroje, po podepsání veškerých potřebných dokumentů (certifikátu pacienta o zaškolení, dokladu o zápůjčce, informovaném souhlasu) je nácvik v nemocničním prostředí ukončen. První tři ošetření jsou pak pacientem prováděny v domácím prostředí pod dohledem aplikačního specialisty.

V našem středisku proběhlo celkem 32 ošetření HHD na přístroji Physidia S3, než byl přístroj převezen k pacientovi domů. My sami jsme se seznamovali, jak vše uchopit legislativně i technicky. Dlouho jsme vybírali místa vpichu, která by pacient zvládl napíchnout sám pod svým úhlem a AVF nebyla v tomto místě křehká, aby nedocházelo

ke komplikacím na cévní spojení, jako je otok či hematoma, ke kterým v počátku selfkanylace může docházet.

Po zahájení terapie v domácím prostředí pacient docházel zpočátku každých 14 dní na krevní odběry a pravidelné kontroly lékařem na dialyzační středisko. Po nastavení vhodného režimu následně dochází 1x za měsíc nebo dle potřeby. Současně dochází k pacientovi domů technik firmy ke kontrole a aktualizaci přístroje. Po každém ošetření je automaticky na emailovou adresu střediska zaslán report z celkového průběhu ošetření, který slouží zároveň jako kontrola a doklad. Vidíme v něm veškeré parametry, alarmy, které se během ošetření vyskytly. Dle data pak zadáváme výkony na zdravotní pojišťovnu. 21.12. Všechny domácí terapie probíhaly bez závažnějších komplikací, až do ukončení HHD z důvodu transplantace ledvin.

Pro většinu pacientů je domácí hemodialýza stejně účinná, ne-li lepší než hemodialýza v centru (Rivara, Edwards, Patrick et al., 2021). Edukace má probíhat pod vedením multidisciplinárního týmu, dle předem definovaných fází a plánu. Pacient obdrží standardizovaný edukační materiál, je obeznámem s tempem a způsobem zaškolení, kdy edukační tým přizpůsobuje edukaci dle schopností a požadavků pacienta (Morin, Gionest, Laurin et al., 2021).

DISKUZE

Z výsledků mezinárodních studií vyplývá, že intenzifikované a dlouhé noční režimy HHD mohou mít lepší klinické výsledky než dialýzy v konvenčním režimu. Pozitivně zejména ovlivňují krevní tlak, urémii, hodnoty fosfátu a draslíku. Umožňují lépe korigovat chronické převodnění, dochází k redukci hypertrofie levé komory. Také se zlepšuje nutriční a psychický stav pacientů (Fessi, Szlag, Courivaud et al., 2022; Ságová, 2016). Z nalezených dat také vyplývá, že HHD je metoda bezpečná a ekonomicky výhodná. I přes pozitivní vliv HHD zůstává její četnost celosvětově velmi nízká (Blagg, 2005; Fessi, Szlag, Courivaud et al., 2022). V literatuře byly popsány četné benefity HHD, byly však také identifikovány určité bariéry a komplikace. Mezi identifikované bariéry patří nedostatek motivace pacienta, strach z nového a ze selfkanylace, technicky nevyhovující domácí prostředí, málo zkušeností s touto metodou mezi nefrology a nedostatečný nebo neexistující edukační program (Blagg, 2005; Ságová, 2016). Pro budoucnost se jeví možná cesta využití moderních technologií, telemedicíny a modulu terénní podpory. Kolektiv autorů Tombocon et al. (2021) navrhuje rané vzdělávání zdravotníků, jehož cílem je podporovat pacientovo rozhodování o možnosti léčby a dodržování léčby s průběžnou kontrolou léčby prostřednictvím multidisciplinární péče. Navíc se zvyšuje specializovaná znalost v terciárních centrech a potřeba periferně rostoucí podpory s trendem, který platí zejména pro modality domácí dialýzy. V souladu s tím dochází k soustředěnému zaměření na využití technologií telehealth a elektronických modulů (eModules) k poskytování smysluplných programů CPE pro nefrology, jejich pečovatelský tým a jejich pacienty. Autoři navrhuje vyvinout virtuální mentorský program domácí dialýzy pro zdravotníky, program, který bude zahrnovat živé didaktické výukové sezení s následnou případovou diskuzí řízenou nefrology a dalšími odborníky s odborností

na domácí dialýzu prostřednictvím online platformy pro videokonference (Asdhley, Abra, Schiller et al., 2021). Podle kolektivu autorů Fesii et al. (2022) je další možnou bariérou nevhodná velikost dialyzačního přístroje a složité ovládání. Při intenzifikovaném režimu HHD dochází k častější punkci cévního přístupu. Bylo zjištěno, že tato metoda má zvýšené riziko komplikací s cévním přístupem. Může se jednat o zánik fistule, nutnost intervečního výkonu k záchraně cévního přístupu i o komplikace infekční. Zvýšené riziko infekčních komplikací je spojováno s napojovací metodou knoflíkové dírky, která se často při HHD využívá (Ságová, 2016). Mezi další komplikace HHD řadíme hypotenzi, křeče, krvácení, hemolýzu, alergickou reakci, disekvilibrační syndrom, febrilní stavy, bolesti na hrudi, hypertenzi až zástavu dechu a oběhu. Tyto komplikace mohou vyžadovat rychlý zásah zdravotnické záchranné služby.

ZÁVĚR

Na základě našich zkušeností domácí dialýza umožňuje žít pacientům svobodnější život s časovou flexibilitou. Vyžaduje však pečlivý výběr pacientů, kteří mají zájem se aktivně podílet na léčbě, jsou zodpovědní a jejich domov splňuje technické požadavky potřebné k této metodě. HHD metoda redukuje finanční náročnost, a to zejména úspory za cestovní náklady a náklady na drahé léky, jako jsou vazače fosforu a náhrady erythropoetinu. V literatuře jsou popsány pozitivní výsledky intenzifikovaných režimů HHD na klinických stavech pacientů, je nutné se však připravit na možné bariéry a komplikace.

Literatura

ASHLEY, J., ABRA, G., SCHILLER, B., BENNETT, P.N., MEHR, A.P., BARGMAN, J.M. and CHAN, CH.T. The use of virtual phsician mentoring to enhance home dilysis knowledge and utake. *Nefrology*. 2021, no. 26, p. 569–577. ISSN 1440-1797.

BLAGG, CH. R. *Home haemodialysis: 'home, home, sweet, sweet home!'* (Review Article). *Nephrology* [online]. 2005, vol. 10, no.3, p. 206-214 [cit. 2022-05-24]. ISSN 1320-5358. Dostupné z: doi:10.1111/j.1440-1797.2005.00383.x.

BLAGG, CH. R. The Early History of Dialysis for Chronic Renal Failure in the United States: A View From Seattle. *American Journal of Kidney Diseases* [online]. 2007, vol. 49, no. 3, p. 482-496 [cit. 2022-05-24]. ISSN 02726386. Dostupné z: doi:10.1053/j.ajkd.2007.01.017.

BLAGG, CVH. R. *Home haemodialysis*. *BMJ* [online]. 2008, vol. 336, no.7634, p. 3-4 [cit. 2022-05-24]. ISSN 0959-8138. Dostupné z: doi:10.1136/bmj.39392.575208.80.

BONENKAMP, A.A., VAN ECK VAN DER SLUIJS, A., HOEKSTRA, T., VERHAAR, M., C., VAN ITTERSUM, F. J., ABRAHAMS, A.C., VAN JAARSVELD, B.C. Health-Related Quality of Life in Home Dialysis Patients Compared to In-Center Hemodialysis Patients: A Systematic Review and Meta-analysis. *Kidney Medicine* [online]. 2020, vol. 2, no. 2, p. 139-154 [cit. 2022-05-24]. ISSN 25900595. Dostupné z: doi:10.1016/j.xkme.2019.11.005.

FESSI, H., SZELAG, J.CH., COURIVAUD, C., NICOUD., P., AQUILERA, D., GILBERTOVA, O., MORENA, M., THOMAS, M., CANAUD, B., CRISTOL, J. P. Safety and Efficacy of Short Daily Hemodialysis with Physidia S3 System: Clinical Performance Assessment during the Training Period. *Journal of Clinical Medicine* [online]. 2022, vol.11, no.8, p. 2123 [cit. 2022-05-24]. ISSN 2077-0383. Dostupné z: doi:10.3390/jcm11082123.

HALUZÍKOVÁ, J. Domácí dialýza. In: HALUZÍKOVÁ, J., BŘEHOVÁ, B. et al. *Ošetrovatelství v nefrologii*. Praha: Grada, 2019, s. 132-134. ISBN 978-80-247-5329-4.

HALUZÍKOVÁ, J. Edukace v dialýze. In: HALUZÍKOVÁ, J., BŘEHOVÁ, B. et al. *Ošetrovatelství v nefrologii*. Praha: Grada, 2019, s. 135-140. ISBN 978-80-247-5329-4.

MACGREGOR, M. S., AGAR, J.W.M., BLAGG, CH.R. Home haemodialysis –international trends and variation. *Nephrology Dialysis Transplantation* [online]. 2006. vol. 21, no.7, p. 1934-1945 [cit. 2022-05-24]. ISSN 1460-2385. Dostupné z: doi:10.1093/ndt/gfl093.

MORIN, C., GIONEST, I. LAURIN, L.P., COUPIL, R., NADEAU-FREDETTE, A.C. Risk of hospitalization, technique failure, and death with increased training duration in 3-days-a-week home. *Hemodialysis international*. 2021, vol. 25, no. 4, p. 457-464. ISSN 1542-4758.

MOWATT, G., VALE, D.L., MAC LEOD, A. Systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of home versus hospital or satellite unit haemodialysis for people with end stage renal failure. *Int. J. Technol.* 2004. vol. 20, no. 3, p. 258–268. ISSN 20869614.

RIVARA, M.B., EDWARDS, T, PATRIC, D., ANDERSON, L., HIMMELFARB, J., MEHROTRA, R. Development and content validity of patient-report experience measure for home dialysis. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2021. vol 16, p. 588–598. ISSN 1555-9041.

SÁGOVÁ, M. Intenzifikované režimy léčby chronického selhání ledvin v domácím prostředí. *Vnitřní lékařství*. 2016. Roč. 62, č.9, s. 757-761. ISSN 1801–7592.

SHEHATA, A., CHOUDHRY, H., HAWLEY, D., PADALKAR, R. Positive effect of home hemodialysis in a pregnant woman with chronic kidney failure during the COVID-19 pandemic: A case report. *Journal homepage*. [online]. 2021. vol. 22, no. 9, p. 2214-9112 [cit. 2022-05-25]. ISSN 0009-7322. Dostupné z: doi:10.1016/j.crwh/e00355.

TOMBOCON, O., TRRGASKIS., P., REID, C., CHIAPPETTA, K.F., JACKSON, S., FRAWLEY, F., PEAR, D., WESTON, A., WONG., K., PALASTER, L., FLANC, R., MACDONALD, S., WILSON, S., WALKER, R. Home before Hospital: a whole of system re-design project to improve rates of home-based dialysis therapy: Experience and outcomes over 8 years. *International Journal for Quality in Health Care*. [online]. 2021. vol. 33, no. 3 [cit. 2022-05-24]. ISSN 1464-3677. Dostupné z: doi: 10.1093/intqhc/mzab108.

Kontakt

Bc. Markéta Farníková
Interní a kardiologická klinika
Fakultní nemocnice Ostrava
17. listopadu 1790/5, 708 52 Ostrava – Poruba, Česká republika
marketa.farnikova@fno.cz

**TEORETICKÉ A ETICKO-FILOZOFICKÉ STUDIE,
PŘEHLEDOVÉ PRÁCE**

SEXUALITA, SEXUÁLNÍ ZDRAVÍ A GYNEKOLOGICKÁ PREVENCE MENTÁLNĚ POSTIŽENÝCH DÍVEK A ŽEN

SEXUALITY, SEXUAL HEALTH AND GYNAECOLOGICAL PREVENTION OF GIRLS AND WOMEN WITH INTELLECTUAL DISABILITY

Daniela Nedvědová¹, Gabriela Světnická¹

Abstrakt

Východiska: Sexualita tvoří neodmyslitelnou součást každého jedince, a proto se řadí mezi elementární lidské potřeby. Se sexualitou úzce souvisí sexuální zdraví a gynekologické prohlídky v rámci gynekologické prevence, které by měly dívky (ženy) s mentálním postižením pravidelně podstupovat. Mají ale dívky o tělesných změnách v období puberty, o menstruaci, o těhotenství, o gynekologických prohlídkách adekvátní informace?

Cíl: Cílem článku bylo zpracovat z dostupných českých a zahraničních zdrojů relevantní informace týkající se problematiky mentálně postižených dívek v oblasti sexuality, sexuálního zdraví a gynekologické prevence. Dalším cílem bylo zjistit, jak u této skupiny žen probíhá těhotenství a porod.

Metody: Článek byl koncipován jako teoretická stat', ke které byla využita metoda obsahové analýzy dokumentů.

Výsledky a diskuze: Na základě obsahové analýzy dokumentů bylo zjištěno, že mentálně postižené těhotné ženy pravidelně nedochází ke gynekologovi na prenatalní prohlídky. Otázkou je, zda tyto ženy mají o těhotenství a o podstatných vyšetřeních nedostatečné informace anebo na prenatalní kontroly jednoduše nedocházejí. Dále bylo zjištěno, že se u mentálně postižených žen v období těhotenství objevuje gestační diabetes mellitus, preeklampsie a předčasný porod. Pokud porod probíhá vaginální cestou je zde riziko dystokie ramének plodu. Po porodu se může objevit postpartální krvácení. Z neonatologických komplikací se u novorozenců objevuje nízké Apgar skóre, intrauterinní růstová retardace, zvýšená mrtvorozenost, perinatální úmrtí a vyšší frekvence hospitalizací novorozenců na jednotkách intenzivní péče.

Závěr: Dívky s mentálním postižením potřebují podporu, aby byly schopné porozumět samy sobě a změnám, které nastávají v ženském těle v průběhu života. Podpora dívek

¹ Ústav nelékařských zdravotnických studií, Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita

v oblasti sexuality, sexuálního zdraví a gynekologické prevence by se neměla lišit od intaktní ženské populace. Je potřeba pouze zvolit vhodné metody k předání informací. Dívkám s mentálním postižením velmi často chybí praktické zkušenosti, proto je důležité edukovat dívky také v praktické rovině. Pouze verbální osvěta je nedostatečná, protože dívkám s mentálním postižením chybí abstrakce. Vzhledem k nedostatečné informovanosti mentálně postižených dívek na téma sexuality a sexuálního zdraví, se kterým je spojená také otázka těhotenství a porodu, jsme se zaměřili u mentálně postižených dívek na osvětu a edukaci právě této oblasti.

Klíčová slova

sexuální zdraví, sexualita, gynekologická prevence, mentálně postižené dívky, menstruace, těhotenství, porod, mateřství

Abstract

Background: Sexuality is an inherent part of every individual and ranks among the elementary human needs. Sexuality is closely related to sexual health and gynaecological examinations as part of gynaecological prevention, which girls (women) with intellectual disabilities should undergo regularly. But do girls have adequate information about the physical changes during puberty, about menstruation, about pregnancy, about gynaecological examinations?

Aim: The aim of the article was to compile relevant informations from available Czech and foreign sources regarding the issues of mentally disabled girls in the field of sexuality, sexual health and gynaecological prevention. Another aim was to find out how pregnancy and childbirth progress in this group of women.

Methods: The article was conceived as a theoretical essay for which the method of content analysis of documents was used.

Results: Based on the content analysis of the documents, it was found that mentally challenged pregnant women do not regularly visit the gynaecologist for antenatal check-ups. The question is whether these women have inadequate information about pregnancy and essential examinations or whether they simply do not attend prenatal check-ups. It has also been found that gestational diabetes mellitus, pre-eclampsia and premature birth occur in mentally handicapped girls during pregnancy. If delivery is by the vaginal route there is a risk of fetal shoulder dystocia. Postpartum haemorrhage may occur after delivery. Among neonatal complications, low Apgar score, intrauterine growth retardation, increased stillbirth, perinatal death and higher frequency of neonatal intensive care unit admissions are seen in newborns.

Conclusion: Girls with intellectual disabilities need support to be able to understand themselves and the changes that occur in a woman's body throughout her life. Support for girls in the areas of sexuality, sexual health and gynaecological prevention should

be no different from the intact female population. It is only necessary to choose appropriate methods to convey the information. Girls with intellectual disabilities very often lack practical experience, so it is important to educate girls on a practical level as well. Verbal education alone is insufficient because girls with intellectual disabilities lack abstraction. Due to the lack of awareness among girls with intellectual disabilities on the topic of sexuality and sexual health, which is also linked to the issue of pregnancy and childbirth, we focused on sensitizing and educating girls with intellectual disabilities in this area.

Key words

sexual health, sexuality, gynaecological prevention, mentally disabled girls, menstruation, pregnancy, childbirth, motherhood

ÚVOD

Mentální poruchy jsou onemocněními s počátkem v dětství, které se vyznačují významnými omezeními v oblasti intelektuálních funkcí a v adaptivních oblastech každodenního života (Mitra et al., 2015). Další definici nabízejí autoři Valenta, Michalík a Lečbých (2018), kteří mentální retardaci vymezují jako vývojovou poruchu rozumových schopností, která je demonstrována snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností, jenž mají prenatální, perinatální i časně postnatální příčinu, která oslabuje adaptační schopnosti jedince. Stupeň mentální retardace je určen na základě posouzení struktury inteligence a schopnosti adaptability, orientačně také inteligenčním koefficientem a mírou zvládání sociálně-kulturních nároků jedince. Mentální retardace se dělí do šesti stupňů, a to na lehkou mentální retardaci (IQ 50–69), středně těžkou mentální retardaci (IQ 35–49), těžkou mentální retardaci (IQ 20–34), hlubokou mentální retardaci (IQ do 19), jinou mentální retardaci a nespecifikovanou mentální retardaci. Etiologie mentálního postižení je různá. Na jejím vzniku se podílejí faktory exogenní a endogenní. Dle časového hlediska literatura rozlišuje faktory prenatální, perinatální a postnatální. Z negativních prenatálních faktorů se mohou na vzniku mentální retardace podílet genetické příčiny (chromozomální aberace – Downův syndrom, Cri du Chat syndrom, Edwardsův syndrom, Klinefelterův syndrom, Patauův syndrom, fenylketonurie, galaktosémie, apod.), intrauterinní infekce, encefalitidy, infekce matky (zarděnky, neštovice, syfilis, toxoplazmóza, listerióza), chemikálie, abúzus drog a alkoholu v těhotenství ženy, rentgenové záření, užívání nevhodných léků v těhotenství a další choroby matky (diabetes mellitus, onemocnění štítné žlázy, anémie). Z negativních perinatálních faktorů hrají roli hypoxie plodu, nedonošenost a prodloužená gravidita. V literatuře se také objevují názory, že na duševním zdraví ještě

nenarozeného dítěte se může projevit prenatální deprivace, v případě, že se jedná o silně nechtěné dítě (Valenta a Müller in Valenta, Michalík a Lečbých, 2018).

CÍL PRÁCE

Zpracovat z dostupných českých a zahraničních zdrojů relevantní informace týkající se problematiky mentálně postižených dívek v oblasti sexuality, sexuálního zdraví a gynekologické prevence. Dále přiblížit informace týkající se těhotenství a porodu mentálně postižených žen.

POPIS REŠERŠNÍ STRATEGIE

Článek byl koncipován jako teoretická stať, ke které byla využita metoda obsahové analýzy dokumentů. Cílem analýzy dokumentů je pracovat s materiálem, který nemusí být jednoznačně použit za účelem výzkumu. Jedná se o kvalitativně-interpretační analýzu písemných svědectví, která mohou sloužit jako relevantní prameny k vysvětlení dané problematiky. Při analýze dokumentů badatel pracuje s daty, která již byla vytvořena; nejedná se tedy o tvorbu nových výzkumných dat. Za dokumenty lze považovat jakékoliv informace zachycené na nějakém médiu. Podle médií mohou být dokumenty děleny na tištěné, psané, na zvukových nosičích, na fotografiích atd. (Kutnohorská, 2009; Bártlová et al. 2005).

Analýza dokumentů byla provedena v období června až listopadu 2021. Na základě prostudovaných dokumentů, byly vybrány hlavní dokumenty, které splňovaly zadaná klíčová slova a které se svou tematikou dotýkaly zvoleného tématu. Hledání dokumentů probíhalo v elektronických licencovaných databázích ScienceDirect, PubMed a v Moravskoslezské vědecké knihovně města Ostravy.

SEXUALITA A SEXUÁLNÍ ZDRAVÍ MENTÁLNĚ POSTIŽENÝCH DÍVEK

Sexualita v minulosti patřila mezi tabuizovaná témata, o kterých se ve společnosti příliš nehovořilo. Byla chápána jako nevhodná a společensky zcela nepřipustná. Dnes je společnost vůči projevům lidské sexuality více otevřená. Každý má právo milovat a být milován, a to bez výjimky. Toto právo mají i dívky s mentálním postižením, protože také ony mají své potřeby a sexualita mezi ně neodmyslitelně patří. Sexualita osob s mentálním postižením byla dříve velmi tabuizovaným tématem, přestože se psychický vývoj postiženého člověka vyvíjí podle stejných pravidel a neexistuje specifická forma sexuality, podle které by se vyvíjely dívky s mentálním postižením. Přesto jsou však děti s mentálním postižením vychovávány spíše asexuálně. Přístup postižených dívek k sexualitě se liší od běžné populace. Objevují se výkyvy na obou stranách. Na jedné straně má postižený člověk příliš otevřené chování, nedostatek studu a nedokáže odhadnout, které doteky již překračují normu. Na druhé straně se mentálně postižení jedinci projevují silnou izolovaností a strachem z kontaktu s ostatními (Lištiak a Mandžáková, 2013).

Sebeláska a sebeakceptace je projevem, ale také základem zdravé sexuality. Vývoj sexuality je úzce spjat s hormonálním systémem, který se vyvíjí v souvislosti s periodickým růstem dítěte. Přístup a postoj k sexualitě se vytváří již v dětství v úzké souvislosti se sociálním učením v rámci rodiny, kde dítě získává základní obraz sexuality. Sexualita může být naplňována buď v páru (pohlavním stykem) anebo autoerotikou (masturbací) (Kracík, 1992). Je nezbytně nutné uvědomit si rozdíly mezi pojmy sexualita, sexuální chování a sexuální touha. Pojem sexualita v sobě zahrnuje postoje, představy, vztahy k ostatním, sexuální chování a očekávání. Sexuální chování představuje verbální i neverbální projevy sexuality a sexuální touha (sexuální přání) je stav, který v člověku vyvolává sexuální vzrušení při kontaktu s osobou, která je předmětem zájmu (Štěrbová, 2007).

Jak uvádí Kozáková (2018 in Valenta, Michalík, Lečbych, 2018) člověk je sexuální bytost bez ohledu na přítomnost mentálního, psychického, fyzického či smyslového postižení. Projevy sexuality jsou kontinuální, přirozenou a důležitou součástí lidského života. Porozumět sexualitě dívek s mentálním postižením znamená nehledat rozdílnosti či zvláštnosti, ale naopak objevovat a respektovat souvislosti lidského bytí (Kozáková, 2018 in Valenta, Michalík, Lečbych, 2018). Postoje a přístup k dívkám s mentálním postižením prošly velkými změnami. Dříve byli v ústavních zařízeních muži a ženy často separováni. Typický byl oddělený život, práce, zájmy i bydlení. Dívky s mentálním postižením tak byly ochuzeny o zkušenosti z reality běžného života, ze soužití obou pohlaví. Chyběly jim podněty a prožitky pro rozvoj pohlavní identity. Dívky s mentálním postižením byly velmi často považovány za asexuální, bez potřeb v sexuální oblasti. To vedlo k citové deprivaci, sexuální frustraci a k volbě autoerotické či homosexuální praxe (Kozáková, 2018).

Člověk je sexuální bytost bez ohledu na to, v jakém prostředí vyrůstá. Sexualita ovlivňuje chování člověka velkou měrou. Je-li člověk v oblasti sexuality spokojený, je i šťastný. Tam, kde strádá, se to projeví navenek různými nežádoucími formami a způsoby. Partnerské vztahy jsou součástí plnohodnotného a kvalitního života každého člověka. Taktéž dívky s mentálním postižením touží prožívat vztahy, mají potřebu být milovány a milovat. Touha po navázání partnerského vztahu se u dívek s mentálním postižením objevuje stejně jako u lidí bez postižení (Kozáková, 2018). Velkým problémem u dívek s mentální retardací je sexuální obtěžování, které také potvrzuje Lištiak Mandzáková (2013). Podlé této autorky se sexuální zneužívání řadí mezi nejčastější problémy, které se týkají sexuality osob s mentálním postižením. V důsledku snížených rozumových schopností mají dívky s mentálním postižením horší úsudek a špatně předvídají, jaké následky může mít jejich jednání. Dalším častým problémem jsou sexuálně přenosné choroby. K sexuálním obtěžováním se vyjadřují i další autoři. Sexuální obtěžování je u žen s mentální retardací velmi častým jevem a Mitra et al. (2015) ve své studii uvádějí, že dokonce 68–83 % žen s mentálním postižením zažije sexuální obtěžování.

OBLAST MENSTRUACE MENTÁLNĚ POSTIŽENÝCH DÍVEK

Ženy s mentálním postižením jsou často společností vnímány jako ženy, které nejsou schopny plnit svou rodičovskou roli. Mezi hlavní překážky v rozhodování žen s mentálním postižením v oblasti těhotenství, porodu a rodičovství patří nedostupnost srozumitelných informací o těhotenství, porodu a rodičovství, nedostatek odpovídající podpory a nedostatečná odborná příprava odborníků. Zatímco pro ženy bez mentálního postižení představuje těhotenství (díky informovanosti žen o antikoncepci), vědomou volbu; u žen s mentálním postižením existuje vyšší riziko neplánovaného těhotenství. S neplánovaným těhotenstvím může být spojena také řada jiných problémů, jako například nepřipravenost ženy na mateřství, finanční nestabilita, problémy v partnerských vztazích, nepříznivá sociální situace apod. Mladým ženám s mentálním postižením se nedostává dostatečných informací o sexualitě, respektive o lidské reprodukci, antikoncepci, těhotenství, porodu a rodičovství, dále o sexuálním zdraví a gynekologické prevenci. Poskytované informace nezasahují svým zaměřením do hloubky dané problematiky či oblasti. Během školního vzdělávání získávají oproti svým vrstevnicím méně informací o výše zmíněných tématech. To se může později projevit neadekvátním způsobem chování, používáním nevhodných hygienických pomůcek při menstruaci, gynekologickými problémy, nechtěnými těhotenstvími, pohlavně přenosnými chorobami apod. Proto je zcela nezbytné a opodstatněné vzdělávat dívky s mentálním postižením v otázkách sexuality, sexuálního zdraví, gynekologické prevence, těhotenství, porodu a rodičovství. Dívky s mentálním postižením obvykle procházejí pubertou ve stejnou dobu jako dívky bez mentálního postižení. Jejich úroveň porozumění však může představovat problém při osvojování hygienických dovedností potřebných při menstruaci. Edukace o ženském těle a praktická příprava na menstruaci je prospěšná pro všechny dívky, aby pochopily, co se v jejich těle odehrává. Tato edukace platí také pro dívky s mentálním postižením. Všechny dívky potřebují informace poskytované způsobem, který je odpovídající jejich úrovni porozumění. Dívky s mentálním postižením potřebují jasné informace a praktické příležitosti k nácviu hygienických dovedností. V rámci edukace jsou demonstrační metody a obrázky pro dívky i jejich rodiče velmi užitečným nástrojem. Dívkám s mentálním postižením může trvat déle, než si osvojí dovednosti potřebné pro zvládání menstruace. Problémy při zajištění hygieny při menstruaci mohou odrážet nedostatečné porozumění potřebných praktických kroků nebo vhodného sociálního chování. Je třeba na toto dávat pozor a dívky v problémových oblastech hlouběji edukovat. Dívky s mentálním postižením by měly mít dostatečné informace, podporu, a především příležitost k procvičení dovedností, které potřebují k tomu, aby byly co nejsamostatnější v péči o sebe samé. Mladé ženy, které se účastní sexuálních vztahů, potřebují vzdělání o sexuální aktivitě, intimních vztazích, sexuálním zdraví a těhotenství. Oblast antikoncepce by měla být součástí této diskuse. Dívky s mentálním postižením mají stejné menstruační problémy jako ostatní dívky. Začátek edukace by proto měl proběhnout ve stejnou dobu jako u dívek bez mentálního postižení. Také by mělo být zmíněno, že menstrující dívka je již plodná. Je tedy na místě dívky edukovat o možnosti otěhotnění (Tracy et al., 2016). Pro dívky s mentálním postižením představuje úroveň adekvátní sebepečce v období menstruace

praktický problém. Je velmi důležité, aby pečovatelé, rodinní příslušníci nebo zdravotníci řádně edukovali dívky s mentálním postižením o tom, jak používat hygienické pomůcky (vločky, tampony, menstruační kalíšky) v období menstruace, jak manipulovat s použitými hygienickými pomůckami a dále je nezbytně nutné dívky seznámit s tělesnými změnami v období dospívání. Právě nedostatečné provádění intimní hygieny v období menstruace může vést ke vzniku řady infekcí. Jedním z faktorů, které narušují vnímání menstruace jako přirozené součásti života ženy, je stud mentálně postižených dívek. Mentálně postižené dívky mohou vnímat určitý diskomfort při zavedených hygienických pomůckách (Altundag a Calbayram, 2016).

OBLAST TĚHOTENSTVÍ A PORODU MENTÁLNĚ POSTIŽENÝCH DÍVEK

V minulosti byly ženy s mentálním postižením umísťovány do ústavů a sterilizovány, aby se zabránilo plození dětí. V současné době již nejsou tyto praktiky běžné (McConnell et al., 2008). Těhotné ženy s mentálním postižením bývají obvykle mladší, svobodné, obézní a častěji během svého těhotenství kouří (Fairthorne et al., 2020). Co se týká prenatální péče, těhotenství a porodu – Mueller et al. (2019) zjistili, že ženy s mentálním postižením mají nedostatečnou prenatální péči a objevuje se u nich vyšší riziko gestačního diabetes mellitus a preeklampsie. Vzhledem k tomu, že se u preeklampsie doporučuje klid na lůžku, užívání medikace a pečlivý monitoring těhotné, mohou ženy s mentálním postižením hůře chápat instrukce zdravotnického personálu z důvodu absence adekvátní edukace. Proto je velmi důležitá adekvátní komunikace během těhotenství mezi zdravotníky a ženou, její rodinou a těmi, kteří o ženu pečují či ji podporují. Úroveň porozumění a úroveň schopností každé ženy, přítomnost možných komorbidit a rodinné/sociální prostředí ženy hrají zásadní roli pro její zdraví a zdraví jejího narozeného dítěte. Posouzení všech těchto faktorů je velmi důležité pro poskytnutí vhodné adekvátní a specifické péče podle konkrétních potřeb ženy. Vzhledem k tomu, že byl zjištěn nedostatečný výskyt prenatální péče v populaci těhotných žen s mentálním postižením, může další úsilí o identifikaci překážek pro vhodnou prenatální péči pomoci snížit nepříznivé výsledky těhotenství, jako je preeklampsie a těhotenský diabetes. Výskyt preeklampsie u těhotných žen s mentálním postižením byl zjištěn také autory McConnell et al. (2008) a Fairthorne et al. (2020). Ve studii posledních uvedených autorů bylo u matek zjištěno také riziko předčasného porodu, dystokie ramének a postpartální krvácení. Mitra et al. (2015) potvrzuje výskyt předčasného porodu a porodu císařským řezem u mentálně postižených těhotných žen. U dětí se objevuje nízká až velmi nízká porodní hmotnost a taktéž je sníženo Apgar skóre v 5. minutě. Ve studii Fairthorne et al. (2020) byly děti žen s mentálním postižením častěji rozeny císařským řezem a měly vyšší pravděpodobnost intrauterinní růstové retardace, nízkého Apgar skóre, vyšší mrtvorozenosti anebo perinatálního úmrtí. McConnell et al. (2008) k neonatálním komplikacím přidávají vyšší frekvenci pobytu dětí na neonatologických jednotkách intenzivní péče. Zajímavé zjištění přinesla studie provedená autory Höglund et al. (2013), jejímž cílem bylo zjistit znalosti, zkušenosti a postoje porodních asistentek v péči o ženy s mentálním postižením uvedla, že téměř polovina porodních asistentek (47,3 %) neabsolvovala žádné vzdělávání o těhotenství

a porodu žen s mentálním postižením. Autoři studie zjistili, že většina porodních asistentek (95,4 %) požadovala znalosti založené na důkazech o ženách s mentálním postižením v souvislosti s porodem. Vysoký podíl (69,7 %) porodních asistentek byl toho názoru, že ženy s mentálním postižením nemohou uspokojivě zvládnout roli matky, a více než třetina (35,7 %) porodních asistentek se dokonce domnívala, že ženy s mentálním postižením by neměly být těhotné a rodit vůbec. V této studii vysoký podíl porodních asistentek na porodních odděleních také uvedl, že ženy s mentálním postižením mají potíže vyrovnat se s bolestí během porodu a nerozumí ani jednotlivým porodním fázím. Pokud si porodní asistentka není jistá, jak přizpůsobit svou péči a podporu ženám s mentálním postižením během porodu, může se situace stát zmatenou a chaotickou jak pro ženu, tak pro porodní asistentku.

OBLAST RODIČOVSTVÍ MENTÁLNĚ POSTIŽENÝCH DÍVEK

Co se týká rodičovství mentálně postižených dívek, objevují se obavy ve vztahu k rodičovství. První obava je z narození dítěte, které zdědí postižení po rodičích, druhá obava je nedůvěra v to, jak dívka s mentálním postižením zvládne roli matky, jak se zvládne postarat o dítě. Zde je na místě řešit otázku antikoncepce a dále posoudit, zvážit individuální situaci dívky s jejími tužbami a přáními. Dále je nutné posoudit možnost podpory a pomoci dívce. Nezbytná je edukace dívky o péči o dítě a představení reálného obrazu rodičovství, aby si dívka uvědomila, co všechno péče o dítě obnáší (Kozáková, 2018).

ZÁVĚR

V životě dívek s mentálním postižením má důležitý význam osvěta a sexuální výchova. Zařízení sociální péče by mělo poskytovat svým klientkám dostatek informací ohledně sexuality, sexuálního zdraví a gynekologické prevence. Vzhledem k tomu, že dívky s mentálním postižením mají omezené možnosti, jak získat poznatky a zkušenosti v sexuální oblasti, mělo by jim zařízení sociální péče poskytnout odbornou pomoc ve formě odborně vyškolených pracovníků, zdravotníků nebo dokonce sexuologů. Otázka sexuality by neměla být za žádnou cenu tabuizovaná. Naopak by bylo dobré integrovat ji do života dívek s mentálním postižením ve formě přednášek a besed s odborníky. Informace ohledně sexuality by měly být podávány srozumitelně dle individuálních potřeb dívek a jednotlivých situací s ohledem na míru jejich postižení. Důležitou součástí výuky by měla tvořit názorná ukázka, neboť dívky s mentálním postižením mají sníženou představivost. Kvůli sníženým rozumovým schopnostem si potřebují veškeré znalosti častěji opakovat. Proto by sexuální výchova měla zaujímat důležité místo v celoživotním vzdělávání těchto osob. Veškeré poznatky a informace by měly vést k dostatečnému porozumění významu sexuality, sexuálního zdraví a gynekologické prevence. Osvěta a sexuální výchova se také může stát primární prevencí před sociálně nevhodným chováním. Dívky s mentálním postižením nejsou schopny rozlišit, zda jsou jejich projevy lásky a sexuality společensky vhodné. Když budou procházet pravidelnou výukou v oblasti

sexuálního chování a vyjadřování, tento problém bude minimalizován. Sexualita tvoří neopomenutelnou součást života každého jedince. Každý člověk má právo na projevy sexuality a lásky. Jinak tomu není ani u dívek s mentálním postižením. Další velmi důležitou oblastí, ve které by měly být mentálně postižené dívky hlouběji edukovány, je oblast těhotenství a porodu. Každá žena, bez rozdílu, by měla znát a vědět, co obnáší těhotenství a porod a měla by mít možnost prožít si toto velmi výjimečné období života ženy. Proto je nezbytně nutné tuto specifickou skupinu žen a dívek adekvátně připravit dle jejich stavu porozumění na období těhotenství a porodu.

Projekt byl realizován za finanční podpory Ministerstva zdravotnictví České republiky.

Identifikační číslo projektu: 44613/2020/OKD

Název projektu: Edukace mladých dívek s mentálním postižením v oblasti sexuálního zdraví a gynekologické prevence.

V rámci projektu, který byl podpořen Ministerstvem zdravotnictví České republiky, byly vytvořeny tři edukační brožury, které se zabývaly gynekologickou prevencí (gynekologickou prohlídkou), fungováním ženského těla (dospívání, menstruace, stárnutí, pohlavní styk) a těhotenstvím. Všechny tyto tři oblasti úzce souvisí se sexualitou, sexuálním zdravím a návštěvou gynekologa. Byly také provedeny teoretické a praktické workshopy na výše zmíněná témata.

Literatura

ALTUNDAG, S., CALBAYRAM, NC. Teaching menstrual skills to intellectually disabled female students. *Journal of clinical nursing*. [online]. 2016, vol. 25, no. 13–14, p. 1962–1968 [cit. 23.10.2021]. ISSN 1365-2702. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/jocn.13215>.

BÁRTLOVÁ, S. et al. *Výzkum a ošetřovatelství*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. ISBN 80-7013-416-X.

FAIRTHORNE, J. et al. Pregnancy and birth outcomes of mothers with intellectual disability and their infants: Advocacy needed to improve well-being. *Disability and Health Journal*. [online]. 2020, vol. 13, no. 2, p. 1–9 [cit. 1.9.2021]. ISSN 1936-6574. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2019.100871>.

HÖGLUND, B., LINDGREN, P. and LARSSON, M. Midwives' knowledge of, attitudes towards and experiences of caring for women with intellectual disability during pregnancy and childbirth: A cross-sectional study in Sweden. *Midwifery*. [online]. 2013, vol. 29, no. 8, p. 950–955 [cit. 30.09.2021]. ISSN 0266-6138, dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.12.002>.

KOZÁKOVÁ, Z. Partnerské vztahy a sexualita osob s mentálním postižením. In: VALENTA, M., MICHALÍK, J. a LEČBYCH, M. a kol. *Mentální postižení. 2. přepracované a aktualizované vydání.* 2018. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0378-2.

KRACÍK, J. *Sexuální výchova postižené mládeže.* Praha: Karolinum, 1992. ISBN 80-7066-626-9.

KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetrovatelství.* Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. ISBN 978-80-247-2713-4.

LIŠTIAK MANDZÁKOVÁ, S. *Sexuální a partnerský život osob s mentálním postižením.* Praha: Portal, 2013. ISBN 978-80-262-0502-9.

McCONNELL, D., MAYES, R. and LLEWELLYN, G. Women with intellectual disability at risk of adverse pregnancy and birth outcomes. *Journal of intellectual disability research.* [online]. 2008. vol. 52, no. 6, p. 529–535. [cit. 1.11.2021]. ISSN 0964-2633. Dostupné z: 10.1111/j.1365-2788.2008.01061.x.

MITRA, M. et al., Pregnancy outcomes among women with intellectual and developmental disabilities. *American journal of preventive medicine.* [online]. 2015, vol. 48, no. 3, p. 300–308 [cit. 1.10.2021]. ISSN 0749-3797. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2014.09.032>.

MUELLER, A. B. et al. Pregnancy course, infant outcomes, rehospitalization, and mortality among women with intellectual disability. *Disability and Health Journal.* [online]. 2019, vol. 12, no. 3, p. 452–459 [cit. 6.9.2021]. ISSN 1936-6574, dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2019.01.004>.

ŠTĚRBOVÁ, D. *Sexualita osob s mentálním postižením.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-244-1689-2.

TRACY, J., GROVER, S. and MACGIBBON, S. Menstrual issues for women with intellectual disability. *Australian prescriber.* [online]. 2016, vol. 39, no. 2, p. 54–57 [cit. 31.8.2021]. ISSN 1839-3942. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27340323/>.

VALENTA, M., MICHALÍK, J. a LEČBYCH, M. a kol. *Mentální postižení. 2. přeprac. a akt. vydání.* Praha: Grada Publishing, a.s., 2018. ISBN 978-80-271-0378-2.

VALENTA, M. a MÜLLER, O. Etiologie mentální retardace. In: VALENTA, M., MICHALÍK, J., LEČBYCH, M. a kol. *Mentální postižení. 2. přepracované a aktualizované vydání.* Praha: Grada Publishing, a.s., 2018. ISBN 978-80-271-0378-2.

	SEXUALITA, SEXUÁLNÍ ZDRAVÍ A GYNEKOLOGICKÁ PREVENCE MENTÁLNĚ POSTIŽENÝCH DÍVEK A ŽEN	DANIELA NEDVĚDOVÁ, GABRIELA SVĚTNICKÁ	83
--	---	--	-----------

Kontakt

PhDr. Daniela Nedvědová, Ph.D.
 Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita
 Ústav nelékařských zdravotnických studií
 Bezručovo nám. 885/14, 746 01 Opava, Česká republika
daniela.nedvedova@fvp.slu.cz

ANTIKONCEPCE VE SVĚTLE HISTORIE

CONTRACEPTION IN THE LIGHT OF HISTORY

Zdeňka Římovská¹, Kamil Janiš¹

Abstrakt

Východiska: V průběhu téměř celých lidských dějin se lidé zabývali otázkou-jakým způsobem (ne zdraví škodlivým) zabránit nechtěnému těhotenství. Příspěvek zahrnuje přehled historických přístupů k rozličným druhům antikoncepce. U vybraných druhů jsou uváděny názory dobových autorů (odborníků, a to zpravidla lékařů), na účinnost dané metody. Zvláštní pozornost je věnována prostředku bariérové antikoncepce, a to kondomu.

Cíl: Cílem publikace je podat přehled historických přístupů k rozličným druhům antikoncepce.

Metodika: Pro sběr dat byla zvolena analýza dokumentů v tuzemských i zahraničních databázích a pomocí klíčových slov a booleovských operátorů. Informace byly čerpány z tuzemských i zahraničních referenčních zdrojů, které jsou uvedeny v sekci Literatura na konci příspěvku. Řadu materiálů (např. názory odborníků) čerpali autoři z vlastních archívních sbírek a dokumentů, které docent Janiš shromažďoval více než čtvrt století.

Výsledky: Zjištěné výsledky byly analyzovány a zpracovány do přehledu historických přístupů k rozličným druhům antikoncepce.

Závěr: Otázka antikoncepce a zabránění nechtěnému těhotenství je stará snad jako lidstvo samo. V jednotlivých vývojových obdobích můžeme zaznamenat různé trendy a přístupy s ohledem na danou historickou etapu. Od přírodních prostředků po bizarní zavádění do pochvy kuliček uhnětených např. z mandlí, medu, granátových jablek, až ke kondomům a chemické antikoncepci. Věda musela urazit velký kus cesty, aby dnešní moderní ženy mohly svobodně volit pro sebe tu nejvhodnější antikoncepci, která jim bude vyhovovat.

Klíčová slova

antikoncepce, metody antikoncepce, přístupy

¹ Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě

Abstract

Introduction: Throughout almost all of human history, people have been concerned with the question of how (not harmful to health) to prevent unwanted pregnancies. The paper includes an overview of historical approaches to various types of contraception. For selected species, the opinions of contemporary authors (experts, usually doctors) on the effectiveness of the method are given. Special attention is paid to the means of barrier contraception, namely the condom.

Aims: The aim of the publication is to provide an overview of historical approaches to various types of contraception.

Methodology: The analysis of documents in domestic and foreign databases and using keywords and Boolean operators was chosen for data collection. The information was drawn from domestic and foreign reference sources, which are listed in the Literature section at the end of the paper. A number of materials (e.g. expert opinions) were drawn by the authors from their own archive collections and documents that Associate Professor Janiš had been collecting for more than a quarter of a century.

Results: The obtained results were analyzed and processed into an overview of historical approaches to various types of contraception.

Conclusion: The question of contraception and the prevention of unwanted pregnancy is perhaps as old as humanity itself. In individual development periods, we can notice various trends and approaches with regard to a given historical stage. From natural remedies to the bizarre introduction into the vagina of balls kneaded, for example, from almonds, honey, pomegranates, to condoms and chemical contraception. Science has come a long way so that today's modern women can freely choose the most appropriate contraceptive that suits them.

Keywords

contraception, methods of contraception, approaches

ÚVOD

V průběhu téměř celých lidských dějin se lidé zabývali otázkou-jakým způsobem (ne zdraví škodlivým) zabránit nechtěnému těhotenství. Návodů se objevila celá řada, i když z dnešního pohledu se mohou jevit jako směšné a komické. Je zarážející, jaký pozorovací talent museli naši dávní předkové mít, když dokázali některé účinky odhalit. Přesto je možné v rámci sexuálních vztahů vystopovat dva trendy. První, jak přijít do jiného stavu a porodit svému partnerovi dítě. Druhý, pro ženy, které žily aktivním sexuálním životem,

udržovaly mimomanželské vztahy, případně provozovaly prostituci. Tady se jednalo o opačný trend – zabránit všemi možnými způsoby otěhotnění. Ve středověku, stejně tak jako později i v novověku, byla největším věnem ženy, její schopnost otěhotnět. Lidé se snažili nějakým způsobem regulovat počet těhotenství během vlastního života, a to prostřednictvím spolehlivé antikoncepce, aby se případné následné selhání nemuselo řešit interrupcí a potratem. Současně musíme mít na zřeteli, že v první fázi se naděje upírala k bariérové antikoncepci (kondom), který v současné době může sloužit jako jeden z účinných prostředků v systému primární prevence před pohlavně přenosnými nemocemi. Zároveň se v průběhu minulého století, především v druhé polovině, začala výrazně prosazovat hormonální a chemická antikoncepce. Uplatnění antikoncepce slouží nejen k volnému a nestresujícímu vlastnímu sexuálnímu životu, ale také v demografických dimenzích představuje nástroj k regulaci porodnosti.

POPIS REŠERŠNÍ STRATEGIE

Pro sběr dat byla zvolena analýza dokumentů. Informace byly čerpány z tuzemských i zahraničních referenčních zdrojů, které jsou uvedeny v sekci Literatura na konci příspěvku. Velkým zdrojem byla vlastní publikace autora a archiv dokumentů, který docent Janiš sestavil a po léta studoval.

TEXT LITERÁRNÍHO PŘEHLEDU

HISTORIE

Antikoncepce v průběhu lidských dějin plnila někdy zcela odlišné cíle, a to podle potřeb a zájmu vládnoucí třídy. V období, kdy byl, zájem na rození velkého počtu dětí na základě nejen zachování vlastního rodu, ale zejména na navýšení pracovní síly, stejně tak jako i příslušníků armády (např. myšlenka Lebensbornů za 2. světové války apod.). V takovém případě přirozeně nebyl zájem na rozšiřování antikoncepce. Jestliže zájem o ní byl, pak se povětšinou jednalo o vyšší společenské vrstvy. S tímto trendem úzce souvisí i o hrdelní tresty pro ženy, které přistoupily na potrat, případně zabily dítě, a to zpravidla krátce po narození. Druhou tendencí bylo umožnit ženě vlastní rozhodování kdy, kolik a zda vůbec dítě chce. V takovém případě je chápána antikoncepce jako jeden z prostředků revoluce v sexuálním chování. Antikoncepční techniky lze vystopovat už v Babyloně. Z dnešního pohledu se může jednat o zdánlivě komické postupy, ale v dané době se prostě používaly. Jedním z nich bylo zavádění do pochvy rozličné kuličky uhnětené např. z mandlí, medu, granátových jablek apod. Záměrem bylo vytvořit prostředí, které se bude chovat ke spermii „nepřátelsky“, tzn. silně kyselé prostředí. Ve své podstatě, se jednalo o počátek chemické antikoncepce a také poměrně úspěšnou antikoncepční metodu. Mnohem později se podobný přístup začal uplatňovat i v Egyptě. Jednalo se o rozličné kombinace látek, které měly nejen příjemnější aroma, ale i podobu ve tvaru tamponu. Jednalo se o chomáčky látky napuštěné akátovými výtažky, olivovým olejem, medem, citronovou šťávou apod. Vždy byla snaha, aby prostředí v pochvě bylo kyselé.

(Vondruška, 2007. s. 8–9). Ještě jednou ve stručnosti prolétneme dějinami zašlé antikoncepce. V Řecku nebyl zájem vždy otěhotnět a hledaly se účinné prostředky. V prvním období se věřilo antikoncepčním kouzlům, jako např. ženy nosily v sáčku kočičí játra, který si přivazovaly na levou nohu. Známý Aristoteles uvádí ve své *Zoologii* antikoncepční prostředek složený z cedrového oleje, olovnaté běloby, kadidla. Například Sórán z Efezu (asi 100 let před n. l.) doporučoval dvojí jištění před početím. Ženy si vkládaly do pochvy smotky namočené ve víně, v němž byly ještě fíky a soda. Druhé „jištění“ spočívalo v totálním opití mužů. Jednou z dalších používaných a doporučovaných (ve 14. století jistou Kokkotou) metod byla metoda nazývaná coitus saxonicus. Její podstatu tvoří pevný stisk (zpravidla ženou) kořene penisu těsně před ejakulací, takže semeno se nemůže uvolnit a vystříkne do močového měchýře. Někdy se používá pro danou praktiku označení zpětná ejakulace. Jedná se o snadno selhávající, a tudíž i riskantní metodu. V roce 1847 doporučila společnost Oneida ve Vermontu techniku pod názvem coitus reservatus. Podstatu tvoří dokonalá schopnost muže ovládnout ejakulaci, která v průběhu pohlavního styku vůbec nenastane. Naopak žena během dostatečně dlouhého styku může dosáhnout orgasmu. Církev doporučovala další techniku tzv. coitus interruptus, tzn. výron semene mimo rodidla ženy. Přes všechna opatření dochází v 19. století k nárůstu počtu dětí narozených mimo manželství, např. v letech 1816–1819 se jednalo cca o 11 % z celkového počtu všech narozených dětí, v letech 1845–1849 už podíl takto narozených dětí činil cca 14 % (pro ilustraci: v České republice se v současnosti rodí téměř každé třetí dítě mimo manželský svazek). Ještě před tím musela věda udělat určitý pokrok vpřed. V roce 1672 objevil nizozemský lékař Regnier de Graf vajíčko a zjistil, že putuje z vaječníku do dělohy. Když objevitel mikroskopu a známý přírodovědec Antony van Leeuwenhoek (1632–1723) objevil v roce 1677 spermatozoidy, udělala věda na tomto poli velký skok dopředu. Morus ve svých *Světových dějinách sexuality* popisuje situaci, kdy jeden student přinesl Leewenhoekovi, známému výrobcí optiky, a hlavně mikroskopů v Delftu (Holandsko) skleničku se semenem muže, který trpěl nočními polucemi. Současně vyprávěl, že pozoroval v mikroskopu malá zvířátka („animalculi“). Při srovnání různých zjištění, došlo v podstatě k objevení, a hlavně pozorování spermií. Například se zjistilo, že zvířátka v chladném prostředí přežijí pouze 24 hodin, ale v teplém prostředí, přežijí celkem tři dny. Tím se však otevřela celá řada dalších a nových problémů a otázek. Filozof Gottfried Leibniz (1646–1716) nastolil např. otázku, že jestliže spermie nebo vajíčko obsahují lidskou bytost, byť v té nejmenší míře, včetně duše, pak i to obsahuje další bytost a duši atd. až do nekonečna. (Pro lepší názornost si stačí představit klasickou ruskou matřjošku). O dvě stě let později pak pozoruje Švýcar H. Fiol vniknutí spermie do vajíčka (Janiš, 2007, s. 285). K dalším antikoncepčním prostředkům, byť méně obvyklým, patří rozličné děložní čípky. Ve staré Číně a v Japonsku si ženy přikládaly na děložní čípek kousek hedvábného papíru. Mnohem později (v roce 1838) zavedl F. Wilde používání kloboučku (vaginální pesar, diafragma). V této souvislosti se uvádí ještě jméno Mensing. Jako zajímavost stačí poznamenat, že Mensing je pseudonym, neboť autor nápadu se ve skutečnosti jmenoval pravým jménem Hesse. Křivka rozvodovosti už více jak sto let pomalu a jistě vzrůstá. K nejčastějším příčinám rozvodu manželství patřilo cizoložství a opilství. V jedné z populárně naučných knih *Hygienu manželství* z dob našich

dědečků a babiček (1924) se mimo jiného doporučuje, že „*ve stavu duševní či tělesné únavy, po prudkých výbuších hněvu, a zvláště v opilosti nemá se vůbec souložit soulož v opilosti může mít u muže v zapětí dokonce smrt, a že často se v opilosti zplodí dítě, které přijde pak na svět jako tělesný i duševní mrzák.*“ (Schlegel, 1924). Rozvodem manželství nastalo především pro ženu velice obtížné období. Chudý muž zpravidla neplatil výživné a veškerá tíha ležela na ženě. Velikou komplikaci přinesl budoucím matkám nechráněný pohlavní a předmanželský styk. Jednalo se jednak o riziko otěhotnění a současně i o problém mravní. Ještě v nedávné minulosti nepřicházel takový styk veřejně vůbec v úvahu, byl považován za velký hřích a přinášel s sebou celou řadu společenských problémů. To, že dnes mladí lidé žijí spolu před uzavřeným sňatkem i několik let s plným vědomím obou rodičů, není nic neobvyklého. Že v takovém vztahu má pevné místo sex, není se třeba příliš navzájem přesvědčovat. Z dostupných statistických materiálů z počátku dvacátého století se dovídáme, že 70–80 % provdaných žen mělo pohlavní styk se svým stávajícím manželem již před sňatkem. České ženy, alespoň jejich věkově starší část, se vyznačovaly po vzniku Československa (1918) vysokou aktivitou v otázkách uzavírání manželství. Ženy pod vedením Ústředního spolku českých žen, zorganizovaly podpisovou akci k reformě zákona „*o právu manželském*“. Hlavní zájem byl veden na požadování lékařského vysvědčení obou snoubenců, že „*nejsou stíženi chorobou, která se přičí účelům manželství nebo by škodlivě působila na zdraví druhého manžela nebo potomstva.*“ V praxi se jednalo především o omezení dalšího šíření rozličných pohlavně přenosných nemocí, zejména pak syfilidy (Janiš, 2007, s. 285). Antikoncepce nebyla všeobecně příliš užívána. Na daném stavu se mimo jiného podílela i církev, stejně tak jako mnohdy moralistický postoj veřejnosti. Jestliže v roce 1919 připadalo u nás 2 154 rozvodů na 200 tisíc sňatků, pak o rok později na stejný počet uzavřených sňatků připadalo 10 tisíc rozvodů. S danou problematikou úzce souvisí otázka potratovosti. Například zákony Československé republiky zahrnovaly paragraf 144 trestního zákona ještě z období Rakouska-Uherska. Podle uvedeného zákona mohla žena být odsouzena do těžkého žaláře na jeden až pět let za vyhnání nebo pokus o vyhnání plodu. Otec, který o takovém pokusu věděl a nezakročil, mohl být odsouzen k trestu v délce trvání deseti let. Existoval přísný zákaz provádění interrupcí. Přesto se našlo dost „*odborníků*“, kteří prováděli zákrok. Nebezpečí takového zákroku bylo, vzhledem k nedostatečné hygieně a neodbornosti (za pomoci jehel), poměrně vysoké. Pro ilustraci stačí uvést, že v roce 1937 proběhla tiskem informace o 350 tisících potratech v průběhu roku. K dalším zajímavým číslům z realizovaného šetření z roku 1911 patří poznatek, že počet dětí klesá u vzdělanějších skupin mužů. Například na 1 000 ženatých mužů připadalo u lékařů 103 dětí, u učitelů a profesorů 95, u číšníků 234 a u „*obyčejných dělníků*“ dokonce 438. Vedle chtěného těhotenství, existuje přirozeně i nechtěné těhotenství. V průběhu historie, stejně tak jako je tomu i dnes, důvodem k umělému přerušení může vést celá řada objektivních, stejně tak i subjektivních důvodů. Asi nelze do celkové statistiky zahrnout nechtěné přerušení, které není neobvyklé. K přerušení těhotenství, zejména v první polovině minulého století, sloužila nevhodná životospráva, a to, jak uvádí Rys (1933, s. 38) „*skákání, tanec, jízda na velocipedu, bouřlivé soulože, nebo dráždění rodidel zaváděním cizích předmětů do rodidel, třením prsních bradavek a tak dále*“. Nalezení

účinné antikoncepce provází lidstvo dlouhou řádku let. Uvádí se, že už Arabové zaváděli velbloudicím do dělohy oblázky, aby tak zabránili nežádoucí březosti při dlouhých cestách pouští. Ve středověku získaly na oblibě rozličné lektvary a obdobné šarlatánské metody. Teprve počátkem 20. století se problematiky antikoncepce ujímají lékaři vybaveni již dostatečnou dávkou vědomostí. Vedle všeobecně prezentované pohlavní zdrženlivosti začala lékařka A. Fischerová – Dückelmannová (1901) doporučovat novou metodu ženské antikoncepce, kterou představoval pesar. V té době měly ženy k dispozici i další prostředky, jako například výplachy a savé hubky. Nitroděložní tělísko (v odborné literatuře se používá zkratka IUD, z anglického intrauterine device) patří dnes k poměrně rozšířené metodě ženské antikoncepce. Nejedná se o zcela novou metodu, neboť už ve starém Řecku docházelo v rámci zabránění nežádoucího otěhotnění k používání stříbrných kroužků, které plnily podobnou funkci jako dnešní nitroděložní tělísko. Novodobá zmínka o antikoncepčním nitroděložním tělísku pochází z roku 1909. Nejdříve se používalo hedvábné, později kovové a s rozvojem plastických hmot tělísko umělohmotné. Problém, s kterým se lékaři setkávali, byla možnost vzniku zánětu a přenosu infekce (antibiotika ještě nebyla objevena). Propagátorem zavádění nitroděložního tělíska byl ve 30. letech minulého století německý gynekolog Gräfenberg. Ještě před tím prvně popsal antikoncepční účinky nitroděložního tělíska (prstence) vyrobeného z hedvábného vlákna (uvádí se také, že se jednalo o střeva housenky bource morušového) Richard Richter (1909). Riziko komplikací z této aplikace v pozdějších letech vzrůstalo, což bylo přímým podnětem k tomu, aby v roce 1935 bylo tělísko v Německu zakázáno. Komplikace byly částečně způsobeny ani ne tak podstatou vlastní metody, jako spíše s nesterilním zaváděním, a ne zcela vhodným výběrem pacientek. Tím došlo k postupnému upouštění od dané metody. Další rozmach nastal až v 50. letech, u nás pak zejména v 60. letech minulého století. V roce 1960 vymyslel Margules tělísko v podobě spirály z plastické hmoty. Z iniciativy našeho předního gynekologa Jiřího Šráčka vzniklo české nitroděložní tělísko, ve své době (1967) nesmírně oblíbené, které dostalo označení DANA. Jak ve své době vzpomínal gynekolog Šráček, pojmenoval tělísko po své matce, ale té se označení moc nelíbilo a nechtěla být s ním spojována. Tak našel jiné, logičtější vysvětlení – Dobrá A Neškodná Antikoncepce. Podle dostupných informací, byla v roce 1995 výroba českého tělíska zastavena a nahrazena importem tělísek zahraničních výrobců.

CHEMICKÁ ANTIKONCEPCE

Za kolébku chemické antikoncepce lze považovat starověký Egypt. Tak zvaný *Petrieho papyrus* (asi 1850 před n. l.) doporučoval zavést před uskutečněním soulože do pochvy pastu vyrobenou z krokodýlího trusu. Jiné zdroje doporučovaly např. sloní trus, stromovou kůru nebo zeli. Další dochovaný návod (přibližně z doby 1500 před n. l.) doporučoval zasunout do pochvy kus tamponu namočeného ve směsi medu a rozdrcených černých akácií. Právě černá akácie uvolňuje tzv. arabskou gumu a ta zase při kvašení uvolňuje kyselinu mléčnou, která ve finále spolehlivě ničí spermie. Obdobný způsob v roce 1931 doporučovala Angličanka M. Stopesová ženám z chudých vrstev. Jednalo se o mořskou houbu nasáklou olivovým olejem. Známy G. Casanova zase doporučoval vkládat do pochvy plátek citronu.

Vývoj chemické antikoncepce má také hluboké kořeny. Na přelomu 19. a 20. století byly v módě rozličné chemické prostředky. Například tzv. bezpečnostní ovale, které se skládalo z kakaového másla a chininu, a do pochvy se zavádělo před uskutečněním pohlavního styku. Obdobně tomu bylo i u tzv. pochvového prášku s názvem Atekos, který se skládal z kyseliny citrónové a tříslové, dále pak z boru, gumy a mouky. V knize „*Moudré rodičovství*“ (1923) se doporučoval následující antikoncepční prostředek – vložení malé houby namočené a naplněné mýdlovým práškem před vlastním stykem, případně kus vaty dobře namazaný vazelinou smíchanou s práškovým boraxem. K použití byly (alespoň podle propagačních materiálů) rozpustné chininové kloboučky. Souběžně však docházelo k nechtěným těhotenstvím s následnou potřebou potratu. Doporučované metody byly kruté, jako například šlapání po břiše, náročná fyzická práce, vývary z bylin (např. rozmarýn, námel aj.), horké koupele a celá řada „zaručeně“ spolehlivých. Novodobá historie hormonální antikoncepce začíná v roce 1921, kdy rakouský lékař L. Haberlandt z Innsbrucku začínal experimentovat s výtažky z vaječníků těhotných zvířat. Takový výtažek totiž blokuje uvolnění zárodečných buněk z vaječníků. Pro vývoj antikoncepčních pilulek se stal určitým mezníkem rok 1951, kdy došlo k objevu (objevitelem byl Djerassi) nové skupiny umělých hormonů vaječníků, tzv. nosteroidů. Vědecký výzkum pokračoval rychle dál. Vědci G. Pincus a M. C. Chang přikročili k prvním pokusům a v roce 1955 i k prvním klinickým zkouškám na ženách v Portoriku. Důvodem volby této země byla skutečnost, že zde nastala nebyvale silná populační exploze. Uveřejněné výsledky byly velice nadějně. Pilulku užívalo celkem 256 žen po dobu 1 712 menstruačních cyklů. Za celou dobu experimentování došlo pouze k pěti otěhotněním, a to vždy u žen, které zapomínaly brát pilulku. Na základě úspěšného testování došlo v roce 1958 k uvedení prvního hormonálního antikoncepčního přípravku Enorid na trh. V roce 1965 byl i na našem trhu uveden do praxe Antigest. Vedle pozitiv je třeba uvést i jeden negativní příklad. Tzv. „neškodný“ přípravek s názvem Kontergan zanechal v tehdejších západním Německu množství fyzicky deformovaných dětí. Tak jako v minulosti, tak i ve 20. století se k některým sexuálníм otázkám vyjadřovala církev. Zvláště citlivý se jevil církvi problém související s antikoncepcí a interrupcí. Papež Pius XI. v encyklice o manželství *Casti connubii* (1930) odsoudil antikoncepci a pootevřel dveře tehdy propagované antikoncepční metodě (o neplodných dnech) známé dvojice – rakouský lékař Hermann Knause a japonský lékař Kyusaky Ogino. Pozdější papež Pius XII. (1958) zakázal používání prezervativů a diafragmy, a vystoupil proti přerušovanému pohlavnímu styku (coitus interruptus). Pavel VI. v encyklice *Humanae Vitae* zakázal všechny prostředky sexuální ochrany, čímž dochází k rozšíření periodické abstinence. Ani encyklika dalšího papeže Jana Pavla II. (1993) nepřinesla očekávané změny.

KONDOMY KONEČNĚ NA SCÉNĚ

Pohlavní život s sebou přináší i zvýšené riziko otěhotnění a tím i „vyřazení“ na určitý čas z lukrativních pozic. Proto vzrostl i zájem o různé prostředky antikoncepce. Kondomy plnily dvojí funkci – jednak zabránit početí, jednak zabránit přenosu pohlavně přenosných nemocí. Vyhnání plodu, jinak dnešní terminologií řečeno potrat, bylo kruté trestáno,

zpravidla smrtí. Například Bamberký pořádek práva hrdelního (1507) hodnotil vyhnání plodu jako zločin, obdobně tak Bavorský zákon (1754) nebo rakouský zákon Marie Terezie (1768). Posledně jmenovaný zákon trestal i sterilizaci ženy a každého účastníka takového činu smrtí. Z uvedených zákonů je zřejmé, že problém ochrany před početím nabýval na aktuálnosti.

Problém ochrany před početím i před nákazou pochází z Egypta. Jako předchůdci kondomů se používaly v subtropických a tropických oblastech jakési „futrály“ na penis z palmových listů. Z roku 1350 před n. l. pochází první dochovaná zmínka o prostředku, který pokrýval a současně i zdobil pánské přirození. V Číně se používal k podobným účelům naolejovaný hedvábný papír. Nejstarší a neporušený dochovaný kondom na světě pochází z roku 1640 a je zhotoven z prasečího střeva. V přiloženém návodu (psaný latinsky) se uvádí, že se před použitím musí ponořit do horkého mléka za účelem desinfekce. Kondom byl nalezen ve švédském městě Lundu. Jsou doklady o tom, že v době krétské nadvlády se používal jako antikoncepční prostředek rybí měchýř. V antických bájích je zachycen příběh o tom, jak Pasifaé očarovala svého, často nevěrného, manžela a to tak, že jeho semeno obsahovalo hady a štíry. Nevěrný král si na penis navlékal kozí měchýř, aby nenakazil své milenky. Pro objektivitu je zapotřebí uvést, že i samotná Pasifaé byla manželovi nevěrná, a to dokonce s posvátným býkem. Ten žádnou ochranu nepoužíval, a tak se jim časem narodil zrůdný Minótaurus. Na našem území byli zřejmě prvními uživateli Keltové, kteří tyto prostředky nepochybně znali. Prvním důkazem o používání prostředku podobného kondomu v Evropě představují malby na stěnách jeskyně v Combarelles (Francie) z období kolem 1.–2. století n. l.

Existují i poznámky o tom, že v roce 1564 italský anatom Fallopius v díle *De morbo Gallico* (O francouzské nemoci), které vyšlo až po jeho smrti, uvádí popis pouzdra ze lněného plátna, napuštěného anorganickou solí a dalšími látkami, na ochranu mužského údu. V žádném případě se nejedná o revoluční objev. Už ve starém Egyptě se používala obdobná ochrana ze zvířecích střivek. Lavinovité šíření syfilidy v 16. století otevřelo znovu problém nejen ochrany před nežádoucím otěhotněním, ale především jako hledání účinného prostředku před šířením pohlavně přenosných nemocí, včetně kapavky. Kapavka byla, obdobně jako dnes, poměrně rozšířenou pohlavní přenosnou nemocí. Jistý James Boswell, který měl podle historiků celkem 12 dětí, ji v rozmezí let 1763–1795 dostal celkem devatenáctkrát. Je celkem logické, že se dotýčný stal jedním z největších propagátorů kondomů. Původní kondomy se vyráběly z kozích nebo ovčích střivek. Byly vytvarovány na skleněných modelech do požadovaného rozměru, a to jak do šířky, tak i do délky (uvádí se délka 8 palců). Sám Boswell neměl kondomy rád, protože snižovaly požitek ze samotného pohlavního aktu. Přesto ze strachu před „onemocněním šankrem a proti metle bubónů“, ale i dalším „harantům“, je čas od času používal. Pro zvýšení spolehlivosti lze při pohlavním styku použít dva prezervativy na sobě. Už 12. 5. 1709 byly inzerovány v Anglii „Superfine Double“, které se vyráběly ze dvou ovčích střev navlečených na sobě. (Prostě jistota je jistota.) Okolo roku 1750 se velké oblíbenosti dočkaly šlechtických kruzích těšily kondomy se sametem a podšité hedvábím. Existovaly také plátěné kondomy, které se musely před použitím navlhčit. Po ukončení aktu je bylo možné vyprat a opětovně použít. Na dvoře anglického krále Karla II. žil lékař a plukovník

Condom (někdy se uvádí i Contom, Condum, 1630-1685), který jako prostředek k ochraně před početím doporučoval střevo skopce. Condom rozdával členům královské rodiny a jejich družinám zmiňovaná střívka. Za své zásluhy o blaho trůnu byl povýšen do šlechtického stavu. Condom nazýval prezervativ-ochranou před „*pohlavní nemocí a zplozením bastardů*“. Tenhle prostředek se velice rychle rozšířil do Francie, kde se vyráběl z nejjemnějších slepých střev mladých ovcí, tzv. „*francouzská střívka*“ ozdobená modrou stužkou. K sériové výrobě bylo ještě hodně daleko. Samotný název vznikl údajně v roce 1665 a má dvojí možný výklad. Někteří uvádějí, že vznikl z latinského slova condus (nádržka), jiní podle vynálezce. V každém případě se následně tento prostředek rozšířil do celé Evropy. Nejříve jím však pohrdal, ale po deseti letech od nakažení syfilidou začal prezervativ chválit. Koncem 19. století byly kondomy nahrazeny gumovými (latexovými) prezervativy. První takové prezervativy se objevily na trhu v roce 1855 a od dnešních se odlišovaly tím, že po stranách měly švy. Netrvalo dlouho a v amerických novinách The New York Times se v roce 1861 objevil první inzerát na kondomy. Označení pro tento relativně nejúčinnější prostředek před otěhotněním i před některou z pohlavně přenosných nemocí se mu dostalo až v 19. století. Celé století bylo ve znamení bouřlivě rozkvétající prostituce. Důvodem byl rozmach britského impéria, kdy se po Kalkatě promenádovalo na 30 000 sexu přístupných žen a ve shodné době (1867) v samotném Londýně na 80 tisíc. Když byla v Kalkatě provedena registrace nevěstinců, dospělo se k následujícímu zjištění: 2 458 bordelů, 7 001 registrovaných a přibližně 20 tisíc neregistrovaných prostitutek. Dnes téměř každé odrostlejší dítě ví, že nejúčinnější ochranou před uvedenými problémy je kondom. Muži ve své době používali kondom spíše jako hračku a zajímavé zpestření sexuálních hrátek za účelem obveselení žen. Například se o zábavě a hrátkách s kondomem zmiňuje sám veliký G. Casanova. Přesto výroba 400 tisíc kusů kondomů nemohla v žádném případě v Anglii v roce 1934 pokrýt sexuální potřebu mužů celého impéria. Vedle přeprné nabídky kondomů rozličných názvů se mohl každý zájemce zúčastnit veřejné soutěže na „*vhodné jméno pro pánskou gumovou ochranu, jež bude uvedena na trh v cigaretové dutince*“ (1934). Jak soutěž dopadla, není známo, ani zda byly uvedeny na trh kondomy v cigaretové dutince. Velký skok v dalším rozšíření kondomů sehrál objev vulkanizace gumy v roce 1844. První kondomy byly až 2 mm silné, měly silný zápach po gumě a prožitek nebyl asi valný. Navíc dochází v roce 1873 v USA k jejich prodeji pouze na lékařský předpis. Masová výroba se začíná rozvíjet z iniciativy polského vynálezce Julia Fromma (1883-1945), který využil nápadu Charlese Goodyeara a začal skleněné formy ve tvaru penisu namáčet do kaučuku a následně jej nechal vytvrdit v peci. V roce 1855 uvádí firma Goodyear na trh první gumový (latexový) kondom. K nezájmu o kondomy přistupovala i poměrně vysoká cena. Například v roce 1860 stál jeden kondom tolik, jako půl litru dobrého piva. Těžko říci, co pánové raději volili. V roce 1920 byl za účelem anonymity vyroben v USA první automat na kondomy. Kondomy na jedno použití se objevují až po roce 1930. V roce 1951 se začaly kondomy prvně elektronicky testovat. Tajné porody a vyhánění plodu se stalo zlatým řemeslem. Ne však všichni patřili k velkým obdivovatelům daného antikoncepčního prostředku. Například Madame de Savigne napsala: „*Prezervativ je pancířem proti rozkoši a pavoučí sítí proti nebezpečí.*“ V roce 1993 prošla tiskem zpráva, že se vstupem do Evropy dochází k postupnému

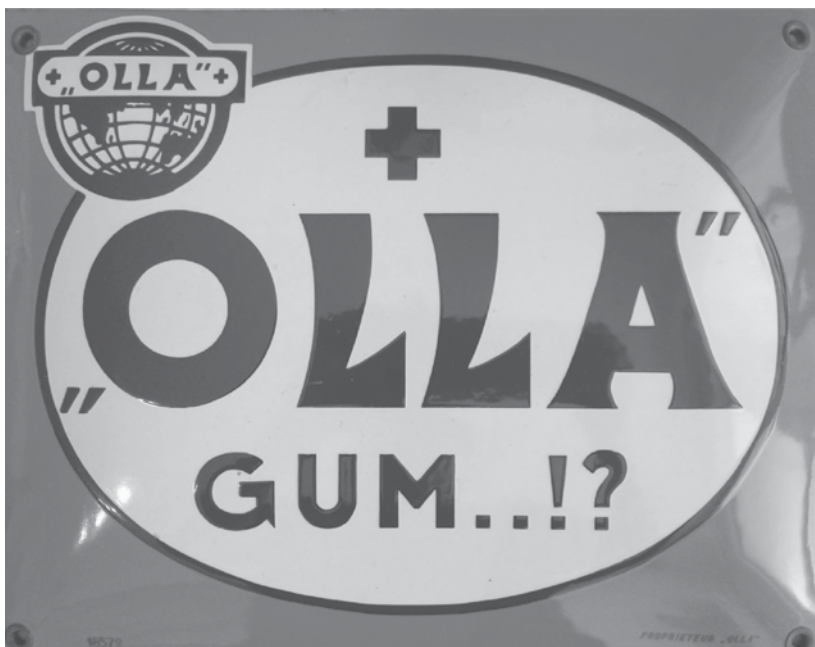
sjednociení i na poli kondomů. Podle zprávy z tisku (2001) se na novozélandské stanici Scott v Antarktidě instalovaly dva automaty na kondomy (?!). Dnes si každý může koupit prezervativ bez ohledu na věk i pohlaví, a navíc s maximální zárukou diskrétnosti, kterou poskytují v současné době automaty, dříve tomu tak běžně nebylo. K průkopníkům na poli „*hygieny v životě vůbec a v životě pohlavním obzvláště*“ patřila v období první republiky firma *Hydiko*, jejímž majitelem byl F. Trefný. Její sídlo ve Spálené ulici (čp. 34) zaručovalo nejen rychlé, pohodlné, ale i diskrétní obsloužení zákazníků. K diskrétnosti přispívaly i zvláštní vchody pro muže a pro ženy. Firma se významně podílela i na rozšiřování sexuální osvěty-prostřednictvím četných letáků, vydáváním ročenek a poskytováním možnosti zásilkové služby. A že bylo například v oblasti prezervativů z čeho vybírat, o tom svědčí i zajímavé názvy pro jednotlivé výrobky: Jemné, Volejované, Hedvábné, Luxusní, Stříbrné, Exotické, Trvanlivé, Amulette, Prevente, Ramses, Amico, Aligátor, Protektor, Panzerette. Dnes dostupné žertovné kondomy se zrodily v představě pana J. Richtra z Doubravy u Mnichova Hradiště, který je v roce 1991 uvedl do praxe. Musíme si uvědomit, že každý takový kondom je ve své podstatě originál. Nejznámějším místem, kde se u nás vyráběly kondomy značky Primeros je Hrádek nad Nisou. Původně Česko-saská továrna (později Vulkán) vznikla v roce 1890, kdy se spojili továrník Hurtling s obdobně podnikavým partnerem Hammerem ze Saska a zaměřila se na výrobu gumového zboží. Právě sem se přenesla z Prahy výroba kondomů. Později (1909) v Praze založil židovskou firmu vysloveně zaměřenu na kondomy, Gustav Schwarzwald a byla tak první v celém Rakousko Uhersku. Snad jen pro úplnost taková malá zajímavost. Condom je také název jihofrancouzského městečka (10 tisíc obyvatel) mezi Bordeaux a Toulouse, v kraji, kde se vyrábí skvělý koňak Armagnac, a kde k místním specialitám patří upravená husí játra. Jen pro zajímavost, se vstupem do Evropské unie se musí četné výrobky svou normou přiblížit normám v unii. To se týká i oblasti kondomů. Naši muži se musí smířit s normalizovanou evropskou mírou – 170mm délka, 56mm šířka a „*zvládnutí*“ objemu 18 litrů. K dané normě dospěl na základě dvouletého zkoumání Evropský výbor pro normalizování (CEN). V rámci lidové osvěty došlo k první prezentaci rozbaleného kondomu v tehdejší Československé televizi, a to v roce 1976 MUDr. Radimem Uzel (Uzel, 2003).

ZÁVĚR

Jak již bylo zmíněno v úvodu tohoto článku v průběhu téměř celých lidských dějin se lidé zabývali otázkou – jakým způsobem (ne zdraví škodlivým) zabránit nechtěnému těhotenství. K současné moderní antikoncepci musela věda urazit dlouhou cestu. I když se nám dnes mohou zdát přístupy našich předků úsměvné, autoři pokládají za důležité připomenout dnešní populaci jakým úskalím museli muži a ženy projít, než došli do současného stavu. Dnes jsou moderní metody antikoncepce velmi oblíbené a velmi rozšířené, používá je většina žen, téměř vytlačily přerušovanou soulož a do značné míry kondom. Výběr je velmi široký, vybrat si může každá žena s ohledem na své potřeby a svůj zdravotní stav.

Ukázka reklamních tabulí na kondomy (20.–30. léta minulého století).

Povětšinou byla reklama umístěna na prodejnách s drogistickým zbožím, případně na novinových stáncích.



Zdroj: Vlastní archiv autora

Literatura

JANIŠ, K. *Toulky historií sexu a erotiky*. Ústí nad Orlicí: OFTIS, 2007. 1. vydání. 327 s. ISBN 978-80-86845-83-8.

RYS, V. *Je potrat vraždou?* Praha: Nakladatelství Volné myšlenky, 1933.

SCHLEGEL, J. K. *Hygiena v manželství*. B. Kočí, 1924. 120 s.

UZEL, R. *4000 let antikoncepce*. Praha: Nová tiskárna Pelhřimov, 2003. ISBN 80-239-0671-2.

VONDRUŠKA, V. *Intimní historie od antiky po baroko*. Brno: MOBA, 2007. s. 8–9. ISBN 978-80-243-2672-6.

Kontakt

PhDr. Zdeňka Římovská, Ph.D.
Ústav nelékařských zdravotnických studií, FVP
Slezská univerzita v Opavě
Bezručovo náměstí 885/14, 746 01 Opava
zdenka.rimovska@fvp.slu.cz

doc. PhDr. PaedDr. Kamil Janiš, CSc.
Ústav pedagogických a psychologických věd, FVP
Slezská univerzita v Opavě
Bezručovo náměstí 885/14, 746 01 Opava
kamil.janis@fvp.slu.cz

NEGATÍVNY ÚČINOK PARKINSONOVEJ CHOROBY NA PSYCHICKÝ A SOCIÁLNY BLAHOBYT PACIENTA

THE NEGATIVE EFFECT OF PARKINSON'S DISEASE ON THE PATIENT'S PSYCHOLOGICAL AND SOCIAL WELL-BEING

Jana Lauková¹, Mária Šupínová¹, Zuzana Frčová²,
Elena Janiczeková¹, Denisa Ivaničová², Júlia Jankovičová¹

Abstrakt

Východiská: Zisťuje sa, že minimálne polovica pacientov s predikciou Parkinsonovej choroby môže mať v priebehu vývoja choroby závažné nonmotorické symptómy, ktorých vplyv na kvalitu života nie je výlučne podmienený len motorickými ťažkosťami.

Cieľ: Analyzovať vplyv non motorickej symptomatológie na kvalitu života pacientov s Parkinsonovou chorobou.

Metódy: Naratívna prehľadová štúdia z databáz PubMed, DOI, Scopus, Web of Science.

Výsledky: Poruchy nálady, depresia, úzkosť, apatia, kognitívne zmeny a somatické vnímanie bolesti sú najdôležitejšími prediktívnymi faktormi pre mentálnu zložku kvality života. Očakávania, ktoré majú pacienti od svojho užšieho sociálneho okolia sú skôr emocionálneho charakteru akými sú komunikácia, udržiavanie kontaktov v núdzi, ale aj núdza ekonomická. Nemotorické príznaky sú nedostatočne hlásené, pacienti si ich nemusia spájať s Parkinsonom a môžu byť zdrojom rozpakov a nižšej dôvery, čo zvyšuje ich sociálnu izoláciu.

Diskusia a záver: Štúdie potvrdzujú, že osoby s Parkinsonovou chorobou musia zvládať fyzické nepohodlie, stratu sociálnych vzťahov, finančných aktivít, práce a voľného času. Hodnotenie kvality umožňuje aj hodnotenie efektívnosti liečby, či vystupuje ako indikátor pre voľbu ďalšieho možného liečebného a ošetrovateľského postupu.

Kľúčové slová

Parkinsonova choroba, kvalita života, nonmotorická symptomatológia, naratívna štúdia

¹ Katedra ošetrovateľstva, Fakulta zdravotníctva SZU so sídlom v Banskej Bystrici

² Katedra fyzioterapie, Fakulta zdravotníctva SZU so sídlom v Banskej Bystrici

Abstract

Background: It has been found that at least half of patients with a prediction of Parkinson's disease may have severe non-motor symptoms during the course of the disease, the impact of which on quality of life is not solely due to motor difficulties.

Aim: The aim of the theses is to analyze the impact of non-motoric symptomatology on the Quality of Life by patient's with Parkinson's Disease.

Methods: Narrative review study from databases PubMed, DOI, Scopus, Web of Science.

Results: Mood disorders, depression, anxiety, apathy, cognitive changes and somatic perception of pain are the most important predictive factors for the mental component of quality of life. Expectations the patients have from their close social environment are more of an emotional nature such as communication, keeping in touch in times of distress, but also economic distress. Non-motor symptoms are under-reported, as patients may not associate them with Parkinson's disease and can be a source of embarrassment and lower confidence, increasing their social isolation.

Discussion and conclusion: Studies confirm that persons with Parkinson's disease have to cope with physical discomfort, loss of social relationships, financial activities, work and leisure time. The quality assessment also allows the evaluation of the treatment effectiveness or acts as an indicator for the choice of the next possible treatment and nursing approach.

Keywords

Parkinson's Disease, Quality of Life, Non Motoric Syndrome, Narrative review study

ÚVOD

V súčasnosti sa vedú rozsiahle diskusie o tom, že motorický dopad PD (Parkinson's Disease) na QoL (Quality of Life) je popísaný pomerne dobre. Preto sa pozornosť sústreďuje aj na hodnotenie vplyvu Non Motoric Syndrome (NMS) na QoL. Lucas-Carrasco et al. (2011); Souza et al. (2007) tvrdia, že demografia a vedľajšie produkty industrializácie vytvorili v súčasnom svete Parkinsonovu pandémiu, ktorá si bude vyžadovať zvýšený aktivizmus, sústredené plánovanie a nové prístupy. Podľa (Meluša et al. 2019; Dorsey et al. 2018; EPDA [European Parkinson's Disease Association 2014]), sa v Európe odhaduje PD takmer u 1,2 milióna osôb. Darweesh et al. (2018); Beard et al. (2017); Santos-García et al. (2015); Järvelä et al. (2014) sa nepotvrďuje súvislosť medzi mortalitou, resp. prežívaním pacientov PD a závažnosťou dopamínerného deficitu, ale potvrdzuje sa pozitívna korelácia medzi mortalitou pacientov a ich socio-ekonomickým

statusom. Genetické faktory prispievajú ku komplexnej patogenéze PD (Hernandez et al., 2016). PD má viaceré varianty ochorenia s rôznymi prognózami. Jedinci s difúznym malígnym podtypom (9 % – 16 %) majú výrazné včasné motorické a nemotorické príznaky, slabú odpoveď na liečbu a rýchlejšiu progresiu ochorenia. Jedinci s miernou motoricky prevládajúcou PD (49 % – 53 %) majú mierne príznaky, dobrú odpoveď na dopaminergné lieky a pomalšiu progresiu ochorenia. Podľa Armstronga et al. (2020) PD nie je možné vyliečiť a v súčasnej dobe nie je známy ani postup k spomaleniu progresie PD. Môžu sa však tlmieť symptómy preto je liečba u všetkých pacientov s PD symptomatická, zameraná na zlepšenie motorických a nemotorických symptómov a samotnej kvality života.

CIEĽ

Analyzovať NMS u PD a ich vplyv na QoL v 53 literárnych zdrojoch.

Metódou naratívnej štúdie sme zisťovali variabilitu NMS a je vplyv na zhoršovanie QoL pacientov s týmto ochorením:

- depresia
- poruchy spánku
- demencie
- autonómne dysfunkcie
- sociálny dopad na život.

METÓDA

Bola použitá metóda naratívnej prehľadovej štúdie.

VÝSLEDKY A DISKUSIA

Hromadné štúdie uvádzajú, že motorické príznaky ako aj NMS významne prispievajú k znižovaniu QoL pacientov s PD (Kuhlman et al. 2019; Wu et al. 2014; Martínéz – Martin 2014; Hinnell et al. 2012). Pri strate až 60–70 % neurónov v substantia nigra pars compacta sa rozvíja typický klinický obraz „hypokineticko-hypertonický syndróm“. (TRAP) – kľudový tras, rigidita, bradykinéza a posturálna instabilita (Meluš 2019; Vašítk 2017; Navarro-Peternella et al. 2012), je najčastejšou príčinou porúch mobility pacientov s PD a predstavuje značnú záťaž pre pacientov, ich rodiny a opatrovateľov. Klinická diagnóza PD v počiatočných štádiách ochorenia pokiaľ je vytvorená už vyššie uvedená triada príznakov je až na výnimky relatívne jednoduchá. Postupom času sa klinický obraz PD mení a do popredia sa dostávajú viaceré nemotorické komplikácie, ktorých prejavy sa prelínajú svojou mnohorakou variabilitou – psychické poruchy, kognitívne poruchy, poruchy spánku či autonómne dysfunkcie. Poruchy nálady, depresia, úzkosť a apatia sa pri PD vyskytujú 2–3 krát častejšie ako vo vekovo porovnateľnej populácii pacientov bez Parkinsonovej choroby,

Depresia môže často zakrývať prvé motorické symptómy PD – spomalenie, chudobnú mimiku – ktoré sa môžu považovať za bežný klinický problém a tým môže odďaľovať aj

samotnú diagnostiku PD. Často sa manifestuje poruchami spánku, stratou libida, zmenenou chuťou do jedla, pocitmi izolácie, bezcennosti, viny s prepojením na samovražedné myšlienky. Preto by sa mal klásť väčší dôraz na depresiu u pacientov s PD, najmä s kognitívnou dysfunkciou, s cieľom maximalizovať prínosy pre QoL (Kuhlman a kol. 2019; Ophay et al. 2018; van Uem et al. 2018; Fereshtehnejad et al. 2015; Kadastik-Eerme et al. 2015; Lawson et al. 2016; Hinnell et al. 2012). Podľa AArslanda et al. (2011); Rihmera et al. (2004) základné mechanizmy depresie v PD nie sú dobré pochopené, ale predpokladá sa, že zahŕňa neurotransmiter signalizujúci zmenu štruktúru mozgu a hladín neurotrofických a zápalových faktorov. Podľa Khalida, Huwa (2015) sa poruchy spánku môžu vyskytnúť až 20 rokov pred nástupom motorických prejavov PD. Väčšina problémov spojených so spánkom je v zmysle ťažkostí v úvode zaspávania a udržania spánku, nadmernej dennej spavosti, fragmentácie spánku, zníženia rýchlosti rýchleho pohybu očí NREM (Non Rapid Eye Movement), alebo rýchleho pohybu očí (REM) a porúch spánku REM (Rapid Eye Movement) (Srinivasan et al. 2014). Lawrence et al. (2014) zistil, že pacienti s depresiou majú väčšie potiaže s dokončením ADL (Activities of Daily Living). Potvrďuje sa korelácia depresie a ADL ($p < 0,001$), korelácia HRQoL (Health-Related Quality of Life) a depresie a HRQoL a ADL ($p < 0,001$). Pri liečbe PD by sa preto mali brať do úvahy pacientske, klinické a výskumné perspektívy HRQoL, aby sa rozpoznali a primerane riešili dôsledky motorických a nemotorických symptómov pri PD (Meluš et al. 2019; Knippe et al. 2011). Fan Y et al. (2020) skúmal a porovnával potenciálne heterogénne determinanty QoL u pacientov s PD s rôznymi kognitívnymi stavmi – PD-MCI (pacienti s PD s miernym kognitívnym poškodením, PDD (pacienti s demenciou) a PD-NC (pacienti s PD neporušenom kognitívnom poznávaní). Zistil, že motorická funkcia bola považovaná za najdôležitejšiu determinantu pre QoL v PD-NC, zatiaľ čo depresia bola označená za najdôležitejšiu determinantu pre PD-MCI a PDD. Pre zlepšenie QoL bude pravdepodobne potrebné, aby sa lekári viac zamerali na motorické funkcie u pacientov s PD-NC a na depresiu u pacientov s PD-MCI a PDD. Štúdie z talianskych a ruských skupín dokazujú, že demencia je nezávislým determinantom QoL pri PD (Winter et al. 2011). Vasconcellos et al. (2019), Lawson et al. (2017) zistili, že niektoré špecifické kognitívne domény, ako napr. porucha pozornosti a pamäte, súviseli so zlou kvalitou života pri PD a že premorbídna demencia je signifikantne častejšia u pacientov s PD. Odvolávajú sa na výsledky kohortových štúdií PD rôznej veľkosti, ktoré umožnili porovnanie NMS naprieč rôznymi štádiami ochorenia, trvaním, vekom a etnickým pôvodom. Údaje tiež umožnili preskúmať koncepciu nelineárneho vzťahu NMS k trvaniu ochorenia PD a motorických štádií, ako aj nemotorických podtypov PD. Anang et al. (2014) hodnotil autonómne, spánkové, psychiatrické, vizuálne, čuchové a motorické prejavy u pacientov s PD, ktorí na začiatku ochorenia nemali demenciu. Po 4,5 roka sledovania sa potvrdila demencia u 1/3 pacientov s PD.

Demencia u PD má svoje špecifické rysy. Kognitívne poruchy mierneho stupňa sú časté už v počiatočnej fáze ochorenia. Vtedy vytvárajú tzv. izolované kognitívne deficity, nedosahujúce ešte stupeň demencie, ktorá sa vyvíja s progresiou ochorenia. Syndróm demencie je charakterizovaný minimálne v dvoch oblastiach – orientácia, pozornosť, verbálne schopnosti, počítanie, exekutívne funkcie, abstraktné myslenie, úsudok. K tomu sa pridáva i zmena osobnosti a možné psychotické príznaky. Kognitívny deficit

sa v priebehu ochorenia na PD potvrdil u 84 % pacientov v Austrálii, u 48 % sa vyvinula demencia Helly (2005). Neuropsychologické štúdie preukázali poškodenie všetkých typov pamäti, najmä pracovnej ako aj pamäti uchováajúcej pojmy a fakty. Ďalším prominentným rysom kognitívneho deficitu u PD sa preukázala porucha plánovania a schopnosť vykonávať zložitejšie motorické úkony týkajúce sa organizácie práce. Kognitívny deficit kompletizujú vizuospeciálne poruchy prinášajúce pacientom problémy v zrakovo – priestorovej orientácii a verbálna fluencia, kedy pri plnom uvedomení má pacient narušenú schopnosť plynule hovoriť resp. rýchlejšie hovoriť jednotlivé slová. Kognitívne poškodenie PD je spojené so závažnejším štádiom ochorenia, ktoré vedie k globálnemu neuropsychiatrickému, psychosociálnemu zhoršeniu a zhoršeniu QoL. Koreluje PDD (Parkinson's Disease Dementia) s vekom, dĺžkou ochorenia, úrovňou vzdelania, úzkosťou a depresiou (Simon-Gozalbo et al. 2020). Identifikácia osôb s rizikom kognitívneho poklesu je nevyhnutná na identifikáciu a vykonanie vhodných zásahov. Pacienti s PD sú vystavení zvýšeným poruchám kontroly impulzov (ICD) a súvisiaceho kompulzívneho správania (ICD-RB). Najbežnejšie sa prejavuje ako rozbíjanie, nutkavé užívanie liekov, nutkavé koničky, nutkavé stravovanie, patologické hráčstvo, hypersexualita, prechádzky a kompulzívne nakupovanie, trichotilománia. ICD-RB bola častejšia u žien (44,82 %), s vyššou dávkou LD (Levodopa), HY (Hoehn and Yahr) a horšiu QoL (Paul et al. 2020). Podľa Phongpreecha et al. (2020), trajektória kognitívneho poklesu PD sa môže značne líšiť. U niektorých jedincov sa rýchlo vyvinú kognitívne príznaky, ktoré interferujú s funkčnými aktivitami, a iní si udržiavajú stabilné, ale mierne príznaky po mnoho rokov. Podľa Soha et al. (2011) najvýraznejšími prediktormi vplyvujúcimi na kvalitu života pacientov s PD okrem depresie a psychologického zdravia, je stupeň ochorenia, stupeň postihnutia, vek pacientov a sociálne vzťahy. Mladší vek pacientov s PD je významne spojený s horším skóre celkovej kvality života a je tiež rizikovým faktorom zlej emočnej pohody nezávisle od stavu depresie. Štúdie vzájomne korelujú v zisteniach, že pacienti citlivejšie vnímajú vplyv ochorenia na aktuálnu schopnosť pracovať ako na aktuálnu celkovú kvalitu života. Sociálna izolácia je rizikovým faktorom pre zhoršenie zdravotných výsledkov a zvýšenie úmrtnosti. Príznaky ako depresia a dysfunkcia spánku sú nepriaznivo ovplyvnené osamelosťou. Existuje nedostatočný výskum sociálnej izolácie pre PD, ktorý je v súčasnosti v kontexte sociálnej dištancie v dôsledku COVID 19 o to kritickejší. Idiopatická PD má zásadný negatívny vplyv na QoL a NMS sú jedným z hlavných prediktorov zlej QoL pri tejto poruche (Martinez – Martin et al. 2014; Rahman et al. 2008). Skorvánek et al. (2015) potvrdil koreláciu NMS na QoL. Najväčší vplyv na QoL mali bolesti, únava a prejavy dysregulácie dopamínu.

U pacientov s idiopatickou PD sú popisované často cerebrovaskulárne a kardiovaskulárne ochorenia, traumy a psychiatrické ochorenia (Benetin 2005). Brudek (2019) skúmal experimentálne, klinické a epidemiologické údaje naznačujúce že problémy v GIT (gastrointestinálnom trakte) akým je napr. črevný zápal prispieva k patogenéze PD už roky predtým, ako sa prejavia akékoľvek motorické príznaky. Pacienti so zápalovým ochorením čriev IBD (inflammatory bowel disease) majú vyššie riziko vzniku PD v porovnaní s jedincami, ktorí nemajú IBD. Štúdia génovej asociácie zistila genetickú súvislosť medzi IBD a PD, naznačuje, že môže spôsobovať stratu dopaminergných neurónov. Posúdenie ťažkostí pacienta s PD je náročné a je ťažké povedať, či ide o komorbiditu, alebo sa dajú

zaradiť do širšieho spektra problémov spojených s vlastným ochorením. Podľa Kima et al. (2018), je čoraz evidentnejšie, že medzi GIT (gastrointestinálnym traktom), enterickým nervovým systémom a centrálnym nervovým systémom existujú obojsmerné interakcie. Predklinické a klinické štúdie preukázali, že črevná mikrobiota hrá dôležitú úlohu v týchto interakciách medzi črevom a mozgom. Preto sa objavujú koncepty osi mikrobiota – črevo-mozog (Shin et al. 2020). Skúmal sa vplyv periférnej koncentrácie mastných kyselín s krátkym reťazcom na základe dôkazov patologických zmien v hematoencefalickej bariére pri PD a ich úlohy na priepustnosť krvi v mozgu. Zistilo sa, že plazmatické mastné kyseliny s krátkym reťazcom boli paradoxne zvýšené pri PD a boli spojené so závažnosťou ochorenia a antiparkinsonikami (Bostantjopoulou et al. 2016; Sun et al. 2021). Potvrdil sa u pacientov s PD zvýšený výskyt zápchy nejasnej etiológie, v priemere $6,30 \pm 50,6$ roka skôr ako sa vyskytnú motorické príznaky. Koreluje vek, štádium HY, trvanie ochorenia, doba liečby LD s výskytom motorických komplikácií a QoL ($p < 0,05$). U pacientov s PD sa pozoruje nižšie BMI (Body Mass Index), je nepriamo spojený s trvaním a závažnosťou ochorenia. Koreluje príjem bielkovín, zápcha s dávkami levodopy (Barichella et al. 2016). Podvýživa je podstatným problémom v neskorom štádiu PD. Zníženie telesnej hmotnosti sa pozoruje u 30% pacientov a podvýživa alebo riziko podvýživy u 24% pacientov. Preukazuje sa súvislosť medzi trvaním PD, motorickými a nemotorickými príznakmi PD a frekvenciou príjmu L-DOPA s nutričným stavom (Budrewicz et al. 2019).

Parkinsonova choroba a príbuzné ochorenia extrapyramídového centrálného nervového systému nie sú príliš frekvenčnými ochoreniami vo veku, kedy jedinec je v riadnom pracovnom procese. V absolútnych číslach je počet uznaných invalidít za jeden rok cca 50 prípadov. Benetin et al. (2014), Grofik, Kaplanová, Fedorová (2021) uvádzajú, že PD je postihnutá vo zvýšenej miere seniorská veková kategória. V prípadoch ak trvá dočasná pracovná neschopnosť 52 týždňov, posudkový lekár prerokuje ďalší postup a skúma, či boli splnené zdravotné kritériá na ďalšie trvanie dočasnej pracovnej neschopnosti bez nároku na nemocenské alebo či bude jeho zdravotný stav prerokovaný na účely uznania invalidity. Ekonomické náklady (priame – medicínske) a (nepriame – náklady a straty pacienta jeho blízkych a spoločnosti) sú v prípade PD značné a v r. 2012 sa v Európe súhrnné priame náklady odhadovali na 13,9 mld. € (Olesen et al. 2012), čo v porovnaní s nákladmi na onkologické ochorenia tvorilo približne desatinu nákladov (Luengo Fernandez et al. 2013, Meluš et al. 2019). von Capenhausen et al. (2011) sumarizoval štúdiu z piatich európskych krajín (Rakúsko, Nemecko, Portugalsko, Taliansko, Česká republika) a Ruska, ktorá potvrdila rozpätie celkových nákladov na PD od 2620 € (Rusko) do 9820 € (Rakúsko). Medicínske náklady boli oproti nepriamym o 20–40% vyššie. Priame náklady hradené z Národného zdravotného poistenia boli nižšie vo východnej Európe (49% ČR a 47% Rusko) v porovnaní s mierou úhrad 59–89% v západoeurópskych krajinách. Najvýznamnejšími oblasťami nákladov u pacientov s PD boli ústavná starostlivosť a farmakoterapia. Jedným z hlavných faktorov riadenia nákladov bol predčasný odchod do dôchodku. Meluš et al. (2019) zistil, že pacienti s PD v SR doplácali na lieky priemerne 48€ mesačne, pričom priemerný mesačný príjem (dôchodok) bol 386,60€. Pri zisťovaní koľko boli ochotní pacienti mesačne zaplatiť hypoteticky v prípade úplného uzdravenia uviedli sumu 166€ čo predstavuje 43% ich mesačného príjmu.

ZÁVER

Aktuálnou dôležitou otázkou vo výskume PD je teda to, či je možné identifikovať tých, ktorí sú ohrození hroziacim kognitívnym poklesom, aby sa mohli implementovať vhodné intervencie, optimalizovať lekársky manažment a zvýšiť autonómiu pacienta. S progresiou ochorenia, s pribúdajúcimi ťažkosťami „sa človek stáva človekom prostredníctvom druhých“. To platí v práva v situáciách veľkej núdze a pochybností. Nemotorické príznaky najmä únava, depresia a poruchy spánku, sú dôležitými prispievateľmi k horšej kvalite života. Behaviorálne a psychologické intervencie môžu zlepšiť poruchy neurologických funkcií, sebaúčinnosť, kognitívne funkcie, motorickú dysfunkciu, kvalitu spánku a kvalitu života pacientov s PD.

"Článok je publikovaný v rámci plnenia vnútorného grantu SZU Číslo: 03/2021-SVG1".

Literatúra

AARSLAND, D., PAHLHAGEN, S., BALLARD, C. G., EHRT, U. & SVENNINGSSON, P. 2011. Depression in Parkinson disease – epidemiology, mechanisms and management. *Nat Rev Neurol*. 2011, Dec 26, vol. 8, no. 1, p. 35–47. doi: 10.1038/nrneurol.

ANANG, J. B., GAGNON, J. F., BERTRAND, J. A., ROMENETS, S. R., LATREILLE, V., PANISSET, M., MONTPLAISIR, J. & POSTUMA, R. B. Predictors of dementia in Parkinson disease: a prospective cohort study. *Neurology*. 2014, Sep 30, vol. 83, no. 14, p. 1253–60. doi: 10.1212/WNL.0000000000000842. Epub 2014; Aug; 29. PMID: 25171928; PMCID: PMC4180482.

ARMSTRONG, M. J. & OKUN, M. S. Diagnosis and Treatment of Parkinson Disease: A Review. *JAMA*. 2020, Feb 11, vol. 323, no. 6, p. 548–560. doi: 10.1001/jama.2019.22360.

BARICHELLA, M., CEREDA, E., CASSANI, E., PINELLI, G., IORIO, L., FERRI, V., PRIVITERA, G., PASQUA, M., VALENTINO, A., MONAJEMI, F., CARONNI, S., PUSANI, C., BOLLIRI, C., FAIERMAN, S. A., LUBISCO, A., FARZITTITA, G., PETRONI, M. L. & PEZZOLI, G. Dietary habits and neurological features of Parkinson's Disease patients: Implication for practice. *Clin Nutr*. 2017, Aug, vol. 36, no. 4, p. 1054–1061. doi:10.1016/j.clnu.2016.06.20. Epub 2016 Jul 5. PMID: 27406858.

BEARD, J. D., STEEGE, A. L. & JU, J. et al. Mortality from Amyotrophic Lateral Sclerosis and Parkinson's Disease Among Different Occupation Groups — United States, 1985–2011. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly. Report*. 2017, vol. 66, no. 27, p. 718–22.

BENETIN, J. Komorbidita pri Parkinsonovej chorobe. *Neurol. prax.* 2005, roč. 6, č. 5, s. 242–246.

BENETIN, J. et al. *Ako žiť s Parkinsonovou chorobou*. Lundbeck: 2014, 2 vyd. ISBN 978-80-89434-23-7.

BOSTANTJOPOULOU, S., KATSAROU, Z., DANGLIS, I., KARAKASIS, H., MILIONI, D. & FALUP-PECURARIU, C. Self-reported autonomic symptoms in Parkinson's disease: properties of the SCOPA-AUT scale. *Hippokratia*. 2016, Apr-Jun, vol. 20, no. 2, p. 115–120. PMID: 28416907; PMCID: PMC5388511.

BRUDEK, T. Inflammatory Bowel Diseases and Parkinson's Disease ts. *J Parkinsons Dis.* 2019, vol. 9, no. s2, p. S331–S344. doi: 10.3233/JPD-191729.

BUDREWICZ, S., ZMARZŁY, A., RĄCZKA, D., SZCZEPAŃSKA, A., KOZIOROWSKA-GAWRON, E., SŁOTWIŃSKI, K. & KOSZEWICZ, M. Clinical and nutritional correlations in Parkinson's disease: Preliminary report. *Adv Clin Exp Med*. 2019, Feb, vol. 28, no. 2, p. 193–198. doi: 10.17219/acem/76375. PMID: 29963785.

DARWEESH SIRVAN, K. L., RAPHAEL, K. G., BRUNDIN, P., MATTHEWS, H., WYSE, R. K., CHEN, H. & BLOEM, B. R. Parkinson Matters. *J Parkinsons Dis.* 2018, vol. 8, no. 4, p. 495–498. doi: 10.3233/JPD-181374.

DORSEY, E. R., SHERER, T., OKUN, M. S., & BLOEM, B. R. *J Parkinsons Dis* . 2018;8 (s1):S3-S8. doi: 10.3233/JPD-181474. The Emerging Evidence of the Parkinson Pandemic. *Journal of Parkinson's disease*. 2011. ISSN: 1877-7171 (Print), 1877-718X (Electronic).

EPDA (European Parkinson's Disease Association). Prevalence of Parkinson's Disease. 2014. Dostupné na: <<http://www.epda.eu.com/en/parkinsons/life-with--parkinsons/part-1/prevalence-of-parkinsons-disease/>>.

FAN, Y., LIANG, X., HAN, L., SHEN, Y., SHEN, B., CHEN, C., SUN, Y., WANG, J. & TANG, Y. Determinants of Quality of Life According to Cognitive Status in Parkinson's Disease. *Front. Aging Neurosci.* 2020, 12:269. doi: 10.3389/fnagi.2020.00269.

FERESHTEHNEJAD, S. M., SHAFIEESABET, M., FARHADI, F., HADIZADEH, H., RAHMAN, A. & NADERI, N. et al. Heterogeneous determinants of quality of life in different phenotypes of parkinson's disease. *PLoS One*. 2015, 10:e0137081. doi: 10.1371/journal.pone.013708.

GROFIK, M. et al. Parkinsonova choroba a domáca starostlivosť. In: *Liečba Parkinsonovej choroby*. SPS, 2021. s. 12–15. ISBN 978-80-570-2780-5.

HELLY, M. A, MORIS JOHN, G. L., REID WAYNE, G. J. & TRAFFICANTE BAPPSCMATHS, R. Sydney multicenter study of Parkinson's disease: Non-L-dopa-responsive problems dominate at 15 years. *Mov Dis*. 2005. <https://doi.org/10.1002/mds.20324>.

HERNANDEZ, D. G., REED, X. & SINGLETON, A. B. Genetics in Parkinson disease: Mendelian versus non-Mendelian inheritance. *J Neurochem*. 2016, Oct, vol. 139, no. 1, 59–74. doi: 10.1111/jnc.13593.

HINNELL, C., HURT, C. S., LANDAU, S., BROWN, R. G. & SAMUEL, M. Nonmotor versus motor symptoms: how much do they matter to health status in Parkinson's disease? *Mov. Disord*. 2012, vol. 27, p. 236–241. doi: 10.1002/mds.23961.

JÄRVELÄ, J. T., RINNE, J. O., ESKOLA, O. & KAASINEN, V. Mortality in Parkinson's disease is not associated with the severity of early dopaminergic defect. *Parkinsonism Relat Disord*. 2014, vol. 20, no. 8, p. 894–97. doi:10.1016/j.parkreldis.2014.05.010.

KADASTIK-EERME, L., ROSENTHAL, M., PAJU, T., MULDMAA, M. & TABA, P. Health-related quality of life in Parkinson's disease: a cross-sectional study focusing on non-motor symptoms. *Health Qual. Life Outcomes*. 2015, 13:83. doi: 10.1186/s12955-015-0281-x.

KHALID, A. & HUW, R. M. Parkinson's disease: chameleons and mimics. *Pract Neurol*. 2015, Feb, vol. 15, no. 1, p. 14–25. doi: 10.1136.

KIM, N., YUN, M., OH, Y. J. & CHOI, H. J. Mind-altering with the gut: Modulation of the gut-brain axis with probiotics. *J Microbiol*. 2018, Mar, vol. 56, no. 3, p. 172–182. doi: 10.1007/s12275-018-8032-4. Epub 2018 Feb 28. PMID: 29492874.

KNIPE, M., WICKREMARATCHI, M. M., WYATT-HAINES, E., MORRIS, H. R., BENDULEEKA, M., KNIPE, W., WICKREMARATCHI, M. M., WYATT-HAINES, E., HUW, R. M. & SHLOMO, Y. B. Quality of life in young- compared with late-onset Parkinson's disease. *Mov Disord*. 2011, Sep, vol. 26, no. 11, p. 2011–8. doi: 10.1002/mds.23763.

KUHLMAN, G. D, FLANIGAN, J. L., SPERLING, S. A. & BARRETT, M. J. Predictors of health-related quality of life in Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord*. 2019, 65, p. 86–90. doi: 10.1016/j.parkreldis.2019.05.009.

LAWRENCE, B. J., GASSON, N., KANE, R., BUCKS, R. S. & LOFUS, A. M. Activities of Daily Living, Depression, and Quality of Life in Parkinson's Disease. *PLoS ONE*. 2014, vol. 9, no. 7, e102294. doi.org/10.1371/journal.pone.0102294.

LAWSON, R. A., YARNALL, A. J., JOHNSTON, F., DUNCAN, G. W., KHOO, T. K., COLLERTON, D., TAYLOR, J. P. & BURN, D. J., ICICLE-PD STUDY GROUP. Cognitive impairment in Parkinson's disease: impact on quality of life of carers. *J Geriatr Psychiatry*. 2017, Dec, vol. 32, no. 12, p. 1362–1370. doi: 10.1002/gps.4623. Epub 2016 Dec 7. PMID: 27925292; PMCID: PMC5724657.

LAWSON, R. A., YARNALL, A. J., DUNCAN, G. W., BREEN, D. P., KHOO, T. K., & WILLIAMS-GRAY, CH. et al. Cognitive decline and quality of life in incident Parkinson's disease: the role of attention. *Parkinsonism Relat. Disord*. 2016, 27, 47–53. doi: 10.1016/j.parkreldis.2016.04.009.

LUCAS-CARRASCO, R., PASCUAL-SEDANO, B., GALÁN, I., KULISEVSKY, J., SASTRE-GARRIGA, J. & GÓMEZ-BENITO, J. The WHOQOL-DIS to measure quality of life in persons with physical disabilities caused by neurodegenerative disorders. *Neurodegener Dis*. 2011, vol. 8, no. 4, p. 178–86. doi: 10.1159/000321582.

LUENGO-FERNANDEZ, R., LEAL, J. & GRAY, A. et al. Economic burden of cancer across the European Union: a population-based cost analysis. *Lancet oncol*. 2013, 14, 1165–74.

MARTÍNEZ-MARTÍN, P., STOCCHII, F. & REICHMAN, H. Quality of Life in Parkinson's Disease–Patient. *European Neurological Review*. 2014, vol. 9, no. 1, 12–8. doi. org/10.17925/ENR.2014.09.01.12.

MELUŠ, V., POLIAKOVÁ, N., BIELIK, J. a LIPOVSKÁ, S. Kvalita života pacientov s Parkinsonovou chorobou na Slovensku. In: *Neurologia pre prax*. 2019, vol. 20, no. 3.

NAVARRO – PETERNELLA, M. F. & MARCON, S. S. Quality of life a person with Parkinson's disease and the relationship between the time of evolution and the severity of the disease. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2012, vol. 20, no. 2. Ribeirão Preto May/Apr. 2012. ISSN 1518-8345. [http:// dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000200023](http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000200023).

OLESEN, J., GUSTAVSSON, A., SVENSSON, M., WITTCHEN, H. U. & JÖNSSON, B. CDBE2010 STUDY GROUP. EUROPEAN BRAIN COUNCIL. The economic cost of brain disorders in Europe. *Eur J Neurol*. 2012, Jan, vol. 19, no. 1, p. 155–62. doi: 10.1111/j.1468-1331.2011.03590.x. PMID: 22175760.

OPHEY, A., EGGERS, C., DANO, R., TIMMERMAN, L. & KALBE, E. Health-related quality of life subdomains in patients with Parkinson's disease: the role of gender. *Parkinsons Dis*. 2018, 9:6532320. doi: 10.1155/2018/6532320.

PAUL, B. S., SINGH, G., BANSAL, N., SINGH, G. & PAUL, G. Gender Differences in Impulse Control Disorders and Related Behaviors in Patients with Parkinson's Disease and its Impact on Quality of Life. *Ann Indian Acad Neurol.* 2020, Sep-Oct, vol. 23, no. 5, p. 632–637. doi: 10.4103/aian.AIAN_47_20. Epub 2020 Dec 8. PMID: 33623263; PMCID: PMC7887492.

PHONGPREECHA, T., CHOLERTON, B., MATA, I. F., ZABETIAN, C.P., POSTON, K. L., AGHAEPOUR, N., TIAN, L., QUINN, J. F., CHUNG, K. A., HILLER, A. L., HU, S. CH., EDWARDS, K. L. & MONTINE, T. J. Multivariate prediction of dementia in Parkinson's disease. *NPJ Parkinsons Dis.* 2020, 6:20. <https://doi.org/10.1038/s41531-020-00121-2>.

RAHMAN, S., GRIFFIN, H. J., QUINN, N. P. & JAHANSHAH, M. Quality of life in Parkinson's disease: the relative importance of the symptoms. *Mov Disord.* 2008, Jul 30, vol. 23, no. 10, p. 1428–34. doi: 10.1002/mds.21667. PMID: 18543333.

RIHMER, Z., SEREGI, K. & RIHMER, A. Parkinson's disease and depression. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 2004, 6, 82–85. PMID: 15787206.

SANTOS-GARCÍA, D. & DE LA FUENTE-FERNÁNDEZ, R. Factors contributing to caregivers' stress and burden in Parkinson's disease. *Acta Neurol Scand.* 2015, Apr, vol. 131, no. 4, 203–10. doi: 10.1111/ane.12305.

SHIN, C., LIM, Y., LIM, H. & AHN, T.B. Plasma Short-Chain Fatty Acids in Patients With Parkinson's Disease. *Mov Disord.* 2020, Jun, vol. 35, no. 6, p. 1021–1027. doi: 10.1002/mds.28016. Epub 2020 Mar 10. PMID: 32154946.

SIMON-GOZALBO, A., RODRIGUEZ-BLAZQUEZ, C., FORJAZ, M. J. & MARTINEZ-MARTIN, P. Clinical Characterization of Parkinson's Disease Patients With Cognitive Impairment. *Front Neurol.* 2020, Aug, 4, 11:731. doi: 10.3389/fneur.2020.00731. PMID: 32849203; PMCID: PMC7417300.

SOH, S. E., MORRIS, M. E., & MCGINLEY, J. L. Determinants of health--related quality of life in Parkinson's disease: a systematic review. *Parkinsonism Relat Disord.* 2011, vol. 17, no. 1, p. 1–9.

SOUZA, R. G., BORGES, V., SILVA, S. M. C. A. & FERRAZ, H.B. Quality of life scale in Parkinson's disease: PDQ-39 (Brazilian Portuguese version) to assess patients with and without levodopa motor fluctuation. *Arquivos de Neuro-Psiquiatr.* 2007, vol. 65, no. 3-B, p. 787–91. doi.org/10.1590/S0004-282X2007000500010.

SKORVANEK, M., ROSENBERGER, J., MINAR, M., GROFIK, M., HAN, V., GROOTHOF, J. W., PETER VALKOVIC, P., GDOVINOVA, Z. & van DIJK, J. P. Relationship between the non-motor items of the MDS-UPDRS and Quality of Life in patients with Parkinson's disease. *J Neurol Sci.* 2015, 353, 1–2, p. 87–91. doi:10.1016/j.jns.2015.04.013.

SUN, B. H., WANG, T., LI, N. Y., WU, Q. & QIAO, J. Clinical features and relative factors of constipation in a cohort of Chinese patients with Parkinson's disease. *World J Gastrointest Pharmacol Ther.* 2021, Jan 5, vol. 12, no. 1, p. 21–31. doi: 10.4292/wjgpt.v12.i1.21. PMID: 33564494; PMCID: PMC7844575.

van UEM, J. M. T., CERFF, B., KAMPMEYER, M., PRINZEN, J., ZUIDEMA, M. & HOBERT, M. A. et al. The association between objectively measured physical activity, depression, cognition, and health-related quality of life in Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat. Disord.* 2018, 48, 74–81. doi: 10.1016/j.parkreldis.2017.12.023.

VASCONCELLOS, L. F. R., PEREIRA, J. S., CHARCHAT-FICHMAN, H., GRECA, D., CRUZ, M. & BLUM, A. L. et al. Mild cognitive impairment in Parkinson's disease: characterization and impact on quality of life according to subtype. *Geriatr. Gerontol. Int.* 2019, 19, 497–502. doi: 10.1111/ggi.13649.

VAŠTÍK, M. *Centrálne koreláty porúch chôdze u pacientov s Parkinsonovou chorobou.* Dizertačná práca. Olomouc: Lekárska fakulta Univerzity Palackého v Olomouci: 2017, 221 s. Dostupné na: <https://theses.cz/id/6u4h3x/22480864>.

von CAMPENHAUSEN, S., WINTER, Y., RODRIGUES, E. SILVA, A., SAMPAIO, C., RUZICKA, E., BARONE, P., POEWE, W., GUEKHT, A., MATEUS, C., PFEIFFER, K. P., BERGER, K., SKOUPA, J., BÖTZEL, K., GEIGER-GRITSCH, S., SIEBERT, U., BALZER-GELDSETZER, M., OERTEL, W. H., DODEL, R. & REESE, J. P. Costs of illness and care in Parkinson's disease: an evaluation in six countries. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2011, Feb, vol. 21, no. 2, p. 180–91. doi: 10.1016/j.euroneuro.2010.08.002. PMID: 20888737.

WINTER, Y., von CAMPENHAUSEN, S., AREND, M., LONGO, K., BOETZEL, K. & EGGERT, K. et al. Health-related quality of life and its determinants in Parkinson's disease: results of an Italian cohort study. *Parkinsonism Relat. Disord.* 2011, 17, 265–269. doi: 10.1016/j.parkreldis.2011.01.003.

WU, Y., GUO, X. Y., WEI, Q. Q., SONG, W., CHEN, K. & CAO, B. et al. Determinants of the quality of life in Parkinson's disease: results of a cohort study from Southwest China. *J. Neurol. Sci.* 2014, 340, 144–149. doi: 10.1016/j.jns.2014.03.014.

Kontakt

PhDr. Jana Lauková, PhD.

Fakulta zdravotníctva, SZU v Bratislave so sídlom v Banskej Bystrici

Sládkovičova 21, 974 05 Banská Bystrica

jana.laukova@szu.sk

SPOKOJNOSŤ S VÝUČBOU OŠETROVATEĽSKÝCH POSTUPOV V PROBLEMATIKE STAROSTLIVOSTI O DETSKÉHO PACIENTA AKO MOTIVAČNÝ FAKTOR

SATISFACTION WITH THE TEACHING OF NURSING PROCEDURES IN THE CHILD CARE AS A MOTIVATIONAL FACTOR

Slávka Mrošková¹, Jana Cuperová¹, Alena Schlosserová¹

Abstrakt

Východiská: Motivácia je kľúčovým aspektom učenia študentov. Ak majú študenti poskytovať kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť, potom proces získavania vedomostí a zručností by mal byť sprevádzaný adekvátnou motiváciou. Pri podpore motivácie zohráva svoju úlohu kvalita a efektivita vzdelávacieho procesu, pretože spokojnosť s výučbou predstavuje možnosť podpory ich motivácie.

Ciel: Posúdiť spokojnosť študentov ošetrovateľstva so vzdelávaním ošetrovateľských postupov zameraných na starostlivosť o deti, a vplyv spokojnosti na ich motiváciu pracovať s deťmi.

Metódy: Realizovali sme prierezovú štúdiu u 76 študentov priemerného veku 20 rokov. Spokojnosť so vzdelávaním sme hodnotili subškálou „Satisfaction with Current Learning“ (SCL) (rozmedzie: 1–5) a numerickou položkou (rozmedzie 0–10). Motiváciu študentov k práci s deťmi sme analyzovali numerickou položkou (rozmedzie 0–10).

Výsledky: Globálne skóre pri subškále SCL bolo 2,37. 65,8 % študentov vyjadrilo nespokojnosť s metódami, 71% s učebnými materiálmi a aktivitami, 72,4 % uviedlo, že výučba nebola pre nich vyhovujúca. Zistili sme pozitívne, signifikantné korelácie medzi položkami subškály SCL a motiváciou študentov k práci s deťmi, a celkovou spokojnosťou s výučbou a motiváciou.

Záver: Keďže sme zistili nízku úroveň spokojnosti študentov so vzdelávacím procesom v problematike starostlivosti o deti a jej negatívny dopad na motiváciu k práci s deťmi, je potrebná modifikácia vzdelávania a zvýšenie jej kvality.

¹ Prešovská univerzita, Fakulta zdravotníckych odborov

Klíčové slová

š student ošetrovatel'stva, ošetrovatel'ské postupy, ošetrovanie detí, spokojnosť s výučbou, motivácia

Abstract

Background: Motivation is a key aspect of student's learning. If students are to provide quality nursing care, then the process of acquiring knowledge and skills should be accompanied by adequate motivation. The quality and efficacy of the educational process plays a role in supporting motivation, because satisfaction with teaching is an opportunity to support their motivation.

Aim: To assess the satisfaction of nursing students with the education of nursing procedures focused on child care, and the effect of satisfaction on their motivation to work with children.

Methods: We conducted a cross-sectional study of 76 students with an average age of 20 years. We assessed satisfaction with education by subscale „Satisfaction with Current Learning“ (SCL) (range: 1–5) and a numerical item (range: 0–10). We analyzed the motivation of students to work with children with a numerical item (range: 0–10).

Results: The global score of SCL was 2.37. 65.8 % of students expressed dissatisfaction with the methods, 71 % with teaching materials and activities, 72.4 % stated that the teaching was not suitable for them. We found positive, significant correlations between items of SCL and student's motivation to work with children, and over all satisfaction with teaching and motivation.

Conclusion: As we found a low level of student satisfaction with the educational process in child care and its negative impact on motivation to work with children, it is necessary to modify education and increase its quality.

Keywords

Nursing student, nursing procedures, child care, satisfaction with teaching, motivation

ÚVOD

Motivácia je procesom rozhodovania človeka o vlastnom konaní a správaní a je riadený vnútornými hybnými silami – motívmi, a vonkajšími podnetmi – stimulmi (Eliašová et al., 2017; Seková, 2013). Ide o kľúčový aspekt učenia a vzdelávacích výstupov študentov. V ošetrovatelstve je motivácia rovnako, ak nie dôležitejšia, ako v iných vzdelávacích sférach. Ak majú študenti poskytovať vysoko kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť, potom proces získavania veľkého množstva vedomostí a zručností by mal byť sprevádzaný adekvátnou motiváciou, vôľou neustále sa učiť a rozvíjať svoju profesijnú osobnosť (Rose, 2011).

Motivácia je determinovaná mnohými faktormi. Rafii et al. (2019) ich rozdelili do štyroch kategórií: 1. osobné faktory, ako je túžba učiť sa, pozitívne sebaaponímanie, sebaúčinnosť, sebaregulácia, záujem študenta, jeho hodnoty, viera v ošetrovatelstvo, túžba pomáhať iným, profesionálna identita; 2. sociálne faktory vrátane postojov rodiny, učiteľov, spoločnosti k ošetrovatelstvu; 3. vzdelávacie faktory ako napr. vzdelávacie kurikuló, obsah vzdelávania, vzdelávacie ciele, prostredie triedy a univerzity, využívanie teoretického vzdelávania v klinickom prostredí, kvalita klinického vzdelávacieho prostredia, interpersonálne vzťahy, sociálna podpora, charakteristiky učiteľov; 4. profesionálna špecifikácia ošetrovatelstva vrátane role sestry, profesionálnych a finančných benefitov, istoty zamestnania. Napriek tomu, že literatúra vo väčšej miere poukazuje na význam vnútorných faktorov motivácie (Rose, 2011), Kosgeroglu et al. (2009) zistili, že vzdelávacie faktory boli silnejšími podnetmi v porovnaní s vnútornými faktormi u študentov ošetrovatelstva, pôrodnej asistencie a ďalších zdravotníckych odborov (Kosgeroglu et al., 2009).

Vzdelávanie je teda veľmi dôležitou súčasťou motivácie študentov. Iniciatíva „To dá rozum“ v rokoch 2017–2019 realizovala rozsiahly kvantitatívny a kvalitatívny výskum, kde sa zistilo, že iba necelá ¼ slovenských vysokoškolákov uvádza, že štúdium na vysokej škole ich motivuje a podporuje chuť učiť sa a pracovať. Z vyjadrení študentov taktiež vyplýva, že škola nenaplnila ich očakávania, boli sklamaní zo spôsobov výučby, preferovania pasívnych foriem vzdelávania, memorovania nepotrebných vedomostí, pričom dôležitým motivačným faktorom je prístup učiteľov k študentom, ako aj prístup učiteľov k samotnému procesu vzdelávania (Hall et al., 2019). Uvedené výsledky sú v zhode s údajmi identifikovanými kvalitatívnou štúdiou, kde sa zistilo, že k významným stratégiám podporujúcim akademickú motiváciu študentov ošetrovatelstva patria tie, ktoré na jednej strane zvyšujú kvalitu vzdelávacieho procesu, na strane druhej podporujú motiváciu učiteľov učiť kvalitne (Saeedi, Parvizy, 2019). K efektívnym vzdelávacím metódam podporujúcim motiváciu študentov a spokojnosť so vzdelávaním patrí simulácia, prípadová štúdia, kooperatívne učenie, či spoluprácu so spolužiakmi (Saeedi et al., 2021; Lapkin et al., 2010). Zistilo sa, že ak stúpa spokojnosť študentov s klinickým vzdelávacím prostredím, podporuje to ich motiváciu (Rameli, 2020). Môžeme teda predpokladať, že kvalita vzdelávania – teoretického, demonštračného alebo praktického – determinuje spokojnosť študentov a sekundárne vplýva na ich motiváciu.

Pregraduálne vzdelávanie sestier na Slovensku je koordinované legislatívnymi normami Európskej únie (Smernica EÚ 2005/36/EC) a Slovenskej republiky (Vyhláška MZ SR 95/2018;

Nariadenie vlády SR 296/2010). Teoretické a praktické vzdelávanie budúcich sestier je vo väčšej miere orientované na dospelého pacienta v akútnej a následnej zdravotnej starostlivosti. Vzdelávanie v rovine neonatológie a pediatrie je limitované, čo môže minimálne v komparácii s inými klinickými odbormi viesť k poddimenzovaniu vedomostí, praktických zručností a klinických skúseností študentov v starostlivosti o novorodenca, dieťa a jeho rodinu. Teoretické, resp. demonštračné vzdelávanie v problematike neonatológie a pediatrie je integrované najmä do predmetov ako je starostlivosť o novorodenca, pediatria a pediatrické ošetrovateľstvo, a ošetrovateľské postupy. Napriek tomu, že u študentov patrí práca na detských oddeleniach k relatívne preferovaným (18–33,8 %) (Kunasekaran, Min, 2020; Matarese et al., 2019; Yildirim et al., 2011; McCann et al., 2010), mnohé výskumy preukázali výrazný pokles záujmu študentov o prácu na týchto oddeleniach v priebehu štúdia (Matarese et al., 2019; Gould et al., 2012; Shen, Xiao, 2012; McCann et al., 2010). Tento pokles môže naznačovať, že skúsenosti a spokojnosť študentov s teoretickým a praktickým vzdelávaním v predmetnej problematike nie sú adekvátne a to znižuje ich motiváciu pracovať s touto špecifickou skupinou pacientov. Vzdelávanie ošetrovateľských postupov je dominantnou oblasťou výučby v odbore ošetrovateľstvo. Ide o veľmi rozsiahlu a náročnú oblasť výučby a súčasne významnú sféru profesionálneho vzdelávania, pretože pripravuje študenta na výkon ošetrovateľskej starostlivosti v klinickej praxi. Na vzdelávacej inštitúcii, kde bol realizovaný výskum je približne 20 % z celkovej dotácie hodín v predmete ošetrovateľské postupy venovaných problematike starostlivosti o novorodenca/dieťa, kde študenti aj s využitím simulácie v demonštračnom prostredí získavajú základné zručnosti pri realizácii ošetrovateľských postupov u detí. S ohľadom na rozsah a náročnosť vzdelávania v tejto podoblasti (ošetrovateľské postupy u detí), ako aj náročnosť poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti u detí v klinickom prostredí (Mrošková, Schlosserová, 2021) sme primárne chceli analyzovať spokojnosť študentov so vzdelávacím procesom v rovine ošetrovateľských postupov zameraných na detského pacienta, a možný dosah tohto vzdelávania na úroveň ich motivácie k práci s deťmi.

CIEĽ PRÁCE

Posúdiť spokojnosť študentov ošetrovateľstva so vzdelávaním ošetrovateľských postupov zameraných na problematiku starostlivosti o deti, a vplyv spokojnosti na ich motiváciu pracovať s deťmi.

METODIKA

Realizovali sme prierezovú štúdiu, ktorej výstupy budú integrované do pripravovaných zmien vo výchovno-vzdelávacom procese. Výskum bol realizovaný so súhlasom etickej komisie vzdelávacej inštitúcie. Všetci zúčastnení boli informovaní o ciele a zameraní výskumného šetrenia. Zber údajov sme realizovali v období január – február 2022, krátko po skončení výučby predmetu ošetrovateľské postupy a hodnotenia študenta učiteľom v tomto predmete. Základným kritériom pre zaradenie respondenta do výskumu bolo:

študent 1. ročníka v odbore ošetrovateľstvo, ktorý absolvoval vzdelávanie v predmete ošetrovateľské postupy. Uvedené kritérium spĺňalo 106 respondentov, do výskumu sa zapojilo 71,6 %.

K analýze stanoveného cieľa sme použili dotazník, v ktorom sme kombinovali verzie prevzatého nástroja a položky vlastnej konštrukcie. Dotazník posudzoval tieto oblasti:

- Spokojnosť študentov so vzdelávacím procesom bola hodnotená prevzatým nástrojom StudentSatisfaction and Self-Confidence in Learning Scale (Jeffries, Rizzolo, 2006). Originálna verzia obsahuje 2 subškály: Satisfaction with Current Learning (SCL), Self-Confidence in Learning. Pre potreby výskumu bola použitá prvá subškála, ktorá obsahuje 5 položiek s použitím 5-zložkovej Likertovej škály (silne nesúhlasím, súhlasím, som nerozhodnutý/á – ani nesúhlasím, ani súhlasím, súhlasím, silne súhlasím). Jednotlivé položky hodnotia spokojnosť študentov s učebnými pomôckami, pomocou, s povzbudením a všeobecne vhodnosťou resp. efektívnosťou simulácie (tab. 1). Cronbach alpha v tejto štúdii bola 0,869, čo poukazuje na vysokú internú konzistenciu jednotlivých položiek. Položky vyhodnocujeme výpočtom priemernej hodnoty a globálneho skóre. Vyššia hodnota priemeru poukazuje na vyššiu spokojnosť v skúmaných oblastiach.
- Celkovú spokojnosť so vzdelávacím procesom sme posudzovali jednou numerickou položkou vlastnej konštrukcie („Ako ste bol/a celkovo spokojný/á s výučbou predmetu ošetrovateľské postupy so zameraním na oblasti týkajúce sa starostlivosti o dieťa?“). Použitá bola Likertova škála odpovedí (0 = veľmi nespokojný/á, 10 = veľmi spokojný/á). Vyššia hodnota priemeru poukazuje na lepšiu spokojnosť s výučbou.
- Motivácia k práci s detským pacientom bola posudzovaná jednou numerickou položkou vlastnej konštrukcie („Ako Vás výučba predmetu ošetrovateľské postupy zameraná na starostlivosť o dieťa motivovala k práci s detským pacientom?“). Použitá bola Likertova škála odpovedí (0 = vôbec ma nemotivovala, 10 = veľmi ma motivovala). Vyššia hodnota priemeru poukazuje na to, že vzdelávací proces výraznejšie motivoval študenta.
- socio-demografické faktory a faktory štúdia.

Súbor

76 študentov dennej formy štúdia v odbore ošetrovateľstvo bolo zaradených do výskumu. Študenti boli vo veku 19–40 rokov, ich priemerný vek bol 20 rokov ($M = 20,39 \pm 2,59$). Veľká väčšina ($n=75$; 98,7 %) bola ženského pohlavia. Stredoškolské zdravotnícke vzdelanie uviedlo 53 respondentov (69,7 %).

Spracovanie údajov

Pri štatistickom spracovaní údajov bol použitý softvér SPSS 25.00. Primárne sme využívali deskriptívne metódy spracovania dát (M – priemer, SD – smerodajná odchýlka, n – početnosť, % – percentuálne zastúpenie). Pri analýze normality rozloženia dát sme použili Skewness test, kde pri premennej „motivácia“ sme zistili non-normálové rozloženie, preto sme následne využívali neparametrickú metódu korelácie (Spearman test) s uvedením korelačného koeficientu (r). Hladina štatistickej významnosti bola $p < 0,05$.

VÝSLEDKY

Spokojnosť s výučbou predmetu ošetrovateľské postupy so zameraním na dieťa – subškála „Satisfaction with Current Learning“

Prvotne sme realizovali korelácie medzi jednotlivými položkami subškály SCL (tab. 1). Korelačné koeficienty sa pohybujú v rozmedzí 0,480 až po 0,667, čo poukazuje na silné až veľmi silné vzájomné vzťahy medzi jednotlivými položkami, a teda vzájomnú prepojenosť a determináciu začlenených otázok.

Tab. 1 Korelácie medzi položkami subškály „Satisfaction with Current Learning“

Pri výučbe predmetu ošetrovateľské postupy so zameraním na oblasti týkajúce sa starostlivosti o dieťa..	1	2	3	4	5
1. ..boli použité užitočné a efektívne vyučovacie metódy.	-	0,667**	0,614**	0,578**	0,650**
2. ..som používala rôzne učebné materiály a realizovala aktivity, ktoré podporili moje učenie.	0,667**	-	0,480**	0,553**	0,621**
3. ..sa mi páčilo, ako môj učiteľ vyučoval tento predmet.	0,614**	0,480**	-	0,458**	0,510**
4. ..boli použité učebné materiály, ktoré ma motivovali a pomohli mi učiť sa.	0,578**	0,553**	0,458**	-	0,587**
5. Spôsob vyučovania predmetu so zameraním na starostlivosť o dieťa bol pre mňa vyhovujúci.	0,650**	0,621**	0,510**	0,587**	-

** korelácie sú signifikantné na úrovni $p < 0,001$.

Globálne skóre pri subškále SCL bolo $2,37 \pm 0,84$. Priemerné hodnoty jednotlivých otázok subškály boli od 1,97 po 3,13, čo poukazuje na nízku spokojnosť študentov s výučbou v danom predmete zameranom na detského pacienta. 65,8 % vyjadrilo nespokojnosť s vyučovacimi metódami, 71 % s učebnými materiálmi a aktivitami, 68,4 % uviedlo, že používané učebné materiály ich dostatočne nemotivovali a nepomáhali im v učení (odpovede silne nesúhlasím/nesúhlasím). Súčasne 72,4 % študentov uviedlo, že spôsob výučby nebol pre nich vyhovujúci (tab. 2).

Tab. 2 Deskriptívne údaje jednotlivých položiek subškály „Satisfaction with Current Learning“

Pri výučbe predmetu ošetrovateľské postupy so zameraním na oblasti týkajúce sa starostlivosti o choré dieťa..	M (SD)	1	2	3	4	5
..boli použité užitočné a efektívne vyučovacie metódy.	2,34 (1,02)	15 (19,7)	35 (46,1)	12 (15,8)	13 (17,1)	1 (1,3)
..som používala rôzne učebné materiály a realizovala aktivity, ktoré podporili moje učenie.	2,17 (1,05)	22 (28,9)	32 (42,1)	10 (13,2)	11 (14,5)	1 (1,3)
..sa mi páčilo, ako môj učiteľ vyučoval tento predmet.	3,13 (1,17)	5 (6,6)	21 (27,6)	20 (26,3)	19 (25,0)	11 (14,5)
..boli použité učebné materiály, ktoré ma motivovali a pomohli mi učiť sa.	2,25 (1,03)	19 (25,0)	33 (43,4)	10 (13,2)	14 (18,4)	0 (0,0)
Spôsob vyučovania predmetu so zameraním na starostlivosť o choré dieťa bol pre mňa vyhovujúci.	1,97 (0,95)	29 (38,2)	26 (34,2)	15 (19,7)	6 (7,9)	0 (0,0)

Pozn. 1=silne nesúhlasím, 2=súhlasím, 3=som nerozhodnutý/á – ani nesúhlasím, ani súhlasím, 4=súhlasím, 5=silne súhlasím

Celková spokojnosť s výučbou

Celková spokojnosť so vzdelávacím procesom v problematike ošetrovateľských postupov u detí bola na úrovni $3,49 \pm 2,18$ (rozmedzie: 0–9), pričom 6 študenti (7,9 %) si zvolili hodnotu „0“ a ani jeden študent si nezvolil najvyššiu hodnotu („10“).

V tabuľke 3 poukazujeme na existenciu signifikantných, veľmi silných korelácií medzi položkami subškály SCL a celkovou spokojnosťou študentov s výučbou. Uvedené výsledky poukazujú na silnú prepojenosť a vzájomnú determináciu medzi jednotlivými otázkami, ktoré posudzujú spokojnosť študentov so vzdelávacím procesom rozdielnymi spôsobmi.

Tab. 3 Korelácie medzi položkami subškály „Satisfaction with Current Learning” a celkovou spokojnosťou s výučbou

Pri výučbe predmetu ošetrovateľské postupy so zameraním na oblasti týkajúce sa starostlivosti o dieťa..	celková spokojnosť s výučbou
..boli použité užitočné a efektívne vyučovacie metódy.	0,558**
..som používala rôzne učebné materiály a realizovala aktivity, ktoré podporili moje učenie.	0,649**
..sa mi páčilo, ako môj učiteľ vyučoval tento predmet.	0,644**
..boli použité učebné materiály, ktoré ma motivovali a pomohli mi učiť sa.	0,588**
Spôsob vyučovania predmetu so zameraním na starostlivosť o dieťa bol pre mňa vyhovujúci.	0,666**

** korelácie sú signifikantné na úrovni $p < 0,001$.

Motivácia študentov k práci s deťmi

Študenti boli výučbou predmetu motivovaní k práci s detským pacientom na úrovni $2,58 \pm 2,42$ (rozmedzie: 0–10). 18 študentov (23,7 %) nebolo výučbou motivovaných vôbec (hodnota „0”), a 2 študenti (2,6 %) si zvolili maximálnu úroveň (hodnota „10”).

Spokojnosť študentov s výučbou a motivácia

V tabuľke 4 prezentujeme korelácie medzi jednotlivými položkami subškály SCL/ celkovou spokojnosťou s výučbou a motiváciou. Všetky korelácie sú štatisticky významné, pričom korelačné koeficienty dosahujú stredne silnú až silnú úroveň. Výsledky korelácií poukazujú na to, že čím je študent viac spokojný s výučbou, tým stúpa jeho motivácia k práci s deťmi.

Tab. 4 Korelácie medzi položkami subškály „Satisfaction with Current Learning“ a motiváciou

Pri výučbe predmetu ošetrovateľské postupy so zameraním na oblasti týkajúce sa starostlivosti o dieťa...	motivácia
...boli použité užitočné a efektívne vyučovacie metódy.	0,450**
...som používala rôzne učebné materiály a realizovala aktivity, ktoré podporili moje učenie.	0,299**
...sa mi páčilo, ako môj učiteľ vyučoval tento predmet.	0,400**
...boli použité učebné materiály, ktoré ma motivovali a pomohli mi učiť sa.	0,444*
Spôsob vyučovania predmetu so zameraním na starostlivosť o dieťa bol pre mňa vyhovujúci.	0,570**
Celková spokojnosť s výučbou	0,558**

* korelácie sú signifikantné na úrovni $p < 0,05$.

** korelácie sú signifikantné na úrovni $p < 0,001$

DISKUSIA

Základným cieľom predkladaného výskumu bolo posúdiť spokojnosť študentov s časťou výučby v predmete ošetrovateľské postupy, ktorá bola zameraná na starostlivosť o deti. Zvolili sme dva spôsoby analýzy: s využitím prevzatého nástroja, ktorý posudzuje spokojnosť študentov s aktuálnou výučbou, a prostredníctvom jednej numerickej škály. Môžeme konštatovať, že skúsenosti študentov s predmetnou výučbou a ich spokojnosť je na nízkej úrovni, na čo poukazujú nielen výsledky subškály SCL či numerickej škály, ale aj silné korelácie medzi uvedenými premennými (tab. 2,3). Hlbšia analýza jednotlivých položiek subškály SCL poukazuje na to, že študenti nie sú spokojní s výučbou v skúmanej problematike, s efektívnosťou použitých metód, so spektrom učebných materiálov, so zvolenými vzdelávacími aktivitami, ktoré ich nedostatočne stimulovali (tab. 2). Zvolený koncept vzdelávania nielen že efektívne nemotivoval študentov k učeniu a dosahovaniu vzdelávacích cieľov, ale ani ich adekvátne nemotivoval k práci s detským pacientom – zistená priemerná hodnota bola iba 2,58, pričom takmer ¼ študentov (23,7 %) si zvolilo hodnotu „0“. Pri komparácii spokojnosti študentov s výučbou sme zistili, že mnohé výskumy využívajúce nástroj „Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning Scale“ reportovali výrazne lepšiu spokojnosť so vzdelávacím simulačným procesom, ako to bolo zistené v tomto výskume. Na jednej strane za lepšou spokojnosťou môže byť to, že išlo o výskumy, kde sa skúmala efektivita špecificky vytvorených a implementovaných simulačných programov a využívali sa simulácie strednej až vysokej úrovne (tzv. high fidelity simulation, virtuálne simulácie) (Guerrero et al., 2022; Pence, 2022; Unvera et al., 2017; Omer, 2016), čo predisponuje vyššiu spokojnosť študentov s realizovanou výučbou, na strane druhej aj niektoré štúdie využívajúce relatívne bežný spôsob výučby

a simulácie na nízkej úrovni vykazovali lepšiu spokojnosť. Napr. autori Sarvan, Efe (2022) v randomizovanej štúdii v kontrolnej skupine študentov, ktorých výučba bola prezentovaná v programe Microsoft Teams a s použitím videí k nadobudnutiu zručností bola úroveň spokojnosti v subškále SCL na úrovni $4,80 \pm 0,44$, kým v predkladanom výskume to bolo iba $2,37 \pm 0,84$. Uvedené výsledky opätovne potvrdzujú, že nastavený spôsob demonštračného vzdelávania v predmete ošetrovateľské postupy so zameraním na deti nie je adekvátny, a že pre zvýšenie kvality sú potrebné korekcie – napr. v podobe využívania simulačného vzdelávania, autentického učenia a spolupráce pri učení, čo sú metódy preukázateľne zvyšujúce a podporujúce spokojnosť študentov s procesom vzdelávania (Walker et al., 2016; Lapkin et al., 2010).

Dôležitým výstupom výskumu je existencia asociácií medzi spokojnosťou a motiváciou (tab. 4). Vzdelávanie, metódy, pomôcky, interakcie učiteľ-študent, študent-študent, klíma pri výučbe, prístup učiteľa môžu pozitívne ako aj negatívne vplyvať na študenta – jeho ochotu učiť sa, jeho prístup pri dosahovaní vzdelávacích cieľov, jeho spokojnosť. Kým iné výskumy preukázali najmä prepojenosť medzi spokojnosťou študentov so vzdelávacím procesom a motiváciou učiť sa (Rameli, 2020), v tomto výskume sme preukázali vzťah medzi spokojnosťou s výučbou a motiváciou študenta pracovať s deťmi. Kvalita vzdelávania má tak sekundárne dôsledky, pretože predpokladáme, že primárne študenta motivuje k procesu učenia, sekundárne ho motivuje aj k práci s istou skupinou pacientov. Ak je študent spokojný s výučbou, ak nadobudol adekvátne vedomosti a zručnosti v demonštračnom prostredí, zvyšuje sa jeho sebadôvera, čo sa pozitívne odzrkadlí pri formovaní jeho osobnosti v klinickom prostredí a reálnom poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti detskému pacientovi. Pozitívnym dopadom je podpora motivácie k práci s detským pacientom.

Výsledky predkladaného výskumu je potrebné vnímať s rešpektovaním jeho limitov, ako je veľkosť vzorky a analýza údajov z jednej vzdelávacej inštitúcie.

ZÁVER

V predkladanom výskume sme posudzovali existujúcu formu vzdelávania ošetrovateľských postupov zameraných na deti tak, aby sme získali názor a pohľad študentov, a v prípade potreby realizovali korekcie vo vzdelávacom procese. Jednoznačne môžeme konštatovať, že študenti nie sú spokojní so vzdelávaním, čo môže byť iba lokálne špecifikum inštitúcie kde bol výskum realizovaný. Súčasne sme však preukázali, že spokojnosť má výrazný dosah na motiváciu študentov, čím sa kvalita vzdelávacieho procesu u študentov ošetrovateľstva dostáva do popredia. Na základe uvedeného je nutné procesu vzdelávania venovať zvýšenú pozornosť, získavať spätnú väzbu od študentov a modifikovať výučbu. Je dôležité v rámci existujúceho programu vzdelávania hľadať možnosti zlepšenia efektivity výučby, ako napr. zvýšenie počtu hodín venovaných skúmanej problematike, ale najmä korigovanie metód, pomôcok, prístupov vo vzdelávaní a venovať problematike výučby v rovine ošetrovateľských postupov u detí oveľa väčšiu pozornosť.

POĎAKOVANIE

Príspevok vznikol s podporou projektu KEGA č. 031PU-4/2021: Intermediálna učebňa na nácvik ošetrovateľských postupov u dojčiat, ako prostriedok zvýšenia kvality vzdelávacieho procesu a prepájania teórie s praxou.

Literatúra

ELIAŠOVÁ, A., HADAŠOVÁ, L., a FEDURCOVÁ, I. *Vybrané kapitoly zo zdravotníckeho manažmentu*. Prešov: Vydavateľstvo Prešovskej univerzity, 2017. ISBN 978-80-555-1823-7.

GOULD, O.N., MacLENNAN, A. a DUPUIS-BLANCHARD, S. Career preferences of nursing students. *Canadian journal on aging*. 2012, vol. 31, no. 4, p. 471–82. ISSN 1710-1107.

GUERRERO, J.G., AHMED ALI, S.A. a ATTALLAH, D.M. The Acquired Critical Thinking Skills, Satisfaction, and Self Confidence of Nursing Students and Staff Nurses through High-fidelity Simulation Experience. *Clinical Simulation in Nursing*. 2022, vol. 64, p. 24–30. ISSN 1876-1402.

HALL, R., DRÁL, P., FRIDRICHOVÁ, P. et al. *Analýza zistení o stave školstva na Slovensku: To dá rozum* [online]. Bratislava: MESA10, 2019. [cit. 15.5.2022]. Dostupné z: <https://analiza.todarozum.sk>.

JEFFRIES, P.R. a RIZZOLO, M.A. *Designing and Implementing Models for the Innovative Use of Simulation to Teach Nursing Care of Ill Adults and Children: A National, Multi-Site, Multi-Method Study*. National League for Nursing and Laerdal Medical, New York. 2006.

KOSGEROGLU, N., BAHADDINACAT, M., AYRANCI, U. et al. An investigation on nursing, midwifery and health care student's learning motivation in Turkey. *Nurse Education in Practice*. 2009, vol. 9, no. 5, p. 331–339. ISSN 1471-5953.

KUNASEKARAN, K.K.H. a MIN, W. Investigation and Analysis of Nursing Intern's Willingness to Practice in Pediatrics. *International Journal of Advanced Nursing Education and Research*. 2020, vol. 5, no. 1, p. 91–6. ISSN 2207-3159.

LAPKIN, S., LEVETT-JONES, T., BELLCHAMBERS, H. et al. Effectiveness of Patient Simulation Manikins in Teaching Clinical Reasoning Skills to Undergraduate Nursing Students: A Systematic Review. *Clinical Simulation in Nursing*. 2010, vol. 6, p. e207–e222. ISSN 1876-1402.

MATARESE, M., LOMMI, M., PIREDDA, M., et al. "Where would I prefer to work after graduation?" Career preferences of students attending Italian nursing schools. *Nurse education today*. 2019, vol. 83, p. 104204. ISSN 1532-2793.

McCANN, T.V., CLARK, E. a LU, S. Bachelor of Nursing students career choices: a three-year longitudinal study. *Nurse education today*. 2010, vol. 30, no. 1, p. 31–6. ISSN1532-2793.

MROSKOVÁ, S. a SCHLOSSEROVÁ, A. Příprava študentov na klinickú prax a náročnosť poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti z pohľadu študentov na pediatrických oddeleniach. *Zdravotnícke štúdie*. 2021, č. 2, s. 21–24. ISSN 1337-723X.

Nariadenie vlády SR 296/2010 o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností.

OMER, T. Nursing Students' Perceptions of Satisfaction and Self-Confidence with Clinical Simulation Experience. *Journal of Education and Practice*. 2016, vol. 7, no. 5, p. 131–138. ISSN 2222-288X.

PENCE, P.L. Student satisfaction and self-confidence in learning with virtual simulations. *Teaching and Learning in Nursing*. 2022, vol. 17, no. 1, p. 31–35. ISSN 1557-2013.

RAFII, F., SAEEDI, M. a PARVIZY, S. Academic Motivation in Nursing Students: A Hybrid Concept Analysis. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 2019, vol. 24, p. 315–22. ISSN 2228-5504.

RAMELI, F.E. A study of satisfaction level among nursing students in clinical learning environment and its effect on motivation. *Journal of Engineering and Health Sciences*. 2020, vol. 4, p. 1–20. ISSN 2040-2309.

ROSE, S. Academic success of nursing students: Does motivation matter? *Teaching and Learning in Nursing*. 2011, vol. 6, no. 4, p. 181–184. ISSN 1557-2013.

SAEEDI, M. a PARVIZY, S. Strategies to promote academic motivation in nursing students: A qualitative study. *Journal of education and health promotion*. 2019, vol. 8, p. 86. ISSN 2319-6440.

SAEEDI, M., GHAFOURI, R., TEHRANI, F.J. et al. The effects of teaching methods on academic motivation in nursing students: A systematic review. *Journal of education and health promotion*. 2021, vol. 10, p. 271. ISSN2319-6440.

SARVAN, S. a EFE, E. The effect of neonatal resuscitation training based on a serious game simulation method on nursing students' knowledge, skills, satisfaction and self-confidence levels: A randomized controlled trial. *Nurse Education Today*. 2022, vol. 111, p. 105298. ISSN1532-2793.

SEKOVÁ, M. a kol. *Manažment II: Ľudia v organizácií a organizačná kultúra*. Bratislava:luraEdition, 2013. ISBN 978-80-8078-511-6.

SHEN, J. a XIAO, L.D. Factors affecting nursing students' intention to work with older people in China. *Nurse education today*. 2012, vol. 32, no. 3, p. 219–23. ISSN1532-2793.

Smernica EÚ 2005/36/EC [online]. [cit. 10.4.2022]. Dostupné z: EUR-Lex - 32005L0036 - EN - EUR-Lex (europa.eu).

UNVERA, V., BASAKB, T., WATTSC, P. et al. The reliability and validity of three questionnaires: The Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning Scale, Simulation Design Scale, and Educational Practices Questionnaire. *Contemporary Nurse*. 2017, vol. 53, no. 1, p. 60–74. ISSN 1839-3535.

YILDIMIR, D., KEÇECI, A. a BULDUK, S. How do Turkish nursing students plan their career after the graduation? A question naire survey. *Asia Pacific Education Review*. 2011, vol. 12, p. 373–380. ISSN 1876-407X.

Vyhláška MZ SR 95/2018 Z. z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom.

WALKER, S., ROSSI, D., ANASTASI, J. et al. Indicators of undergraduate nursing students' satisfaction with their learning journey: An integrative review. *Nurse Education Today*. 2016, vol. 43, p. 40–48. ISSN1532-2793.

Kontakt

PhDr. Slávka Mrošková, PhD.
Prešovská univerzita, Fakulta zdravotníckych odborov
Katedra ošetrovateľstva
Partizánska 3851/1, 080 01 Prešov, Slovensko
slavka.mroskova@unipo.sk

	RECENZE A KRÁTKÁ SDĚLENÍ	
--	---------------------------------	--

RECENZE KNIHY PÉČE O DUCHOVNÍ POTŘEBY NEMOCNÝCH V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI

Autor: Sováříová Soósová Mária

Praha: Grada Publishing a.s., 2022, 144 s. ISBN 978-80-271-3242-3

Spiritualita a náboženství vyvolávají v lidech hluboká přesvědčení, zkušenosti, zážitky, které se odrážejí v jejich jednání, chování a v hodnotovém systému.

V současné době přibývají vědecké důkazy potvrzující, že spiritualita a náboženství mají prospěšný účinek na zdraví člověka.

Pacientům/klientům je poskytována ošetrovatelská péče, kdy se zaměřujeme na saturaci potřeb po stránce bio-psycho-sociální a spirituální. Saturace spirituálních potřeb může být realizována tehdy, mají-li členové zdravotnického týmu základní znalosti o spiritualitě a náboženství a jeho kladném či záporném vlivu na zdraví a chování jedince.

Předkládaná monografie je rozdělena do pěti kapitol. V první kapitole jsou konceptuálně vymezeny pojmy náboženství, spiritualita a spirituální zážitky. Ve druhé kapitole autorka popisuje vývoj a specifika spirituality a náboženství v průběhu vývoje jedince až do konce jeho života. V třetí kapitole jsou hodnoceny měřicí nástroje hodnotící spiritualitu. Význam spirituality, religiozity ve vztahu k duševnímu a fyzickému zdraví je popsán ve čtvrté kapitole. Jak integrovat výsledky výzkumu a spirituální péči do zdravotnické praxe je uvedeno v páté kapitole.

Vědecká monografie je určena nelékařským zdravotnickým pracovníkům, sociálním pracovníkům, studujícím ošetrovatelství, studentům zdravotně sociální péče, studentům medicíny a dalším zájemcům, kteří se o problematikou spirituality zajímají.

Kontakt

PhDr. Jana Haluzíková, PhD.
Fakulta veřejných politik v Opavě,
Slezská univerzita v Opavě
Ústav nelékařských zdravotnických studií
Bezručovo nám. 14, 746 01 Opava
jana.haluzikova@fvp.slu.cz

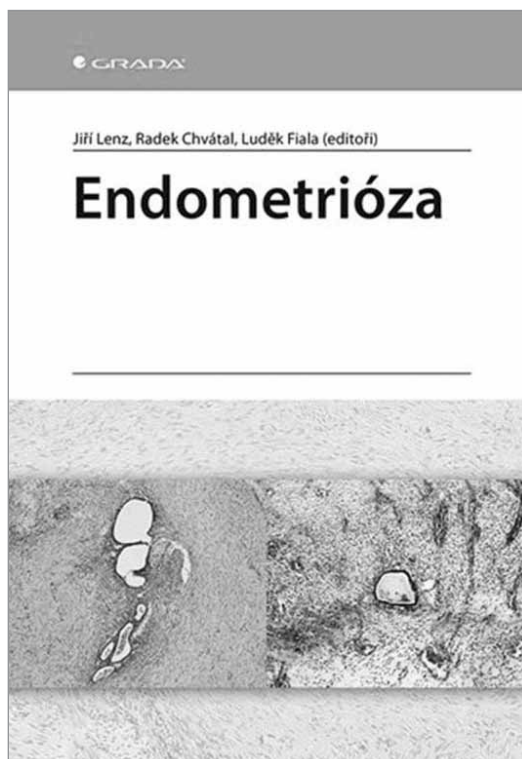


RECENZE KNIHY ENDOMETRIÓZA

Autoři: Jiří Lenz, Radek Chvátal, Luděk Fiala

Praha: Grada Publishing, a. s., 2021, 232 stran, ISBN 978-80-271-3050-4

Publikace přináší recentní informace o velmi závažném a častém gynekologickém onemocnění – endometrióze. V současném českém odborném písemnictví je publikace zcela ojedinělým dílem. Cílem publikace je podat komplexní informace o endometrióze, jejíž celosvětová prevalence dosahuje u žen v reprodukčním věku 10–30 %. Endometrióza se projevuje klinickými příznaky – dyspareunie, dyschezie, pánevní bolesti, neplodnost a dysmenorea. Tyto projevy mají velmi negativní dopad na kvalitu života žen, včetně sociálně-ekonomického statusu postižených. Kniha se skládá celkem ze 14 nosných kapitol. První kapitola je historickým exkurzem do období před 150 lety, kdy byla endometrióza poprvé popsána. Další kapitoly velmi srozumitelně a přehledně popisují etiologii a patogenezi, imunologické aspekty, epidemiologii a rizikové faktory endometriózy. Poměrně rozsáhle je zde popsána diagnostika a léčebná strategie onemocnění. Renomovaní experti popsali také bolest, ženskou sexuální dysfunkci a psychické poruchy ve spojitosti s endometriózou. Svůj prostor zde má kapitola pojednávající o klasifikaci #ENZIAN. Jedná se o jednotný a rozsáhlý systém klasifikace lokalizací endometriózy, který má interdisciplinární využití tak, aby byla klasifikace srozumitelná pro diagnostiky, operatéry a další lékaře. V neposlední řadě bych chtěla zmínit přehled dotazníků v oblasti ženské sexuální dysfunkce a dotazníků posuzujících psychickou stránku onemocnění. Toto může být pomocným vodítkem v oblasti výzkumu. Kladně hodnotím bohatou obrazovou dokumentaci, která obohacuje a doplňuje psaný odborný text. Záměrem autorů bylo předložit ucelené informace o tomto multidisciplinárním onemocnění. Domnívám se, že se záměr publikace autorům velmi vydařil. Kniha je velmi zdařilým dílem a jistě zaujme jak lékaře z různých odborností, tak pracovníky



zabývající se výzkumem a také studenty. Text dokumentuje vysokou odbornou erudici autorů na poli endometriózy a jejich rozsáhlé zkušenosti s tímto onemocněním. Přeji tomuto dílu mnoho spokojených čitateľů.

Kontakt

PhDr. Daniela Nedvědová, Ph.D.
Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě
Ústav nelékařských zdravotnických oborů
Bezručovo náměstí 885/14, 746 01 Opava, Česká republika
daniela.nedvedova@fvp.slu.cz

	KNIŽNÍ NOVINKY	
--	-----------------------	--

GERONTOPSYCHIATRIE V KLINICKÉ PRAXI

Zvěřová Martina

Praha: Grada Publishing, 2022, 272 stran. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-3465-6.

Publikace přináší přehled nejdůležitějších psychiatrických diagnóz staršího věku, jejich etiopatogenezi, klinický obraz a možnosti léčby včetně možností nefarmakologických intervencí.

Do textu jsou zařazeny i názorné kazuistiky. Zmíněna je problematika rizikových či nevhodných léčiv. Mezi kapitoly je zařazeno téma neuropsychologického testování pacientů staršího věku i otázky z okruhu forenzní psychiatrie.

Kniha je koncipována se záměrem usnadnit lékařům orientaci v neuropsychiatrické problematice pacientů vyššího věku.



ÚSPĚŠNÉ KOJENÍ

Mazúchová Lucia, Maskálová Erika a Divoková Dominika.

Přeložil: Míčová Ludmila.

Praha: Grada Publishing, 2022, 104 stran. ISBN 978-80-271-3390-1.

Monografie přináší komplexnější pohled na kojení z hlediska nejnovějších poznatků. Může přispět k řešení obav z různých problémů během kojení i přinášet návod, jak zvýšit důvěru matek ve schopnost kojit a vytrvat. Integrace strategií zvyšování sebevědomí matek v tento přirozený proces může zlepšit kvalitu zdravotní péče.

Monografie je určena zvláště pro odbornou veřejnost – porodní asistentky sestry, laktanční poradkyně, lékaři (gynekologové, porodníci, neonatologie), pro psychology, pedagogy v oboru porodní asistence, ošetrovatelství, pro studenty porodní asistence, ošetrovatelství v pregraduální a postgraduální přípravě jakož i pro laickou veřejnost se zájmem o vědecky ověřené informace o kojení.



NÁHLÉ STAVY Z POHLEDU INTERNISTY

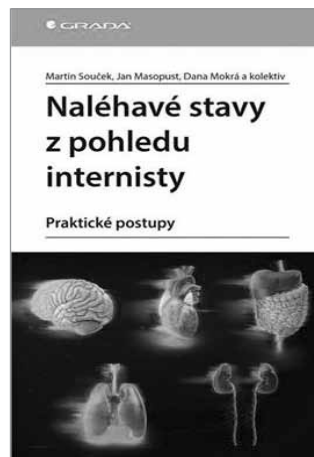
Souček Martin, Masopust Jan a Mokrá Dana.

Praha: Grada Publishing, 2022, 240 stran. ISBN 978-80-271-3336-9.

Moderně zpracovaná kniha zahrnuje nejčastější akutní stavy, se kterými se může setkat lékař (nejen interních oborů) u lůžka pacienta, v ambulanci či na příjmovém oddělení nemocnice. Stručně rekapituluje etiologii, kliniku a diagnostiku častých akutních stavů, předkládá podrobné prvotní léčebné postupy a nastiňuje navazující terapii. Prakticky psanou publikaci obohacují poznatky z praxe.

Kniha původně vznikla na Interní klinice 2. LF UK a FN Motol jako učební text pro mladé lékaře. Doplněním textu vznikla publikace, kterou ocení nejen lékaři začínající, ale i zkušenější k rychlé orientaci v problematice.

V neposlední řadě může být kniha pomocníkem při studiu medicíny či přípravě k atestačním zkouškám.



SOCIOLOGIE

Urban Lukáš.

Praha: Grada Publishing, 2022, 280 stran. ISBN 978-80-271-3056-6.

O vědě, která rozšiřuje sociální senzitivitu a znalosti mezilidských vztahů, kultur a institucí, jež hluboce ovlivňují nás osobně i lidskou historii. Ukazuje, jakým způsobem sociologie zkoumá okolní svět, jak sbírá data a interpretuje je, jak nachází odpovědi a nastoluje nové otázky.

Snaží se uchopit každodenní život, a to jak jednotlivce, skupiny, tak i celých společností. Nabízí hluboké pochopení procesů determinujících lidské životy, charakter sociálních problémů a krizí, vývojové trendy současnosti.



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 příspěvateľům (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 r ozvedením zkratky neúměrně prodloužil.

Autor: uvádějte celé křestní jméno a příjmení všech autorů, bez titulů, např.: Jana Malá¹, Lucie Novotná², Martina Dostálová²

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 řešeršní 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 mezeru 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 nepodtrháváte.

Práce s textem: před interpunkčními znaménky nikdy nedělejte mezeru, za nimi naopak vždy. Dělejte pouze jedno úhazové 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...).

Zkratky 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.

