

OŠETŘOVATELSKÉ PERSPEKTIVY

VI. | 2023

2



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

**SLEZSKÁ
UNIVERZITA**
FAKULTA VEŘEJNÝCH
POLITIK V OPAVĚ



**SLEZSKÁ
UNIVERZITA**
FAKULTA VEŘEJNÝCH
POLITIK V OPAVĚ



OŠETŘOVATELSKÉ PERSPEKTIVY

2023

Slezská univerzita v Opavě
Fakulta veřejných politik v Opavě



NURSING PERSPECTIVES

2023

Silesian University in Opava
Faculty of Public Policies in Opava

Ošetrovateľské perspektivy

2023, roč. 6, 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

Andrea BOTÍKOVÁ (Trnava), 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 (Ostrava), 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://kanalregister.hkdir.no/publiseringsskanaler/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, Česká republika

Tisk

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

© Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě, 2023

Evidenční číslo Ministerstva kultury České republiky

E 23014

ISSN 2570-785X (Print)

ISSN 2571-0702 (Online)

OBSAH

EDITORIAL

9

EMPIRICKÁ ŠETŘENÍ A PŮVODNÍ VÝZKUMY

VEK AKO DETERMINUJÚCI FAKTOR ZDRAVOTNEJ
GRAMOTNOSTI PACIENTOV S ARTÉRIOVOU HYPERTENZIOU

**Mariana MAGERČIAKOVÁ, Katarína ZRUBÁKOVÁ,
Mária NOVYSEDLÁKOVÁ, Marcela IŽOVÁ, Mária ŠUPÍNOVÁ**

13

PSYCHOSOMATICKÁ ZÁTĚŽ U NELÉKAŘSKÝCH
ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ

Hana HOZOVÁ, Yveta VRUBLOVÁ

29

OTÁZKY KLINICKÉ PRAXE

KVALITA POSKYTOVANIA AMBULANTNEJ STAROSTLIVOSTI

Mária ŠUPÍNOVÁ, Pavel BARTOŠÍK

45

MALNUTRÍCIA AKO OŠETROVATEĽSKÝ PROBLÉM
U ONKOLOGICKÉHO PACIENTA

Mária NOVYSEDLÁKOVÁ, Anna HERINKOVÁ, Katarína ZRUBÁKOVÁ

57

TEORETICKÉ A ETICKO-FILOZOFICKÉ STUDIE, PŘEHLEDOVÉ PRÁCE

PÉČE O DUTINU ÚSTNÍ A SNÍMATELNÉ ZUBNÍ NÁHRADY U SENIORŮ

Iveta BRYJOVÁ, Ľubica LIBOVÁ, Miroslav MISÁR, Hana HOZOVÁ

73

HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA PACIENTŮ S PORUCHOU POLYKÁNÍ
PO CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ

Iva VOLEŠOVÁ, Petra MANDYSOVÁ

89

VZDĚLÁVÁNÍ SENIORŮ V INFORMAČNÍCH A KOMUNIKAČNÍCH
TECHNOLOGIÍCH VE VYBRANÉM REGIONU ČESKÉ REPUBLIKY

Zdenka TELNAROVÁ, Pavla KUDLOVÁ, Jana KUTNOHORSKÁ

107

POSTOJE ROMŮ KE ZDRAVÍ A NEMOCI V SOUVISLOSTI S PODPOROU ZDRAVÍ U ROMSKÝCH ŽEN Nela BUNČEKOVÁ, Ludmila KOUDELÁKOVÁ	119
---	-----

VYUŽITIE ROYOVEJ ADAPTAČNÉHO MODELU V KLINICKEJ PRAXI Olga KABÁTOVÁ, Andrea BOTÍKOVÁ, Alena DZIACKA	131
---	-----

RECENZE A KRÁTKÁ SDĚLENÍ

RECENZE KNIHY VEŘEJNÉ ZDRAVOTNICTVÍ A VÝCHOVA KE ZDRAVÍ PRO ZDRAVOTNICKÉ OBORY Iveta BRYJOVÁ	143
---	-----

KNIŽNÍ NOVINKY

KOŽNÍ TRHLINY	147
---------------	-----

ANGLIČTINA PRO NELEKÁŘSKÉ ZDRAVOTNICKÉ OBORY	147
--	-----

TECHNIKA V PŘEDNEMOCNICNÍ NEODKLADNÉ PÉČI V KOSTCE	148
--	-----

PATOLÓGIA PRE NELEKÁRSKE ODBORY	148
---------------------------------	-----

POKYNY PRO AUTORY	149
--------------------------	-----

Vážení čitatelia časopisu Ošetrovateľské perspektívy,

Medzinárodná sieť Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy (M-POHL) vznikla pod záštitou Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) v roku 2018 so zámerom zlepšovať úroveň zdravotnej gramotnosti vo svete. Základy siete M-POHL boli postavené na výstupoch z pilotného Európskeho prieskumu zdravotnej gramotnosti HLS-EU (2009–2012). Až u 47 % respondentov z ôsmich zúčastnených krajín bola zistená nízka úroveň zdravotnej gramotnosti, čo môže predstavovať bariéru v starostlivosti o vlastné zdravie a vo zvýšenej miere zaťažovať systém zdravotníctva. WHO definuje zdravotnú gramotnosť ako kognitívne a sociálne zručnosti, ktoré určujú motiváciu a schopnosť jednotlivcov získať prístup k informáciám, porozumieť im a využívať ich spôsobom, ktorý podporuje a udržiava dobré zdravie. Rôzne štúdie dokazujú, že pre ľudí s nízkou zdravotnou gramotnosťou je náročné získať informácie o zdraví, porozumieť im, posúdiť ich adekvátnosť, a vhodne použiť. Naopak ľudia, ktorí majú vyššiu zdravotnú gramotnosť, robia vhodnejšie každodenné rozhodnutia týkajúce sa ich zdravia, ako napríklad výber zdravších potravín, či venovanie sa fyzickým aktivitám. No najmä títo ľudia dbajú viac na prevenciu v porovnaní s využívaním zdravotníckych zariadení z dôvodu už vzniknutého ochorenia. Ako pacienti, efektívnejšie komunikujú o svojich problémoch s lekárom, lepšie porozumejú liečbe, a odporúčaniam zdravotníkov, a majú lepšie klinické výsledky. Práve z toho dôvodu je dôležité poznať úroveň zdravotnej gramotnosti v populácii a vedieť identifikovať skupiny, na ktoré je potrebné zamerať aktivity v rámci výchovy k zdraviu. Ošetrovateľstvo, vďaka svojej špecifickosti, plní jednu z najrozsiahlejších úloh v rámci zdravotnej starostlivosti. Osobitosť ošetrovateľstva spočíva v tom, že sa týka každého človeka od jeho narodenia až po smrť. Na jednej strane ponúka komplexnú starostlivosť počas choroby, ale zahŕňa aj poskytovanie zdravotníckych služieb v zdraví, a to o všetky vekové skupiny ľudí. Komunitné zdravie na základe demografických, socioekonomických a environmentálnych údajov a modelu zodpovednosti za vlastné zdravie je primárnym zameraním komunitného ošetrovateľstva. Rovnako v ošetrovateľskej praxi sa výsledkový manažment a výskum efektivity poskytovanej starostlivosti stali naliehavou požiadavkou. Je v našom záujme, aby sa zmysluplná edukácia sestier stala jedným zo základných pilierov kontinuálneho zvyšovania kvality starostlivosti. Napr. zdravie je u Rómov na hodnotiacej škále obvykle na tretej priečke, pred zdravím je zvyčajne rodina a láska. V spolupráci s lekárom má sestra nezastupiteľné miesto v procese edukácie pacienta, pri jej realizácii sa riadi odporúčanými štandardmi. V súčasnej dobe veľký dôraz kladieme na adherenciu, čo podľa Křivohlavého (2000) znamená: „pevne sa držať, verne rešpektovať to, čo mi bolo prikázané, a v tom zmysle potom dodržiavať a zachovávať príkazy lekára“. Ošetrovateľské povolanie vyžaduje vzdelané a kompetentné sestry, ktoré sú schopné profesionálnej starostlivosti prihliadajúc práve na multikultúrne diferencie. V praxi sa vyžaduje implementácia nových kompetencií sestier zodpovedných za všeobecnú starostlivosť o zdravie podľa Smernice Európskeho parlamentu a Rady 2013/55/EÚ,



pričom k reformovaným kompetenciám sa radí práca v tíme a manažment celkovej ošetrovateľskej starostlivosti vrátane zdravotnej výchovy pre osoby v ústavnej zdravotnej starostlivosti a komunity.

21. storočie je storočím kvality, a od kvality vzdelávania zdravotníckych pracovníkov závisí aj kvalita poskytovaných zdravotníckych služieb.

Časopisu Ošetrovateľské perspektívy, prajem do ďalších rokov prezentáciu kvalitných a originálnych článkov založených na Evidence Based Practise.

doc. PhDr. Gabriela Vörösová, PhD.
vedúca Katedry ošetrovateľstva,
FSVaZ, UKF v Nitre

	EMPIRICKÁ ŠETŘENÍ A PŮVODNÍ VÝZKUMY	
--	--	--

VEK AKO DETERMINUJÚCI FAKTOR ZDRAVOTNEJ GRAMOTNOSTI PACIENTOV S ARTÉRIOVOU HYPERTENZIOU

AGE AS A DETERMINING FACTOR OF HEALTH LITERACY IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

Mariana Magerčiaková¹, Katarína Zrubáková¹,
Mária Novyzedláková¹, Marcela Ižová¹, Mária Šupínová²

Abstrakt

Východiská: Artériová hypertenzia je hlavným rizikovým faktorom pre vznik ochorení srdca, obličiek a náhlej cievnej mozgovej príhody. V prevencii a liečbe artériovej hypertenzie ľudia potrebujú získavať relevantné informácie predovšetkým zo strany zdravotníckych pracovníkov, a teda aj sestier. Tieto sú však schopní implementovať do správania a konania zameraného na podporu zdravia iba v prípade, že majú istú úroveň zdravotnej gramotnosti.

Ciel: Článok je zameraný na prezentáciu výsledkov pilotnej štúdie v jednotlivých doménach zdravotnej gramotnosti pacientov s artériovou hypertenziou vo vzťahu k veku respondentov.

Metódy: Zber údajov v rámci pilotnej štúdie bol uskutočnený prostredníctvom slovenskej verzie štandardizovaného meracieho nástroja Health Literacy Questionnaire (HLQ) na vzorke 96 respondentov.

Výsledky: Z dátového setu pilotnej štúdie boli extrahované výsledky podľa jednotlivých domén meracieho nástroja HLQ vo vzťahu k veku respondentov. Nakoľko vek je dôležitým atribútom pri vnímaní kvality života a postojoiv ku zdraviu, rozdelili sme súbor respondentov do štyroch tried. V rámci pilotnej štúdie sme sa zamerali na vzťah medzi úrovňou domény a jednotlivými štyrmi triedami vekových kategórií respondentov.

Diskusia: Zdravotná gramotnosť pacientov s diagnostikovanou artériovou hypertenziou je významný fenomén, ktorý determinuje kompenzáciu ochorenia a prevenciu často veľmi závažných komplikácií. HLQ ako komplexný merací nástroj zameraný na deväť domén zdravotnej gramotnosti umožňuje koncipovať detailný profil zdravotnej gramotnosti respondenta a identifikovať problematické oblasti, na ktoré je vhodné zamerať odporúčania či intervencie smerujúce k zlepšeniu zdravotnej gramotnosti.

¹ Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku

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

Záver: Arteriálna hypertenzia predstavuje rizikový faktor ochorení srdca, ciev a životne dôležitých orgánov. V prevencii aj liečbe arteriálnej hypertenzie má nezastupiteľné miesto zdravotná gramotnosť ako schopnosť človeka získavať, chápať a využívať zdravotné informácie pre správne rozhodovanie v prospech svojho zdravia. Významné postavenie v podpore zdravotnej gramotnosti majú sestry, ktoré predstavujú početnú skupinu zdravotníckych pracovníkov, a ich vplyv v oblasti zdravotnej gramotnosti môže byť silný a výrazne pozitívny.

Klíčové slová

Zdravotná gramotnosť, arteriálna hypertenzia, pacient, vek, Health Literacy Questionnaire

Abstract

Background: Arterial hypertension is the main risk factor for heart disease, kidney disease and sudden stroke. In the prevention and treatment of arterial hypertension, you will receive relevant information from healthcare professionals, including nurses. However, these are aimed at implementing behaviors and actions to promote health only if they have a certain level of health literacy.

Aim: The article is aimed at presenting the results of a pilot study in individual areas of health literacy with arterial hypertension in relation to the age of the respondents.

Methods: Data collection within the pilot study was carried out using the Slovak version of the standardized measuring instrument Health Literacy Questionnaire (HLQ) on a sample of 96 respondents.

Results: Results were extracted from the data set of the pilot study according to individual domains of the HLQ measuring instrument in relation to the age of the respondents. As age is an important attribute in the perception of quality of life and attitudes towards health, we divided the group of respondents into four classes. As part of the pilot study, we focused on the relationship between the domain level and each of the four age categories of the respondents.

Discussion: Health literacy of patients diagnosed with arterial hypertension is an important phenomenon that determines the compensation of the disease and the prevention of often very serious complications. The HLQ, as a complex measurement tool focused on nine domains of health literacy, allows to conceive a detailed profile of the respondent's health literacy and to identify problematic areas on which it is appropriate to focus recommendations or interventions aimed at improving health literacy.

Conclusion: Arterial hypertension is a risk factor for diseases of the heart, blood vessels and vital organs. In the prevention and treatment of arterial hypertension, health literacy has an irreplaceable place as a person's ability to acquire, understand and use health information for making the right decisions in favor of his health. Nurses, who represent

a large group of healthcare professionals, have an important position in the promotion of health literacy, and their influence in the field of health literacy can be strong and significantly positive.

Keywords

Health literacy, arterial hypertension, patient, age, Health Literacy Questionnaire

ÚVOD

Artériová hypertenzia je hlavným rizikovým faktorom pre vznik ochorení srdca, obličiek a náhlej cievnej mozgovej príhody (Mohammed a Abu-Elmaty, 2020). Artériová hypertenzia je definovaná ako hodnoty systolického krvného tlaku namerané v ordinácii lekára ≥ 140 mmHg a/alebo hodnoty diastolického krvného tlaku ≥ 90 mmHg (Williams et al., 2018). Napriek nárastu diagnostických metód a skvalitneniu liečebných postupov, artériová hypertenzia predstavuje vážny medicínsky, sociálny a ekonomický problém. Aj keď sa čoraz častejšie preukazuje, že zníženie tlaku krvi podstatne znižuje kardiovaskulárne riziko, značná časť ľudí s hypertenziou si závažnosť svojho ochorenia neuvedomuje a preto sa nelieči. Často na ňu upozornia aj nasledovné príznaky: bolesť hlavy, závraty, hučanie v ušiach, krvácanie z nosa, nespavosť, búšenie srdca, bolesť na hrudníku, celková únava, nadmerné potenie, návaly horúčavy, opuchy členkov, poruchy videnia, dýchavičnosť, trpnutie prstov rúk alebo nôh, bolesti chrbta, ospalosť či zmätenosť (Goodhart, 2016). V prevencii a liečbe artériovej hypertenzie ľudia potrebujú získavať relevantné informácie predovšetkým zo strany zdravotníckych pracovníkov. Tieto sú však schopní implementovať do správania a konania zameraného na podporu zdravia iba v prípade, že majú istú úroveň zdravotnej gramotnosti. Zdravotná gramotnosť je schopnosť získavať, prečítať, pochopiť a využiť zdravotné informácie tak, aby človek mohol správne rozhodovať o svojom zdraví (Akčný plán rozvoje zdravotní gramotnosti, 2014). Zdravotná gramotnosť zahŕňa jasnú komunikáciu informácií o zdraví a ich správne porozumenie. Zdravotná gramotnosť je dôležitá vo všetkých bodoch v rámci kontinuity starostlivosti o zdravie – od pohody a zdravia, cez prevenciu a detekciu chorôb až po diagnostiku a rozhodovanie, ako aj liečbu a starostlivosť o seba (Osborne, 2018).

Cieľ práce

Prezentovať výsledky pilotnej štúdie v jednotlivých doménach zdravotnej gramotnosti pacientov s artériovou hypertenziou vo vzťahu k veku respondentov.

Metodika

Zber údajov v rámci pilotnej štúdie bol uskutočnený v termíne od septembra do decembra 2021 prostredníctvom slovenskej verzie štandardizovaného meracieho nástroja Health Literacy Questionnaire (ďalej len HLQ) na základe vyžiadaného súhlasu od vlastníka licencie. HLQ vyvinul výskumný tím prof. Richarda Osborna z Deakin univerzity v Melbourne v Austrálii. Komplexný model zdravotnej gramotnosti vyvinuli pomocou metódy mapovania konceptov v úzkej spolupráci s pacientmi, poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, manažérmi a tvorcami politík v oblasti zdravia a zdravotnej starostlivosti. V rámci workshopov prebiehali konzultácie s odborníkmi a pacientmi, ktoré viedli k identifikácii obsahu jednotlivých domén zdravotnej gramotnosti. Následne sa analyzovali údaje z prvotných konzultácií, kde bol odvodený nový multidimenzionálny profil zdravotnej gramotnosti (Čepová, Kolarčík a Madarasová Gecková, 2017; Osborne et al., 2013). V rámci štúdie v podmienkach Slovenskej republiky vytvorili autori Čepová, Kolarčík a Madarasová Gecková (2014) slovenský preklad HLQ™ pre potreby výskumu zdravia na Slovensku. Pripravili validizačnú štúdiu, ktorá okrem otestovania psychometrických vlastností nového nástroja má napomôcť porozumeniu súvislostiam na pozadí zdravotnej gramotnosti u ľudí v našom prostredí (Čepová, Kolarčík a Madarasová Gecková, 2014). Výsledky validizačnej štúdie naznačujú, že slovenská verzia HLQ má prijateľné psychometrické vlastnosti vo vzorke dospelých Slovákov a potvrdili 9-rozmernú štruktúru. Slovenská verzia HLQ sľubuje byť spoľahlivým a platným meradlom zdravotnej gramotnosti v napredovaní výskumu nerovnosti v oblasti zdravia a otázok súvisiacich so zdravím (Kolarčík et al., 2015). HLQ je komplexný merací nástroj zameraný na deväť rôznych oblastí (domén) zdravotnej gramotnosti (pozri Tabuľka 1), ktoré umožňujú vytvoriť detailný profil zdravotnej gramotnosti respondenta a identifikovať problematické oblasti, na ktoré je vhodné zamerať odporúčania či intervencie smerujúce k zlepšeniu zdravotnej gramotnosti (Čepová, Kolarčík a Madarasová Gecková, 2017; Osborne et al., 2013).

Tab. 1 Domény meracieho nástroja Health Literacy Questionnaire (HLQ)

Číslo domény	Názov domény
1.	Pocit pochopenia a podpory od poskytovateľov zdravotnej starostlivosti
2.	Dostatočné informácie na starostlivosť o svoje zdravie
3.	Aktívna starostlivosť o svoje zdravie
4.	Sociálna opora v oblasti zdravia
5.	Posúdenie zdravotných informácií
6.	Schopnosť aktívnej spolupráce s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti
7.	Navigácia v systéme zdravotnej starostlivosti
8.	Schopnosť nájsť aktuálne informácie o zdraví
9.	Pochopenie zdravotných informácií do takej miery, aby jednotlivec vedel, čo robiť

(spracované podľa Čepová, Kolarčík a Madarasová Gecková, 2017; Osborne et al., 2013)

Škálovanie odpovedí je rozdielne pre domény 1 až 5 a pre domény 6 až 9. Pre prvých 5 domén sú možnosti odpovede: rozhodne nesúhlasím, nesúhlasím, súhlasím, rozhodne súhlasím. Pre domény 6 až 9 je škálovanie nasledovné: nedokážem alebo je to pre mňa veľmi ťažké, zvyčajne ťažké, občas ťažké, zvyčajne ľahké, vždy ľahké (Osborne et al., 2013). Škálované odpovede sú selektované na nízku úroveň domény a na vysokú úroveň domény (uvádzame v časti Výsledky pri každej doméne osobitne).

Prieskumný súbor tvorilo 96 respondentov. Výber respondentov zo základného súboru bol zámerný, pričom zaraďujúcimi kritériami boli vek nad 18 rokov, schopnosť a ochota vyplniť dotazník a diagnostikované ochorenie artériová hypertenzia. Vo vybraných kardiologických a interných ambulanciách Žilinského samosprávneho kraja bolo oslovených celkom 100 respondentov. V súbore bolo zastúpených 52 (54 %) žien a 44 (46 %) mužov (pozri Tabuľka 2). Vzhľadom na pohlavie vzorka respondentov spĺňa podmienku homogenity. Preto pri ďalšej štatistickej analýze sme pracovali s týmto výsledkom.

Tab. 2 Prehľad respondentov podľa pohlavia

Pohlavie	Absolútna početnosť (n)	Relatívna početnosť (%)
Žena	52	54
Muž	44	46
Σ	96	100

Respondenti boli vo veku od 19 do 76 rokov, pričom priemerný vek respondentov bol 49,3 roka. Nakoľko vek je dôležitým atribútom pri vnímaní kvality života a postojov ku zdraviu, rozdelili sme súbor respondentov do štyroch tried. Takmer 40 % respondentov patrí do vekovej kategórie 45 až 60 rokov, najmenej početnou je skupina mladých ľudí do 30 rokov, kde sa nachádza cca 10 % respondentov. Najstaršou skupinou je veková kategória viac ako 60 rokov, kam patrí 26 % respondentov (pozri Tabuľka 3).

Tab. 3 Vekové zastúpenie respondentov po rozdelení do štyroch tried

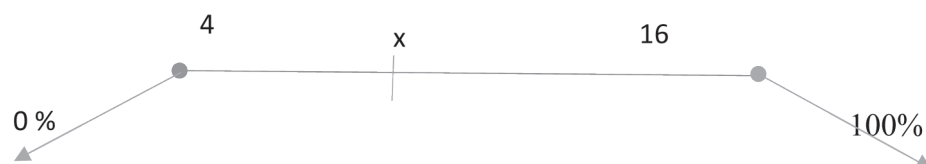
Pohlavie/Veková trieda	< 30	30 – 44	45 – 60	> 60	Σ
Muž	6	9	18	11	44
Žena	4	14	20	14	52
Σ	10	23	38	25	96
%	10,42	23,96	39,58	26,04	100

Výsledky

Z dátového setu pilotnej štúdie boli extrahované výsledky podľa jednotlivých domén meracieho nástroja HLQ vo vzťahu k veku respondentov. V rámci pilotnej štúdie sme sa zamerali na vzťah medzi úrovňou domény a jednotlivými štyrmi triedami vekových kategórií respondentov. Pracovali sme so štatistickým programom EXCEL, pričom boli využívané jeho štatistické funkcie a program analýza dát.

Otázky v doménach od 1 do 5 sú hodnotené maximalistickou škálou: rozhodne súhlasím – 4, súhlasím – 3, nesúhlasím – 2, rozhodne nesúhlasím – 1. Ide o homogénnu škálu, kvalitatívny odstup dvoch po sebe idúcich hodnôt je konštantný. Pre jasnejšie rozloženie miery súhlasu sme prepočítali pôvodnú škálu: 4 – minimálna hodnota, 16 – maximálna hodnota na percentuálnu škálu 0 – minimum až 100 – maximum. Transformačný vzorec má tvar: $(x-4)*100/12$

Schéma 1 Transformačný vzťah



Doména 1: Pocit pochopenia a podpory od poskytovateľov zdravotnej starostlivosti

Vzťah medzi úrovňou domény a vekovými kategóriami uvádzame v tabuľke 4.

Tab. 4 Priemerná úroveň domény 1 vzhľadom na vekové kategórie respondentov

Vekové kategórie	< 30	30 – 44	45 – 60	> 60	Ø
Ø úroveň domény (%)	47,0	14,6	89,6	72,9	70,8

Najnižšiu úroveň domény 1 týkajúcej sa pocitu pochopenia a podpory od poskytovateľov zdravotnej starostlivosti dosiahli respondenti vo vekovej kategórii od 30 do 44 rokov (14,6 %), naopak najvyššia úroveň domény bola zistená u respondentov vo veku od 45 do 60 rokov (89,6 %).

Ľudia s nízkou úrovňou tejto domény nie sú schopní spolupracovať s lekármi alebo inými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Nemajú spoľahlivého poskytovateľa zdravotnej starostlivosti alebo majú problém dôverovať poskytovateľom zdravotnej starostlivosti pre zdroj informácií alebo poradenstvo. Naopak ľudia s vysokou úrovňou tejto domény majú vzťah aspoň s jedným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, ktorý ich dobré pozná a oni dôverujú v poskytované rady a informácie. Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti pomáha porozumieť informáciám a vykonávať rozhodnutia o zdraví (Osborne et al., 2013).

Doména 2: Dostatočné informácie na starostlivosť o svoje zdravie

Vzťah medzi úrovňou domény a vekovými kategóriami uvádzame v tabuľke 5.

Tab. 5 Priemerná úroveň domény 2 vzhľadom na vekové kategórie respondentov

Vekové kategórie	< 30	30 – 44	45 – 60	> 60	Ø
Ø úroveň domény (%)	25,0	43,4	65,7	87,5	55,4

Najvyššia úroveň domény 2 bola dosiahnutá vo vekovej kategórii nad 60 rokov (87,5 %). Najnižšia úroveň bola v kategórii do 30 rokov (25 %).

Nízka úroveň domény 2 znamená, že osoby majú obmedzenú zdravotnú gramotnosť a domnievajú sa, že majú medzery vo vedomostiach a nemajú dostatok informácií, ktoré sú potrebné k tomu, aby viedli zdravý život. Ľudia s vysokou úrovňou tejto domény disponujú všetkými informáciami, ktoré sú potrebné k tomu, aby viedli zdravý život (Osborne et al., 2013).

Doména 3: Aktívna starostlivosť o svoje zdravie

Vzťah medzi úrovňou domény a vekovými kategóriami uvádzame v tabuľke 6.

Tab. 6 Priemerná úroveň domény 3 vzhľadom na vekové kategórie respondentov

Vekové kategórie	< 30	30 – 44	45 – 60	> 60	Ø
Ø úroveň domény (%)	0,0	40,3	62,3	85,0	46,9

V doméne 3 sme zaznamenali najvyššiu úroveň v rámci vekovej hranice nad 60 rokov (85 %). Vo veku do 30 rokov bola dosiahnutá nulová úroveň v tejto doméne.

Nízka úroveň domény 3 poukazuje na to, že ľudia neberú svoje zdravie ako svoju zodpovednosť, čím nedbajú o starostlivosť o svoje zdravie. Ľudia s vysokou úrovňou domény uznávajú dôležitosť zdravia a sú schopní prevziať zodpovednosť za svoje zdravie, aktívne sa zapájajú do starostlivosti o svoje zdravie a robia rozhodnutia o zdraví, pričom zdravie je pre nich prioritou (Osborne et al., 2013).

Doména 4: Sociálna opora v oblasti zdravia

Vzťah medzi úrovňou domény a vekovými kategóriami uvádzame v tabuľke 7.

Tab. 7 Priemerná úroveň domény 4 vzhľadom na vekové kategórie respondentov

Vekové kategórie	< 30	30 – 44	45 – 60	> 60	Ø
Ø úroveň domény (%)	68,7	63,2	64,1	67,3	65,8

Priemerná úroveň v doméne 4 bola najvyššia v kategórii do 30 rokov (68,7 %) a najnižšia vo vekovej hranici od 30 do 44 rokov (63,2 %), pričom v tejto doméne bola vo všetkých vekových kategóriách dosiahnutá priemerná úroveň nad 60%.

Nízka úroveň domény 4 svedčí o tom, že ľudia nemajú sociálnu oporu v otázkach zdravia, naopak vysoká úroveň tejto domény znamená, že ľudia majú sociálnu oporu, ktorú potrebujú pre svoje zdravie (Osborne et al., 2013).

Doména 5: Posúdenie zdravotných informácií

Vzťah medzi úrovňou domény a vekovými kategóriami uvádzame v tabuľke 8.

Tab. 8 Priemerná úroveň domény 5 vzhľadom na vekové kategórie respondentov

Vekové kategórie	< 30	30 – 44	45 – 60	> 60	Ø
Ø úroveň domény (%)	43,5	44,6	42,5	42,0	43,2

V doméne 5 sa najvyššia priemerná úroveň ukázala vo vekovej kategórii respondentov od 30 do 44 rokov (44,6 %). V najstaršej vekovej kategórii nad 60 rokov bola priemerná úroveň najnižšia (42 %).

Respondenti s nízkou úrovňou domény 5 nedokážu pochopiť väčšinu informácií o zdraví aj napriek snahe a nedokážu posúdiť, ktoré informácie sú pre nich správne. Vysoká úroveň domény nasvedčuje tomu, že ľudia majú schopnosť identifikovať správne a spoľahlivé informácie. Dokážu korigovať nesprávne informácie sami alebo s pomocou iných (Osborne et al., 2013).

Doména 6: Schopnosť aktívnej spolupráce s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti

Vzťah medzi úrovňou domény a vekovými kategóriami uvádzame v tabuľke 9.

Tab. 9 Priemerná úroveň domény 6 vzhľadom na vekové kategórie respondentov

Vekové kategórie	< 30	30 – 44	45 – 60	> 60	Ø
Ø úroveň domény (%)	65,5	58,7	60,5	63,3	62,0

Najvyššia priemerná úroveň v doméne 6 sa prejavila vo vekovej kategórii respondentov do 30 rokov (65,5 %). Najnižšiu priemernú úroveň prejavili respondenti vo veku od 30 do 44 rokov (58,7 %).

Nízka úroveň domény 6 deklaruje, že osoby sú pasívne v prístupe k systému zdravotnej starostlivosti. Aktívne nevyhľadávajú informácie, ako ani rady a služby zdravotnej starostlivosti. Prijímajú informácie, ktoré sú k dispozícii, a nekladú otázky v prípade, ak im je niečo nejasné alebo nepochopiteľné. Nesnažia sa zabezpečiť všetko potrebné pre svoje zdravie. Pri vysokej úrovni tejto domény sa osoby aktívne starajú o svoje zdravie

a majú vybudovaný vzťah s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Sú schopné sa poradiť s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, ak je to potrebné v prípade nejasnosti (Osborne et al., 2013).

Doména 7: Navigácia v systéme zdravotnej starostlivosti

Vzťah medzi úrovňou domény a vekovými kategóriami uvádzame v tabuľke 10.

Tab. 10 Priemerná úroveň domény 7 vzhľadom na vekové kategórie respondentov

Vekové kategórie	< 30	30 – 44	45 – 60	> 60	Ø
Ø úroveň domény (%)	55,4	53,2	59,6	55,9	56,0

Úroveň najvyššej priemernej hodnoty bola v prípade domény 7 dosiahnutá vo vekovej kategórii 45 až 60 rokov (59,6 %), naopak najnižšia hodnota bola vykázaná vo veku od 30 do 44 rokov (53,2 %).

Nízka úroveň domény 7 poukazuje na to, že osobám pri tejto úrovni nemá kto poradiť a pomôcť, ako využiť systém zdravotnej starostlivosti. Tiež majú problém s pochopením, čo je k dispozícii v systéme zdravotnej starostlivosti a na čo majú nárok. Vysoká úroveň domény svedčí o tom, že osoby dokážu zistiť, na aké služby v zdravotníckom systéme majú nárok a využívať ich. Sú schopné obhájiť, prečo je to v ich prospech v rámci systému zdravotnej starostlivosti (Osborne et al., 2013).

Doména 8: Schopnosť nájsť aktuálne informácie o zdraví

Vzťah medzi úrovňou domény a vekovými kategóriami uvádzame v tabuľke 11.

Tab. 11 Priemerná úroveň domény 8 vzhľadom na vekové kategórie respondentov

Vekové kategórie	< 30	30 – 44	45 – 60	> 60	Ø
Ø úroveň domény (%)	69,0	66,7	64,0	60,5	65,1

Najvyššia priemerná úroveň domény 8 sa týka respondentov vo veku do 30 rokov (69 %). Najnižšiu priemernú úroveň vyjadrili respondenti nad 60 rokov (60,5 %).

Nízka úroveň domény 8 znamená, že osoby nedokážu získať prístup k aktuálnym informáciám. Sú závislé na poskytnutí informácií od iných. Osoby s vysokou úrovňou domény aktívne využívajú dostatok zdrojov pre vyhľadávanie aktuálnych informácií (Osborne et al., 2013).

Doména 9: Pochopenie zdravotných informácií do takej miery, aby jednotlivec vedel, čo robiť

Vzťah medzi úrovňou domény a vekovými kategóriami uvádzame v tabuľke 12.

Tab. 12 Priemerná úroveň domény 9 vzhľadom na vekové kategórie respondentov

Vekové kategórie	< 30	30 – 44	45 – 60	> 60	Ø
Ø úroveň domény (%)	74,5	70,0	65,8	66,0	69,1

V doméne 9 je najvyššia priemerná úroveň vo vekovej kategórii do 30 rokov (74,5 %) a najnižšia v kategórii 45 – 60 rokov (65,8 %).

Ľudia s nízkou úrovňou domény 9 majú problém s porozumením písaných zdravotníckych informácií alebo v rámci poučenia o vyšetrení, ako aj s pochopením inštrukcií o správnom užívaní liekov. Je pre nich obtiažne čítať alebo vyplňať lekárske formuláre. Vysoká úroveň domény znamená, že osoby sú schopné porozumieť všetkým písaným informáciám (vrátane numerických informácií). V prípade potreby dokážu adekvátne vyplniť zdravotnícke formuláre týkajúce sa zdravia (Osborne et al., 2013).

DISKUSIA

Zdravotná gramotnosť pacientov s diagnostikovanou artériovou hypertenziou je významný fenomén, ktorý determinuje kompenzáciu ochorenia a prevenciu často veľmi závažných komplikácií. HLQ ako komplexný merací nástroj zameraný na deväť domén zdravotnej gramotnosti umožňuje koncipovať detailný profil zdravotnej gramotnosti respondenta a identifikovať problematické oblasti, na ktoré je vhodné zamerať odporúčania či intervencie smerujúce k zlepšeniu zdravotnej gramotnosti (Čepová, Kolarčík a Madarasová Gecková, 2017; Osborne et al., 2013).

HLQ má deväť škál, z ktorých každá meria aspekt multidimenzionálneho konštruktú zdravotnej gramotnosti. HLQ môže pomôcť zdravotníckym pracovníkom pochopiť zdravotnú gramotnosť pacientov a umožniť im lepšie zapojenie sa do zdravotníckych služieb (Hawkins et al., 2017).

Zdravotná gramotnosť v užšom chápaní kladie dôraz na zdravotnícke informácie, pochopenie príbalových letákov, schopnosti osobnej účasti na liečbe, schopnosti starostlivosti o rodinných príslušníkov, základné informácie o zdravom životnom štýle. V širšom chápaní ide o dostupnosť všetkých informácií, ktoré súvisia so zdravím a môžu priaznivo ovplyvniť zdravie, posilnenie schopnosti ľudí orientovať sa v životných situáciách a rozhodovať sa tak, aby to viedlo k ochrane a posilneniu zdravia (Holčík, 2010). Pre túto oblasť je dôležitý pocit pochopenia a podpory od poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorý je súčasťou domény 1, pričom najnižšiu úroveň domény dosiahli respondenti vo vekovej kategórii od 30 do 44 rokov (14,6 %), naopak najvyššia úroveň domény bola zistená u respondentov vo veku od 45 do 60 rokov (89,6 %), čo môže byť ovplyvnené

aj dĺžkou obdobia liečby ochorenia, resp. vyšším počtom rokov od diagnostikovania hypertenzie oproti mladším vekovým kategóriám pacientov. Podobný faktor zrejme ovplyvnil aj úroveň druhej domény, ktorá sa týka dostatočných informácií na starostlivosť o zdravie, kde najvyššia úroveň domény bola dosiahnutá vo vekovej kategórii nad 60 rokov (87,5 %). Najnižšia úroveň bola v kategórii do 30 rokov (25 %). Od dostatočných informácií závisí aj aktívna starostlivosť o svoje zdravie, čo bolo skúmané v doméne 3. Opäť sme najvyššiu úroveň domény zistili v rámci vekovej hranice nad 60 rokov (85 %). Vo veku do 30 rokov bola dosiahnutá dokonca nulová úroveň v tejto doméne. Na túto skutočnosť zrejme vplyvajú faktory ako pomerne mladý vek, nedostatočné skúsenosti, ale aj preferencie respondentov pri vyhľadávaní adekvátnych informácií.

Dôležitou oblasťou v kontexte zdravotnej gramotnosti je sociálna opora, ktorá predstavuje významnú stratégiu zvládania záťažových situácií vyplývajúcich zo zmien v oblasti zdravia. Zdrojom sociálnej opory je sociálna sieť, ktorú môžu tvoriť blízke osoby a inštitúcie (Žiaková et al., 2009). Priemerná úroveň v doméne 4 týkajúcej sa sociálnej opory v oblasti zdravia bola najvyššia v kategórii do 30 rokov (68,7%) a najnižšia vo vekovej hranici od 30 do 44 rokov (63,2 %), pričom v tejto doméne bola vo všetkých vekových kategóriách dosiahnutá priemerná úroveň nad 60%. Zdravotná gramotnosť sa vzťahuje na charakteristiky a sociálne zdroje potrebné na to, aby ľudia mali prístup k informáciám, porozumeli im a používali ich pri rozhodovaní o zdraví (Beauchamp et al., 2015).

Praktický význam zdravotnej gramotnosti odkazuje na stupeň schopnosti jednotlivcov získavať, spracúvať a pochopiť základné zdravotné informácie a služby, potrebné na správne rozhodnutia týkajúce sa starostlivosti o zdravie. Zdravotná gramotnosť stavia na myšlienke, že aj zdravie a gramotnosť sú rozhodujúce zdroje pre každodenný život (WHO, 2009). Doména 5 je zameraná práve na posúdenie zdravotných informácií, pričom v našom súbore respondentov sa najvyššia priemerná úroveň ukázala vo vekovej kategórii respondentov od 30 do 44 rokov (44,6 %). V najstaršej vekovej kategórii nad 60 rokov bola priemerná úroveň najnižšia (42 %).

Schopnosť aktívnej spolupráce s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti sme zisťovali v doméne 6, pričom najvyššia priemerná úroveň sa prejavila vo vekovej kategórii respondentov do 30 rokov (65,5 %). Najnižšiu priemernú úroveň prejavili respondenti vo veku od 30 do 44 rokov (58,7 %). S touto oblasťou veľmi úzko súvisí aj navigácia v systéme zdravotnej starostlivosti, ktorá bola skúmaná v doméne 7 a úroveň najvyššej priemernej hodnoty bola v prípade tejto domény dosiahnutá vo vekovej kategórii 45 až 60 rokov (59,6 %), naopak najnižšia hodnota bola vykázaná vo veku od 30 do 44 rokov (53,2 %). Nedostatočná zdravotná gramotnosť je asociovaná s množstvom nežiaducich zdravotných následkov, vrátane rastúceho počtu hospitalizácií, akútnych návštev lekára či potreby pohotovostnej služby, predĺženej doby hospitalizácie a rekonvalescencie. Logicky s tým súvisia aj zvýšené náklady na zdravotnú starostlivosť (Weiss a Palmer, 2004). Schopnosť nájsť aktuálne informácie o zdraví sme skúmali v doméne 8. Najvyššia priemerná úroveň domény 8 sa týka respondentov vo veku do 30 rokov (69 %). Najnižšiu priemernú úroveň vyjadrili respondenti nad 60 rokov (60,5 %). Človek s adekvátnou

zdravotnou gramotnosťou vie čítať formuláre pre informovaný súhlas, lekárske etikety, predpisy a ostatné medicínske informácie, rozumie písaným a hovoreným informáciám prijatým od zdravotníckych pracovníkov a dodržiava nevyhnutné procedúry a nariadenia, ako je medikácia a stanovený liečebný režim. Ide o prepojenie zdravia a informácií. Zdravotná gramotnosť je kľúčovým výsledkom činnosti výchovy k zdraviu, ktorá by mala byť v širšom poňatí podpory zdravia (DeYoung, 2009).

Dôležitou oblasťou zdravotnej gramotnosti je aj pochopenie zdravotných informácií do takej miery, aby jednotlivec vedel, čo robiť. Uvedenú oblasť sme skúmali v doméne 9 a najvyššiu priemernú úroveň sme zistili vo vekovej kategórii do 30 rokov (74,5 %), naopak najnižšiu v kategórii 45 – 60 rokov (65,8 %). Mohammed a Abu-Elmatty (2020) vo svojej štúdii u pacientov s artériovou hypertenziou skúmali vplyv zdravotnej gramotnosti na selfmonitoring, vedomosti pacienta a dodržiavanie užívania liekov na reguláciu krvného tlaku. Zistili, že zdravotná gramotnosť mala významný vplyv na skúmaných 90 pacientov, čo viedlo k pokroku v manažmente hypertenzie u týchto pacientov. Zároveň sa zlepšili aj ich vedomosti a dodržiavanie farmakoterapie.

ZÁVER

Artériová hypertenzia predstavuje rizikový faktor ochorení srdca, ciev a životne dôležitých orgánov. Ak sa vysoký krvný tlak cielene nesleduje a nelieči, môže sa prejavíť život ohrozujúcimi ochoreniami či vážnym poškodením zdravia. Ide zároveň o ochorenie, ktorého vznik je determinovaný ovplyvniteľnými rizikovými faktormi a ich elimináciou je možné úspešne predchádzať jeho vzniku. V prevencii aj liečbe artériovej hypertenzie má nezastupiteľné miesto zdravotná gramotnosť ako schopnosť človeka získavať, chápať a využívať zdravotné informácie pre správne rozhodovanie v prospech svojho zdravia. Mohammed a Abu-Elmatty (2020) poukazujú na to, že zdravotná gramotnosť je spojená s obmedzenými vedomosťami o zdravotnom stave a liekoch, horším celkovým zdravotným stavom, vyššími nákladmi na zdravotnú starostlivosť a zvýšenou pravdepodobnosťou rehospitalizácie a úmrtnosti.

Osobitne významné postavenie v podpore zdravotnej gramotnosti majú sestry, ktoré predstavujú početnú skupinu zdravotníckych pracovníkov, a ich vplyv v oblasti zdravotnej gramotnosti môže byť silný a výrazne pozitívny (Bártlová et al., 2018). Sestry môžu v rámci zdravotnej starostlivosti minimalizovať nedostatky na úrovni zdravotnej gramotnosti pri realizácii edukačnej intervencie tým, že ju najskôr identifikujú validnými nástrojmi a diagnostickým rozhovorom, následne prispôbia obsah a metódy sprostredkovania zdravotných informácií (t. j. informácií v prospech zdravia) (Dickens a Piano, 2013).

V nadväznosti na realizovanú pilotnú štúdiu, ktorej čiastkové výsledky boli prezentované v tomto článku, bude uskutočnený širšie koncipovaný výskum s využitím slovenskej verzie štandardizovaného meracieho nástroja Health Literacy Questionnaire (ďalej len HLOQ) a so zameraním na zdravotnú gramotnosť pacientov s artériovou hypertenziou, ktorý je súčasťou projektu KEGA č. 010KU-4/2022 Implementácia prvkov podpory zdravotnej gramotnosti dospelaj populácie do vzdelávania v odbore ošetrovateľstvo. Výsledky

pilotnej štúdie sme analyzovali aj vo vzťahu k atribútom ako pohlavie a vzdelanie respondentov, ale pre účely tohto článku boli prezentované iba výsledky v jednotlivých doménach HLQ vo vzťahu k veku respondentov. Štandardizovaný dotazník sa ukázal ako vhodný výskumný nástroj, zrozumiteľný pre respondentov s ochorením artériová hypertenzia.

Článok bol spracovaný v rámci projektu KEGA č. 010KU-4/2022 Implementácia prvkov podpory zdravotnej gramotnosti dospeljej populácie do vzdelávania v odbore ošetrovateľstvo.

Literatúra

Akcni plán rozvoje zdravotní gramotnosti (AP č. 12). In: *Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí* [online]. Pracovní skupina č. 12. Praha: MZ ČR, 2014. [cit. 22. 9. 2022]. Dostupné z: <https://www.databaze-strategie.cz/cz/mzd/strategie/akcni-plan-c-12-rozvoj-zdravotni-gramotnosti>.

BÁRTLOVÁ, S. et al. *Zdravotní gramotnost u vybraných skupin obyvatelstva Jihočeského kraje*. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-271-2201-1.

BEAUCHAMP, A. et al. Distribution of health literacy strengths and weaknesses across socio-demographic groups: a cross-sectional survey using the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health* [online]. 2015, 15, 678. [cit. 22. 9. 2022]. ISSN 1471-2458. Available from: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-2056-z#citeas>.

ČEPOVÁ, E., KOLARČIK, P. a MADARASOVÁ GECKOVÁ A. Konceptualizácia zdravotnej gramotnosti a validizácia slovenskej verzie Dotazníka zdravotnej gramotnosti HLQ™. In: *Zborník príspevkov z 9. celoslovenskej konferencie Psychológie zdravia s medzinárodnou účasťou* [online]. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, 2014. [cit. 4. 10. 2022]. Dostupné z: http://www.upjs.sk/public/media/0455/psychologia_zdravia2014.pdf.

ČEPOVÁ, E., KOLARČIK, P. a MADARASOVÁ GECKOVÁ, A. Zdravotná gramotnosť, metóda ako zlepšiť zdravie populácie a jej využitie vo verejnom zdravotníctve. *Zdravotníctvo a sociálna práca* [online]. 2017, vol. 12, no. 1, p. 24–32. ISSN 1336-9326. [cit. 4. 10. 2022]. Dostupné z: https://coherentsite.files.wordpress.com/2016/06/cepova_2017_28-36.pdf.

DEYOUNG, S. *Teaching Strategies for Nurse Educators*. New Jersey: Pearson Education, 2009. ISBN 0-13-179026-9.

DICKENS, C. and PIANO, M. R. Health literacy and nursing: an update. *The American Journal of Nursing*. 2013, vol. 113, no. 6, p. 52–57. ISSN 1538-7488. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23702767/>.

GOODHART, A. K. Hypertension from the patient's perspective. *British Journal of General Practice* [online]. 2016, vol. 66(652): 570. [cit. 22. 9. 2022]. ISSN 1478-5242. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5072901/>.

HAWKINS, M. et al. The Health Literacy Questionnaire (HLQ) at the patient-clinician interface: a qualitative study of what patients and clinicians mean by their HLQ scores. *BMC Health Services Research* [online]. 2017, vol. 17, no. 1, 309. [cit. 22. 9. 2022]. ISSN 1472-6963. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28449680/>.

HOLČÍK, J. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. Brno: Masarykova univerzita, 2010. ISBN 978-80-210-5239-0.

KOLARČIK, P. et al. Validation of Slovak version of Health Literacy Questionnaire. *European Journal of Public Health* [online]. 2015, vol. 25, no. 3. ISSN 1464-360X. [cit. 4. 10. 2022]. Available from: https://academic.oup.com/eurpub/article/25/suppl_3/ckv176.151/2579005.

MOHAMMED, G. T. and ABU-ELMATTY, M. Hypertension: Health Literacy and its Effect on Patient's Self-Monitoring, Knowledge and Medication Adherence. *Journal of Health, Medicine and Nursing* [online]. 2020, vol. 70. [cit. 22. 9. 2022]. ISSN 2422-8419. Available from: <https://core.ac.uk/download/pdf/327152248.pdf>.

OSBORNE, H. *Health Literacy From A to Z*. New York: Aviva Publishing, 2018. ISBN 978-1-947937-13-0.

OSBORNE, R. H. et al. The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health* [online]. 2013, vol. 13, no. 1, p. 1–17. [cit. 22. 9. 2022]. ISSN 1471-2458. Available from: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-658>.

WEISS, B. D. and PALMER, R. Relationship between health care costs and very low literacy skills in a medically needy and indigent Medicaid population. *The Journal of the American Board of Family Practice* [online]. 2004, vol. 17, no. 1, p. 44–47. [cit. 2. 9. 2022]. ISSN 1544-8770. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15014052/>.

WILLIAMS, B. et al. ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal* [online]. 2018, 39, p. 3021–3104. [cit. 22. 9. 2022]. Available from: <https://www.eshonline.org/esh-content/uploads/2018/10/Download-1.pdf>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Background Note: Regional Preparatory Meeting on Promoting Health Literacy*. ECOSOC, 2009.

ŽIAKOVÁ, K. et al. *Ošetrovateľský slovník*. Martin: Osveta, 2009. ISBN 978-80-8063-315-8.

Kontakt

PhDr. Mgr. Mariana Magerčiaková, PhD., MPH, MBA
Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku
Námestie A. Hlinku 48, 034 01 Ružomberok, Slovenská republika
mariana.magerciakova@ku.sk

PSYCHOSOMATICKÁ ZÁTĚŽ U NELÉKAŘSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ

PSYCHOSOMATIC STRESS IN NON-MEDICAL HEALTH CARE WORKERS

Hana Hozová¹, Yvetta Vrublová¹

Abstrakt

Cíl: Cílem práce bylo zjistit rozsah psychosomatické zátěže u zdravotnických pracovníků nelékařů pomocí Meisterova standardizovaného dotazníku s doplněním pomocných otázek pro srovnání všech zatěžujících faktorů.

Metodika: Pro metodiku získání a zpracování dat byl použitý kvantitativně orientovaný průzkum, pracující s číselnými údaji, čímž bylo umožněno hlubšího poznání skutečnosti v její racionalitě. Číselné data jsou matematicky zpracována s použitím metod matematické statistiky. Lze předpokládat, že je možné do jisté míry takto měřit i zatížení personálu. K zhodnocení vlivu pracovní zátěže byl použit strukturovaný Meisterův dotazník od autora W. Meistera, doplněný o konkretizující otázky pro hlubší analýzu. Skupinový výběr tvořily dvě skupiny respondentů ze zdravotnických zařízení, celkem bylo rozdáno 600 dotazníků. Pro účel průzkumu a následného vzájemného posouzení výsledků byly dotazníky totožné pro obě skupiny, pouze do dotazníku zaměřeného na dobu zátěže při epidemii, byla vložena otázka, zda pracují respondenti na covidovém oddělení.

Výsledky: Záměrem práce, bylo poskytnout ucelený náhled zdravotnického nelékařského personálu na psychosomatickou zátěž v jejich náročné profesi. Poslední dva roky byly zatížené vzniklou epidemií a ovlivnily komplexní péči ve zdravotnictví. Prvotní získaná data byla rozšířená o sběr dat z i doby pandemie. Čímž byla zanalyzována zátěž zdravotnického nelékařského personálu z doby před a v době epidemie. Provedli jsme dva kvantitativní průzkumy s časovým odstupem. Výsledky průzkumu poukázaly na přetíženost nelékařského zdravotnického personálu v kontextu jednotlivých faktorů, s porovnáním dvou odlišných období se významně nelišily. Rozbor jednotlivých oblastí zátěže a posouzení důležitosti nastavených hypotéz s komplexními výsledky, předkládá empirická část.

Závěr: Závěr práce obsahuje doporučení pro praxi, které je vypracované na základě faktů průzkumného šetření. Analýza dat a výsledky šetření budou prezentovány v odborném periodiku.

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

Klíčová slova

psychická zátěž, stres, fyzická zátěž, syndrom vyhoření, ošetrovatelská péče

Abstract

Aim: The aim was to provide a comprehensive view of non-medical health care staff on the psychosomatic strain. The structured Meister questionnaire by the author S. Meister was used to assess the impact of workload.

Methodology: A quantity-oriented survey was used, working with numerical data, thus allowing a deeper understanding of reality in its rationality. Numerical data are mathematically processed via using methods of mathematical statistics. It can be assumed that it is possible to measure staff workload to some extent in this way. To assess the impact of workload, the structured Meister questionnaire by the author S. Meister was used, supplemented with more specific questions for a deeper analysis. The group selection consisted of two respondent groups from health care institutions, and a total of 600 questionnaires were distributed. The questionnaires were identical for both groups for the survey and the subsequent peer review of the results. Only the question of whether the respondents worked in the covid-19 Department was inserted into the questionnaire focused on the period of the epidemic burden.

Results: The results of the thesis present a comprehensive look at the high workload of non-medical health workers. The last two years have been burdened by the resulting epidemic and have affected comprehensive care in healthcare. The initial data obtained was extended by data collection from the time of the pandemic. Collected data enable an analysis of the burden on non-medical medical personnel from before and during the epidemic. We conducted two quantitative surveys with a time lag. The results of the survey indicated that the workload of non-medical health workers was extremely increased, comparing two different periods did not differ significantly. Analysis of individual areas of strain and assessment of the importance of set hypotheses with complex results is presented in the empirical part.

Conclusion: The conclusion of the thesis contains recommendations for practice, which are prepared based on the facts of the exploratory investigation. The data analysis and the results of the survey will be presented in a professional periodical.

Keywords

mental strain, physical strain, overload, burnout – psychological monotony, nursing care

ÚVOD

S rozvojem medicíny a celkově zdravotnictví, přichází vyšší nároky na zdravotnický personál, kdy v této profesi zastávají nelékaři velmi důležitou roli. Jsou denně vystavováni těžkým životním situacím a musí je zvládat s nadhledem a velkou dávkou empatie. Náročná péče o pacienty, jejich bolest a utrpení, vážné a nevyléčitelné onemocnění pacientů, které vyžadují přítomnost personálu a náročnou komunikaci nejen s pacienty, ale také s rodinou, značí vysoké psychické zatížení. Na zátěž reaguje každý jinak, ale s jistotou můžeme říci, že psychická zátěž je vyčerpávající proces pro celý organismus. Psychická zátěž vyvolává stres a úzkost, navazuje na nepříjemné pocity, které následně ovlivňují chování a celkovou činnost člověka. Zdravotníci se musí s touto skutečností umět vyrovnat natolik, aby diskonfort, který pociťují, neovlivnil jejich přístup k péči o pacienta. Velmi často musí své problémy potlačit a pacienta upřednostnit. Každodenní pracovní povinnosti kladou na zdravotníky vysoké nároky a jejich psychosomatika je vystavená velkému tlaku. Je nutné nastavit si pevnou strategii zvládání zátěže, v opačném případě to může mít dosti negativní vliv na zdraví pracovníka a také na kvalitu poskytované péče pacientům. Problematika psychosomatické zátěže u nelékařských pracovníků je téma, o kterém se neustále hovoří, ale zdaleka se v praxi neřeší, jak by měla. V této oblasti si zdravotníci zaslouží mnohem více pozornosti.

TEORETICKÁ VÝCHODISKA PRÁCE

Publikace a studie byly zaměřené na teoretická východiska v souladu s tématem. Klíčová odborná literatura byla využita v teoretické části ke zpracování dané problematiky – psychosomatická zátěž. Dohledané studie, projekty a průzkumné práce jiných autorů sloužily pro srovnání výsledků šetření.

EMPIRICKÁ ČÁST

Průzkumné šetření bylo rozděleno na dvě fáze, první fáze se zaměřila na období, které nebylo zatížené žádnou nestandardní situací a druhá fáze se zaměřila na dobu již déle trvající epidemie COVID. Z hlavního cíle a analýzou dané problematiky vychází dílčí cíle a hypotézy, které byly pro obě průzkumné období nastavené stejně, abychom mohli provést srovnání zátěže ve stejné oblasti. Poslední dílčí cíl je zaměřen na srovnání konečného výsledku obou časových fází šetření. Analýza nastavených cílů a hypotéz je prezentována ve výsledcích tohoto článku.

HLAVNÍ CÍL:

Míra psychosomatické zátěže u nelékařských zdravotnických pracovníků.

DÍLČÍ CÍLE:

1. Porovnat psychosomatické zatížení nelékařských pracovníků dle typu oddělení, na kterém pracují.
2. Porovnat psychosomatické zatížení nelékařských pracovníků dle typu směnnosti.
3. Porovnat psychosomatické zatížení dle pracovního zařazení.
4. Porovnat psychosomatické zatížení pracovníků v nemocnicích různého typu.
5. Zjistit vliv nedostatku personálního obsazení na psychosomatickou zátěž pracovníků nelékařů.
6. Zjistit vliv délky praxe na psychosomatickou zátěž pracovníků nelékařů.
7. Porovnat výsledky průzkumu z doby NON COVID s dobou COVID.

SOUBOR A METODIKA

Průzkumný vzorek tvořilo 600 respondentů nelékařských zdravotnických pracovníků z různých typů zdravotnických zařízení v rámci Moravskoslezského kraje, kdy pro statistické zpracování mohlo být použito pouze 490 dotazníků. Šetření začalo v roce 2019, skončilo v roce 2022. Alfa omegou průzkumu byl Meisterův dotazník, který má pevnou matici 10 otázek, byla použita faktorová analýza, kdy byl pro každého respondenta vypočten jak celkový skóre vyjadřující míru psychosomatické zátěže, tak skóre pro jednotlivé faktory této zátěže – přetížení, monotonie, nespecifický faktor (<https://www.fbi.vsb.cz/.../MeisteruvDotaznik.pdf>). Pro další statistické zpracování bylo využito několik testů (Spearmanově korelačního koeficientu, Shapiro-Wilkůva testu, Kruskal-Wallisova testu, Medisánového a Levenova testu). Dále bylo porovnání testováno pomocí analýzy rozptylu (ANOVA). Pro každé porovnání byly uvedeny číselné charakteristiky srovnávaných skupin: průměr a směrodatná odchylka v případě parametrického porovnání a v případě neparametrického porovnání byl použit medián, dolní a horní kvartil. Pro všechny položky dotazníku vlastní konstrukce byly vytvořeny sloupcové grafy s absolutními a relativními četnostmi jednotlivých variant odpovědí. Ke statistickému zpracování byl použit tabulkový procesor MS EXCEL ze softwarového balíku Microsoft Office Professional Edition 2010, který sloužil i pro tabulkové zobrazení dat a zobrazení grafů a dále k výpočtu absolutní a relativní četnosti. Kontingenční tabulky byly zpracovány programem STATISTICA EN 13. Sociodemografická data: vyhodnocená pod pořadovým číslem, dle typu otázek.

SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ PRO OBĚ FÁZE

1. Ve standardní době nemá typ oddělení vliv na psychosomatické zatížení personálu. V době epidemie se zátěž zvýšila v lůžkové péči.
2. Psychosomatické zatížení v závislosti na typu směnnosti se prokázalo pouze v době epidemie, kdy nejvíce byli zatíženi pracovníci s normou N2 – R12 a N12.
3. Ani v jedné fázi se neprokázalo, že by pracovní zařazení (pracovní pozice) by zvýšila či snížila psychosomatické zatížení personálu. Každý pracovník považuje svou pracovní pozici za náročnou a cítí se být zatížený. V rámci svých kompetencí. Nebyl žádný rozdíl mezi první a druhou fází.

4. Psychosomatická zátěž u zdravotnických pracovníků se neodráží dle typu výkonu práce v daném ZZ.
5. Nedostatek personálu prokázal vliv na psychosomatickou zátěž v obou fázích průzkumu.
6. Délka praxe měla vliv na psychosomatickou zátěž u první fáze průzkumu u faktoru přetížení, což svědčí o tom, že čím déle pracovník ve zdravotnictví pracuje, tím více pociťuje přetížení. Naopak v době epidemie se přetížení neprokázalo, což přikládáme k tomu, že v době průzkumu, kdy se všichni snažili posílit covidová oddělení a byla omezená péče v některých oborech, tak přetížení cítili všichni rovnocenně.
7. Srovnání výsledků průzkumu z doby NON COVID s dobou COVID přineslo překvapující výsledek. Předpokládali jsme, že personál v době covidu pocítí vyšší zatížení než ve standardní době, ovšem opak byl pravdou. Psychosomatická zátěž patří ke zdravotnickému personálu obecně a nedá se říci, která doba či péče je více zatěžuje. Jak již bylo řečeno ve vyhodnocení cíle č. 7, bylo v době epidemie posíleno personálně každé ZZ. Paradoxně v celkovém hodnocení vycházelo, že více byli NLZP zatíženi na jednotkách NON COVID, toto přisuzujeme k faktu, že tato oddělení se neposilovala personálem tolik, jako ty covidové.

DISKUZE

Cílem bylo zmapovat a zjistit problematiku psychosomatické zátěže u nelékařských zdravotnických pracovníků. Šetření mělo přinést poznatky, do jaké míry vnímají zdravotničtí pracovníci psychosomatickou zátěž při výkonu své profese. Hlavními faktory pro dohledání teoretických informací a následné zpracování výsledků průzkumného šetření byly psychická zátěž, stres, fyzická zátěž, syndrom vyhoření, ošetrovatelská péče. Přestože se nastavené cíle a hypotézy téměř nikdy neshodovaly s dohledanými zdroji od jiných autorů, přesto bylo možné, v určitých aspektech, částečně dohledané výsledky srovnat.

Cílem prvního cíle bylo porovnání psychosomatického zatížení nelékařských pracovníků dle typu oddělení, na kterém pracují. Z výsledku šetření bylo prokázáno, že typ oddělení nemá na přetížení personálu příliš velký vliv, rozdíl byl pouze u monotonie, což je v psychologickém významu stav snížení duševní aktivity, toto bylo prokázáno pouze u personálu v perioperační péči, ostatní oddělení byly bez větších rozdílů. Můžeme konstatovat, že v první fázi průzkumu byl personál zatížen bez závislosti na typu oddělení. Druhá fáze průzkumného šetření poukázala na vyšší zatížení personálu v lůžkové péči, čemuž odpovídá i období epidemie, kdy personál lůžkové péče musel pracovat ve všech ohledech multioborově.

Tento výsledek lze přirovnat k výsledku Kratochvílové (2017), která ve své práci zjistila, že fyzická zátěž není tak zátěžová pro zdravotníky, jako ta psychická. Její výsledky průzkumného šetření předložily zjištění, že na otázku, zda považují ZP svou profesi za fyzicky vyčerpávající, odpověděli v 38 % spíše ano a v 35 % spíše ne. Dalším jejím cílem bylo zjistit, zda sestry trpí psychickou zátěží, kdy 50 % respondentů odpovědělo, že touto zátěží někdy trpí a někdy ne. Dalších 30 % respondentů odpovědělo, že psychickou zátěží

trpí. Což také nebylo v souvislosti na typu oddělení. V práci od Semecké (2014), která se zaměřila na ambulantní péči, se uvádí, že sestry nejvíce trpí psychosomatickou zátěží při ošetřování agresivních pacientů v ambulantní péči. Výsledky Semecké bychom mohli srovnat s výsledky této práce z druhé fáze průzkumu, kdy se projevila zátěž na lůžkovém oddělení. K tomuto výsledku je možné srovnání studie agentury ASPECTIO (2013), ve které bylo zjištěno, že k fyzickému zatížení přiřadili i problémy s pohybovým aparátem. Ve výsledku se ukázalo, že zdravotnický personál pocituje bolesti zad v důsledku časté manipulace s pacienty, polohování, zvedání a podobně, což je prioritou práce hlavně u oddělení lůžkového typu. Bilavčíková a Karafiátová (2010) v článku pro časopis Zdraví, uvedly závěru článku výsledky průzkumného šetření zaměřeného na vnímání pracovních podmínek a psychosociální zátěže u sester, že nejvíce jsou zatížené sestry na standardních ošetrovacích jednotkách, dokazují to výsledky jich šetření.

V druhém cíli proběhlo porovnání psychosomatického zatížení nelékařských pracovníků dle typu směnnosti. Z výsledku našeho šetření bylo prokázáno, že typ směnnosti nemá na přetížení personálu vliv, v kontextu statistické významnosti, pokud se ovšem zaměříme na rozdíl fází průzkumu, pak v první době rozdíl nebyl nalezen, ale u druhé fáze průkaznost rozdílu mezi zatížením personálu v typech směny byl nalezen. Statistický význam se prokázal mezi normou N2 a N3 u hrubého skóre, dále u faktoru přetížení se prokázal významný rozdíl mezi N1 a N3. Nespecifický faktor prokázal významný rozdíl mezi směnou typu N1 a N2. Pouze faktor monotonie neprokázal žádný významný rozdíl v závislosti na typu směny. Vzhledem k tomu, že se významný rozdíl prokázal u dvou faktorů ze tří a také u hrubého skóre, můžeme konstatovat, že v druhé fázi byl rozdíl psychosomatického zatížení u personálu v návaznosti na typ směny. Nejvíce byli pracovníci zatíženi v normě N2 to je R12 a N12 – nepřetržitý provoz.

Výsledek průzkumu je možnost srovnat s Koutnou (2013), která dokládá ve své práci, že největší fyzickou zátěž představuje právě nedostatek delšího odpočinku ve 12 hodinové službě. Také Semecká (2014) uvádí, že problém je v přetěžování a nemožnosti odpočinku v rámci 12ti hodinových směn. I zde můžeme předložit studii agentury ASPECTIO (2013), ve které bylo zjištěno, že stres v souvislosti s pracovním zatížením je v rámci EU nejčastějším problémem. V žebříčku hodnocení je na druhém místě. V této studii zdravotníci uvádí mezi zatěžující psychické faktory hlavně délku pracovní doby a vysoké nároky na péči. Dalším srovnáním je práce Krucinové (2011), která poukazuje ve svém průzkumu na stresový zátěžový faktor směnného provozu ve zdravotnictví a vysoké zatížení zdravotnického personálu administrativou.

Třetí cíl řešil problematiku srovnání psychosomatického zatížení dle pracovního zařazení. V první fázi se prokázalo, že porodní asistentky převažují nad ostatními pozicemi, ovšem hodnota převýšení se neukázala jako statisticky významná. Z výsledků obou fází tedy vyplývá, že pracovní zatížení personálu ve statistické významnosti, dle pracovního zařazení se nepotvrdilo. Všechny pracovní pozice považují právě tu pozici, ve které pracují za nejvíce vytíženou. K tomuto cíli nebyla dohledána žádná relevantní studie. Většina z dohledaných zdrojů a odborných výkladů neřeší pracovní zařazení z pohledu psychosomatiky. Maximálně pohlíží na rozdíl nadřízený a podřízený, což nebylo předmětem toho dílčího cíle. Navíc, jak vyplývá z výsledků, nemá pracovní zařazení vliv na psychosomatickou zátěž pracovníka.

Čtvrtý cíl porovnával psychosomatické zatížení pracovníků v nemocnicích různého typu. V rámci daných faktorů se prokázal významný rozdíl opět pouze u Monotonie, tak stejně jako u dílčího cíle č. 1 a taktéž jen v první fázi šetření. Zde pociťovali pracovníci ZZ u MZČR vyšší přetížení, než u jiných ZZ. Tento výsledek se u druhé fáze průzkumu již nepotvrdil, na výsledek mohl mít vliv malého počtu respondentů ze ZZ MZČR. Vzhledem ke skutečnosti, že byl významný rozdíl pouze u jednoho faktoru, nemůžeme to v celkovém hodnocení považovat za relevantní výpověď. Psychosomatická zátěž u zdravotnických pracovníků se neodráží dle typu zdravotnického zaměření. Při nastavování tohoto cíle, byl předpoklad, že zdravotníci právě řeší tuto stránku, kde pracují, ovšem bylo zjištěno, že nikoliv. Pravděpodobně pro relevantnost odpovědi, by daný pracovník musel mít srovnání. Zřejmě proto, se touto problematikou nezabývají autoři jiných prací a studií. Z našeho závěru vyplývá, že tento cíl není relevantní pro srovnání.

Pátý cíl zjišťoval vliv nedostatku personálního obsazení na psychosomatickou zátěž pracovníků nelékařů. Z celkových výsledků vyplývá významný podíl závislosti na nedostatečném personálním obsazení. Ve všech hodnotících faktorech byla v obou fázích průzkumného šetření prokázána souvislost psychosomatické zátěže nelékařského zdravotnického personálu na dostatečném personálním obsazení.

Nedostačený počet zdravotnického personálu a jeho vliv na psychosomatickou zátěž personálu řeší mnoho autorů. Například odborný časopis Florence, vydal článek od Veverkové a Bejvančické (2019), kde autorky předkládají výsledky průzkumného šetření zaměřeného na zatížení všeobecných sester a jejich markantní nedostatek. Jejich výsledky potvrdily tvrzení Heczkové (2018), že tento nedostatek zdravotnického personálu, není jen záležitost ČR, ale celé Evropy. Tento stejný problém uvedla Němcová (2020) článku pro iRozhlas, kde se zmiňuje o nedostatku sester. Vychází ze statistiky ÚZIS (Ústav zdravotnických informací a statistiky), kde předkládá, že od roku 2010 ubylo v nemocnicích ČR přibližně 2000 sester. Projekt Mazoucha jeho kolektivu (2021), který byl z Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice a Fakulty informatiky a statistiky Vysoké školy ekonomické s podporou Technologické agentury ČR, představili nejhorší scénář, jaký nás v budoucnu čeká. Autoři projektu predikují, že: „Nejhorší scénář vede v roce 2050 k nedostatku 35 000 všeobecných sester proti stávajícímu stavu, kdy je zhruba 80 000 všeobecných sester. Nastalo by to v případě, že se počty studentů přijímaných na obor všeobecná sestra nijak nezvýší a zůstanou na dnešních zhruba 2 600 ročně. A zároveň za předpokladu, že by se poptávka po zdravotních službách za příštích třicet let zvýšila celkem o osm procent“ (Mazouch et al., 2021). Data z toho projektu jsou příkladem toho, jak není zájem o tuto profesi. A bohužel musíme konstatovat, že není zájem ani o další nelékařské profese. Jeden z důvodů, proč zájem klesá, je vysoká psychosomatická zátěž personálu, na kterou nikdo nebere zřetel. Výsledek v této práci a i ze všech dohledaných relevantních zdrojů ukazuje, že nedostatek zdravotnického nelékařského personálu ovlivní budoucnost našeho zdravotnictví. Tento názor dokládá také průzkumné šetření Bilavčíkové, která výsledky své práce uvedla v článku vydaném v časopise Zdraví, citují: „Na sestry jsou kladeny vysoké požadavky ve všech oblastech, a jak už bylo řečeno, mnohdy sestrám ztěžují práci nevyhovující pracovní podmínky (Bilavčíková a Karafiátová, 2010).

Šestý cíl mapoval vliv délky praxe na psychosomatickou zátěž pracovníků nelékařů. V první fázi u faktorů hrubý skór, monotonii a nespecifický faktor nebyla prokázána závislost na délce praxe. Pouze u faktoru přetížení se objevila významná závislost, což vypovídá o přetížení personálu s delší praxí. Naopak u druhé fáze se u faktoru přetížení závislost na délce praxe neprokázala, to můžeme přikládat tomu, že v době epidemie byl personál na mnoha oddělení doplněn o výpomoc, čímž pak personál s delší praxí nepocítoval tolik přetížení. Také byl v mnoha ZZ nastaven jiný organizační systém. U ostatních faktorů se v druhé fázi ukázala lehká závislost, která ovšem s délkou praxe klesala. Z toho vyplývá, že v první fázi byli více přetížení pracovníci s delší praxí a u druhé fáze mohli považovat přetížení všichni podobně.

Výsledek je možno částečně porovnat s výsledky diplomové práce Tiché (2020), která se zaměřuje na syndrom vyhoření u nelékařských pracovníků. Jejím cílem bylo zjistit míru zasažení syndromem vyhoření u všeobecných sester, a zda jeho vznik je ovlivněn délkou praxe. Průzkumné šetření probíhalo pomocí standardizovaného dotazníku Maslach Burnout Inventory, z jejího výsledku bylo prokázáno, že délka praxe má vliv na možná vznik SY vyhoření a to hlavně v emocionální oblasti. Křepelková (2014) potvrdila tvrzení, že délka praxe má významný vliv na psychickou zátěž zdravotníků. V jejím průzkumném šetření byla druhá největší skupina 41 (34,45 %) respondentů s délkou praxe 22 a více let. Krucinová (2011) se zabývala psychickou náročností sester směrem v délce praxe. Výsledkem bylo, že sestry s profesní praxí nad 10 let ji hodnotili jako náročnou a mnohem více, než sestry s nižší věkovou praxí. Také bylo zjištěno, že více jak polovina sester by svou práci vzhledem k její náročnosti změnila. Tejklová (2021) se ve své diplomové práci zaměřila na obecné pojetí stresu v pracovním procesu sester, v empirické části zkoumala odolnost sester, pomocí dotazníku SOC-29. Zabývala se otázkou vlivu délky praxe na zátěž personálu, v jejím průzkumu bylo potvrzeno, že délka praxe nemá na zítěž významný vliv.

Sedmý cíl byl nastaven pouze pro potřebu srovnání výsledků průzkumu z doby NON COVID s dobou COVID. Celkově se z průzkumného šetření neprokázalo větší psychosomatické zatížení v době epidemie, což svědčí o tom, že psychosomatická zátěž je součástí pomáhající profese nelékařského zdravotnického personálu. Výsledky byly možná překvapivé, oproti různým zjištěním jiných autorů. Ovšem můžeme konstatovat, že možná právě v době epidemie, hlavně při vyhlášení nouzového stavu, kdy byli povoláni všichni studenti nelékařských i lékařských oborů a také zdravotníci, kteří ve zdravotnictví standardně nepracují, mnohdy satureovali za chybějící personál anebo doplňovali ten stávající. Což ve standardní době je právě naopak a personál chybí. Tomu také nasvědčuje výsledek dílčího cíle č. 5 z první fáze průzkumu, kdy nedostatek personálu ovlivňuje výšku přetížení a psychosomatickou zátěž personálu.

Výsledkem této práce můžeme srovnat s průřezovou studií z Číny od autorů Juanjuan, Lijing, Jun, Jianfang (2021), kde hodnotili psychosomatický stav v různých expozičních skupinách pracujících obyvatel a srovnávali výsledky s předcházející studií, která byla provedená před pandemií. Tato studie představila výsledky psychosomatické zátěže v souvislosti s tlakem, který byl na personál vyvíjen v době epidemie. Zjištění upozornilo

na ne zcela dobré pracovní prostředí pro zdravotnický personál v extrémním zatížení a dala doporučení pro praxi. Časopis Urgentní medicína vydal článek Šeblové (2020), kde autorka společně s odbornými pracovníky shrnuje poznatky dopadu pandemie na zdravotníky a populaci. V článku prezentují také předběžné výsledky mezinárodní studie HEROES, která v delším časovém úseku sledovala psychickou zátěž zdravotnických a sociálních pracovníků v době epidemie. Prvního kola se účastnilo 1856 respondentů z ČR a do studie bylo zařazeno 1416 dotazníků. Cílem bylo porovnání dopadu pandemie na profesionály. Výsledkem mělo být vytvoření podpory na základě skutečných potřeb. Kolektiv autorů Číny a z USA, Zhang et al. (2020) spolupracovali na studii, která byla zaměřená na stres u zdravotníků v první linii v době epidemie a u zdravotníků mimo první linii. Výsledky ukázaly, že personál z první linie v době pandemie byl více zatížen stresem a depresi a je potřeba nastavení patřičných intervencí, aby se mohlo těmto stavům předcházet. Což naše výsledky popírají, vysvětlení může být v načasování, v době, kdy probíhala tato studie, byly poznatky ohledně pandemie ještě v začátcích. Současnosti máme mnohem více informací a také se lépe umíme k tomu postavit.

Posouzení psychosomatické zátěže pro průzkumné šetření této práce bylo umožněno použitím strukturovaného Meisterova dotazníku, který je dostupný bez licenční žádosti. Pomocí dotazníku jsme získali relevantní informace, založené na odborné úrovni.

Tento dotazník využívá pro své studie, či kvalifikační práce, nebo odborné periodiky mnoho autorů. Jako příklad můžeme uvést studii autorů Debska et al. (2013), z Krakovské Akademie, kteří položili Meisterův dotazník do tak zvané polské verze a využili ho pro hodnocení psychometrických vlastností z pohledu sester. Do procesu zapojili 211 sester a pomocí faktorové analýzy potvrdili, že dotazník i v této polské verzi splňuje všechna kritéria pro hodnocení psychické zátěže.

Nastavené cíle, výsledky průzkumného šetření byly v této rigorózní práci splněny. Hypotézy se na základě statistické analýzy a jejího vyhodnocení potvrdily nebo vyvrátily, každé tvrzení je relevantně podloženo. Souhrn výsledků, dohledaných studií, článků a odborných periodik předkládá, že psychosomatická zátěž nelékařského zdravotnického personálu je součástí jejich nelehké práce. Zdravotnický personál je neustále přetěžován a je potřeba se zaměřit hlavně na prevenci.

Závěrem diskuze předkládáme integrační studii, která proběhla v nemocnici v San Catarine v Brazílii, autoři provedli průzkum zaměřený na pracovní podmínky sester a jejich zátěž v ošetrovatelském procesu. Obsahem studie bylo provést integrační průzkum identifikačních studií v Brazílských databázích. Zjištěné výsledky ukázaly na jednoznačné přetížení zdravotnického personálu, a proto se tým rozhodl i nadále pokračovat v šetření a vyhledávat v databázích předložené studie a kvalifikační práce. Záměrem je předložit ucelené poznatky za stanovené období a poskytnout návrh řešení (Schmoeller et al., 2011).

ZÁVĚR

Průzkumné šetření mělo přinést jisté poznatky, jak nelékařský personál vnímá psychosomatickou zátěž ve své profesi. Podstatné bylo určit oblast nejvíce zatěžujících faktorů v pracovním prostředí nelékařů. Došli jsme k závěru, že psychosomatická zátěž nelékařského personálu je součástí profesního života pracovníků a poměrně velkou mírou zasahuje i do jejich osobních životů. Bylo zjištěno, že nelékařský personál považuje svou práci za psychicky i fyzicky náročnou, ovšem psychické zatížení převládalo. Nejvíce zatěžující byl problém z nedostatku personálního obsazení. Tento deficit měl vysoký vliv na psychosomatickou zátěž pracovníků a projevil se v dané míře, u převážné části respondentů. Z celkových výsledků vyplynul významný podíl závislosti na nedostatečném personálním obsazení. Ve všech hodnotících faktorech byla v obou fázích průzkumného šetření prokázána souvislost psychosomatické zátěže nelékařského zdravotnického personálu na dostatečném personálním obsazení. Tento názor převládal i v rámci srovnávání s průzkumy jiných autorů.

V průběhu realizace průzkumu nastala neočekávaná situace, svět zasáhla epidemie COVID. S odstupem času, jak se epidemie vyvíjela, se nabízela možnost zařadit i toto období do průzkumného šetření a vznikly dvě fáze průzkumu. Zařazením tohoto období do průzkumu byl nastaven dílčí cíl sedm a k němu pracovní hypotézu zaměřenou na srovnání psychosomatické zátěže před a po epidemii. Výsledky byly svým způsobem překvapivé. Bylo zjištěno, že psychosomatická zátěž personálu se vzniklou epidemiologickou situací nezvyšuje, ani nesníží. Zkrátka se vyskytuje stále. Což je dosti varovný ukazatel. Proto je potřeba, nastavit co nejlepší pracovní podmínky nelékařskému personálu, aby byli schopni zvládat a eliminovat stresové zátěže. Zabránit úbytku nelékařů, můžeme jediné tehdy, budeme-li z velké části kompenzovat náročnost tohoto povolání. Waters (2010) ve svém článku popisuje fyzickou zátěž zdravotníků a také to, že nadměrné přetěžování sester může vést k vysokému počtu výskytu muskuloskeletárních poruch, které následně vedou ke snížení kvality poskytované péče. Čímž dokazuje, že to není jen o psychické zátěži, ale také o té fyzické.

V současnosti se MZČR vytvořilo projekt, na základě, kterého vzniklo metodické doporučení pro poskytování psychosociální podpory ve zdravotnictví. Tyto doporučené postupy poskytují ucelené informace o zdravotnické intervenční službě a o peerech pod hlavičkou SPIS. Zprávu o tom napsala na stránkách ministerstva zdravotnictví Štěpánková (2019). Výstupem tohoto šetření je jakési doporučení do praxe pro personál a management zdravotnického zařízení. Ve zdravotnictví se musí všichni neustále vzdělávat a získávat nové informace a zkušenosti, jen takto umíme předcházet a eliminovat rizika, které nás touto profesí provází. Výsledky této práce mohou být inspirací v problematice psychosomatické zátěže nelékařského zdravotnického personálu.

Literatura

ASPECTIO RESEARCH. BOZP. *Stres na pracovišti a jeho specifika v odvětví zdravotnictví* [online]. 2013, s. 19. [cit. 21. 1. 2022]. Dostupné z: http://bidi.monitorovani.eu/otevri_soubor.php?id=85.

BILAVČÍKOVÁ, P. a KARAFIÁTOVÁ, M. *Jak vnímají sestry pracovní podmínky a psychosociální zátěž* [online]. Praha: Zdraví.euro.cz, 2010. [cit. 21. 6. 2020]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/jak-vnimaji-sestry-pracovni-podminky-a-psychosocialni-zatez-454233>.

DEBSKA, G. et al. Psychometric properties assessment of the Meister questionnaire (Polish version) used in evaluating mental load among nurses. *Medycyna pracy* [online]. 2013. [cit. 18. 2. 2020]. ISSN 2353-1339. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24261248>.

HECZKOVÁ, J. *Kompetence sester při podávání léčivých přípravků na pracovištích intenzivní péče* [online]. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta: 2018. [cit. 17. 1. 2022]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/s40x4m/>.

KHSHKR. *Hodnocení psychické zátěže při práci: Meisterův dotazník* [online]. Krajská hygienická stanice Královéhradeckého kraje, 2015. [cit. 8. 11. 2021]. Dostupné z: http://www.khshk.cz/elearning/kurs5/1_hodnocen_psychick_zte_pi_praci__meister_v_dotaznik_.html.

KOUTNÁ, P. *Stres jako rizikový faktor v práci sester příjmových ambulancí* [online]. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií: 2013 [cit. 21. 6. 2020]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/olqe9z/>.

KRATOCHVÍLOVÁ, H. *Psychická a fyzická zátěž všeobecných sester* [online]. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta: 2017, s. 93. [cit. 21. 1. 2022]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/doyg96/>.

KRUCINOVÁ, P. *Psychická náročnost profese všeobecné sestry*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií: 2011. 87 s. Bakalářská práce.

KŘEPELKOVÁ, G. *Syndrom vyhoření u všeobecných sester pečujících o pacienty s Alzheimerovou demencí*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd: 2014. 89 s. Diplomová práce.

MAZOUCH, P. et al. *Na všeobecnou sestru by měl studovat dvojnásobek lidí* [online]. Praha: Medical Tribune, 2021. [cit. 17. 2. 2020]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/zdravotnictvi/na-vseobecnou-sestru-by-mel-studovat-dvojnásobek-lidi/>.

MZČR. *Druhy zdravotní péče* [online]. 2012. [cit. 21. 6. 2020]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Cizinci/obsah/druhy-zdravotni-pecce_2627_22.html.

MZČR. *Koncepce ošetřovatelství* [online]. Věstník č. 9/2004, s. 2. Praha: 2004. [cit. 17. 2. 2021]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/vestnik/vestnik-9-2004/>.

NĚMCOVÁ, J. *Nemocnicím chybí přes tisíc sester a stovky lékařů. Podívejte se, jak je na tom ta vaše* [online]. Praha: iRozhlas, únor 2020. [cit. 21. 6. 2021]. Dostupné z: https://www.irozhlas.cz/zpravy-domov/nemocnice-kde-chybi-sestry-lekari_2002210600_pek.

SEMECKÁ, B. *Míra ošetřovatelské zátěže na úrazové ambulanci* [online]. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta: 2014. [cit. 21. 6. 2020]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/uj9pos/12405265>.

SCHMOELLER, R. et al. Nursing workloads and working conditions: integrative review. *Revista gaúcha de enfermagem* [online]. 2011. [cit. 21. 6. 2020]. ISSN 1983-1447. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21988000>.

ŠEBLOVÁ, J. et al. *Pandemie SARS-COV-2 a její dopady na psychické zdraví poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb* [online]. Vědecký sekretář Společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP, 2020. [cit. 17. 2. 2021]. Dostupné z: <http://www.pneumologie.cz/novinka/1806/studie-heroes-dopady-pandemie-na-psychicke-zdravi-poskytovatelu-zdravotnich-a-socialnich-sluzeb/>.

ŠTĚPANYOVÁ, G. *Ministerstvo zdravotnictví zavádí psychosociální podporu zdravotníkům* [online]. 2019. [cit. 17. 2. 2020]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/ministerstvo-zdravotnictvi-zavadi-psycho-socialni-podporu-zdravotnikum/>.

TICHÁ, N. *Syndrom vyhoření u nelékařských zdravotnických profesí* [online]. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií: 2020. [cit. 26. 1. 2021]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/pxex0m/>.

TEJKLOVÁ, J. *Odolnost vůči stresu všeobecných sester* [online]. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií: 2021. [cit. 17. 1. 2022]. Dostupné z: https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/78732/TejklovaJ_OdolnostStresu_EH_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

VEVERKOVÁ, L. a BEJVANČICKÁ, P. Determinanty ovlivňující psychickou a fyzickou zátěž všeobecných sester na ortopedické klinice. *Odborný časopis Florence* [online]. 2019. [cit. 17. 1. 2022]. ISSN 1801-464X. Dostupné z: <https://www.florence.cz/odborne-clanky/florence-plus/determinanty-ovlivnujici-psychickou-a-fyzickou-zatez-vseobecnych-sester-na-ortopedicke-klinice/>.

WATERS, T. R. Introduction to ergonomics for healthcare workers. *Rehabilitation Nursing* [online]. 2010, vol. 35, no. 5, p. 185–191. [cit. 21. 6. 2020]. ISSN 2048-7940. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/j.20487940.2010.tb00050.x/abstract?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false>.

YI, J. et al. A Key Factor for Psychosomatic Burden of Frontline Medical Staff: Occupational Pressure During the COVID-19 Pandemic in China. *Frontiers in psychiatry* [online]. 2021. [cit. 17. 1. 2022]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33536948/>.

YUAN, S. C. et al. Influences of shift work on fatigue among nurses. *Journal of nursing management* [online]. 2011, vol. 19, no. 3, p. 339–345. [cit. 21. 6. 2020]. ISSN 1365-2834. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/j.20487940.2010.tb00046.x/abstract?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false>.

ZÁKONY PRO LIDI. *Nařízení vlády č. 361/2007 Sb.* [online]. Praha, 2007. [cit. 17. 2. 2021]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2007-361>.

ZHANG, X. et al. Occupational Stress and Mental Health: A Comparison Between Frontline Medical Staff and Non-frontline Medical Staff During the 2019 Novel Coronavirus Disease Outbreak. *Frontiers in psychiatry* [online]. 2020. [cit. 17. 1. 2022]. ISSN 1664-0640. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33424651/>.

ŽÍDKOVÁ, Z. *Využití dotazníků k hodnocení psychické zátěže při práci* [online]. Brno: České pracovní lékařství, 2002. [cit. 17. 2. 2021]. Dostupné z: https://zdenka-zidkova-psvz.webnode.cz/_files/200000014-5ab3e5ca72/vyuzdotaz.pdf.

Kontakt

PhDr. Hana Hozová
Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě
Ústav nelékařských zdravotnických studií
Bezručovo nám. 885/14, 746 01 Opava, Česká republika
hana.hozova@fvp.slu.cz

OTÁZKY KLINICKÉ PRAXE

KVALITA POSKYTOVANIA AMBULANTNEJ STAROSTLIVOSTI

QUALITY OF PROVISION OF AMBULATORY CARE

Mária Šupínová¹, Pavel Bartošík²

Abstrakt

Východiská: Spokojnosť pacienta s atribútmi ambulantnej starostlivosti, môže byť jedným z determinantov podmieňujúcich účasť populácie na prevencii.

Ciele: Zistiť aké je hodnotenie spokojnosti s kvalitou poskytovanej ambulantnej starostlivosti zo strany pacientov.

Metódy: Bola použitá metóda neštandardizovaného dotazníka. Prieskum bol realizovaný v ambulanciách všeobecných lekárov pre dospelých a v odborných ambulanciách rôzneho odborného zamerania v Banskobystrickom samosprávnom kraji v r. 2022. Celkovo sa do prieskumu zapojilo 103 respondentov bez ohľadu na vek, pohlavie, sociálny status a diagnózu s ktorou prišli na vyšetrenie.

Výsledky: Väčšina respondentov vyjadrila spokojnosť s odbornosťou a ľudským prístupom lekára a sestry, pričom väčšia miera spokojnosti bola vyjadrená lekárovi v porovnaní so sestrou. Najvyššia miera nespokojnosti respondentov bola zaznamenaná s objednávaním na vyšetrenie a dobou čakania na samotné vyšetrenie, s možnosťou parkovania a orientáciou v areáli zdravotníckeho zariadenia. Vyjadrenie spokojnosti pacienta s odbornosťou, záujmom a prístupom zdravotníckych pracovníkov, nesúvisí s jeho pohlavím $p > \alpha$ (0,05). Rovnako vyjadrenie spokojnosti pacientov s chodom ambulancie $p > \alpha$ (0,05). Signifikantný výsledok bol zistený v prípade súvislosti veku respondentov a hodnotenia prevádzky ambulancie. Väčšie nároky na chod a prevádzku ambulancie mali mladší pacienti p -hodnota $< \alpha$ (0,05).

Diskusia a záver: Aj napriek dlhšiemu čakaniu na termín vyšetrenia a na vyšetrenie samotné, je väčšina respondentov spokojná s odbornosťou, záujmom o pacienta a ľudským prístupom zdravotníckych pracovníkov v ambulantnej starostlivosti. Mladší pacienti majú signifikantne vyššie nároky na chod ambulancie a jej fungovanie.

Kľúčové slová

pacient, ambulancia, spokojnosť, kvalita, sestra, lekár

¹ Katedra ošetrovateľstva, Fakulta zdravotníctva SZU so sídlom Banskej Bystrici

² Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave

Abstract

Background: Patient satisfaction with ambulatory care attributes can be one of the determinants conditioning the population's participation in prevention.

Objective: To find out what is the assessment of satisfaction with the quality of outpatient care provided by patients.

Methods: A non-standardized questionnaire method was used. The survey was carried out in general practitioners' clinics for adults and in specialist clinics of various specializations in the Banská Bystrica self-governing region in 2022. A total of 103 respondents took part in the survey, regardless of age, gender, social status and diagnosis with which they came to the examination.

Results: The majority of respondents expressed satisfaction with the expertise and human approach of the doctor and nurse, with a greater degree of satisfaction expressed to the doctor compared to the nurse. The highest level of dissatisfaction among respondents was recorded with ordering an examination and waiting time for the examination itself, with the possibility of parking and orientation in the area of the medical facility. The patient's expression of satisfaction with the expertise, interest and approach of health workers is not related to his gender $p > \alpha$ (0.05). Likewise, the expression of patients' satisfaction with the operation of the clinic $p > \alpha$ (0.05). A significant result was found in the case of the connection between the age of the respondents and the evaluation of the clinic's operation. Younger patients had greater demands on running and operating the ambulance, $p\text{-value} < \alpha$ (0.05).

Discussion and conclusion: Despite the longer wait for the examination date and the examination itself, the majority of respondents are satisfied with the expertise, interest in the patient and the humane approach of healthcare workers in ambulatory care. Younger patients have significantly higher demands on the operation of the clinic and its functioning.

Keywords

patient, clinic, satisfaction, quality, nurse, doctor

ÚVOD

Zdravotníctvo je súbor opatrení, postupov a zariadení, ktoré vytvárajú pre obyvateľstvo systém organizácie dostupnej zdravotnej starostlivosti (Charakteristika zdravotníctva, 2019). Ambulancia je prevádzkový útvar, určený na poskytovanie zdravotnej starostlivosti, ktorá nevyžaduje pobyt pacienta na lôžku. Ambulantnú starostlivosti je možné poskytovať

aj v domácom alebo inom prirodzenom prostredí pacienta. V rámci ambulantnej starostlivosti sa taktiež poskytuje ambulantná pohotovostná služba (Vestník, 2019). Hlavným zámerom zdravotníckych zariadení je poskytovať kvalitnú zdravotnú starostlivosť. Meranie spokojnosti je dôležitým zdrojom spätnej väzby, ktorá slúži ako kontrolný mechanizmus naplňovania požiadaviek pacienta. Spokojnosť zákazníka determinujú subjektívne a objektívne faktory.

Systém kvality v zdravotníctve je možné definovať ako súhrn štruktúry organizácie, jednotlivých zodpovedností, procedúr, procesov a zdrojov, ktoré sú potrebné k sústavnému zlepšovaniu kvality zdravotníckych služieb (Kovaľová, 2015). Ich konečným cieľom je zlepšovanie zdravotného stavu, zvyšovanie kvality života a spokojnosť obyvateľov, ktorým je starostlivosť poskytovaná. Systém kvality tak zahŕňa celý proces tvorby postupov, zberu informácií, stanovenie štandardov a hodnotenia výsledkov toho, čo v zdravotníctve organizujeme ako zdravotnú starostlivosť a zdravotnícke služby (Gladkij, 2003).

Povinnosť zavádzať systém kvality je zakotvená v legislatíve mnohých krajín EÚ. Zároveň sú však stanovené kritéria ich hodnotenia a zavádzania. Čím naliehavejšie sú legislatívne požiadavky, tým skôr poskytovatelia zdravotnej starostlivosti zavádzajú a rozvíjajú systémy kvality (Kostičová a Badalík, 2009).

Zakotvenie systému kvality u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v legislatíve má svoje opodstatnenie, účel ktorý sa tým sleduje. Zvýšenie kvality zdravia a života ako aj spokojnosti pacientov sa dosiahne len vtedy, ak sa potrebné kroky budú realizovať systematicky. Pri tvorbe zákonov sa bude vychádzať z medzinárodných skúseností a bude sa postupovať podľa osvedčených modelov systémov manažérstva kvality.

Svetová zdravotnícka organizácia (WHO/SZO) definuje kvalitu zdravotníctva, ako súhrn výsledkov dosiahnutých v prevencii, diagnostike a liečbe, určených potrebami obyvateľstva na základe poznatkov lekárskeho vied a prax (Madar et al., 2004). Na Slovensku nie je doposiaľ vytvorený komplexný a ucelený systém hodnotenia kvality zdravotnej starostlivosti, a ani spôsob merania spokojnosti pacientov so zdravotnou starostlivosťou. ZP sú povinné zverejňovať indikátory kvality, ktoré slúžia na hodnotenie vybraných oblastí poskytovania ZS (dostupnosť, účinnosť a primeranosť ZS, efektívnosť využitia zdrojov, spokojnosť pacientov, výsledky ZS) (Kostičová a Badalík, 2009).

CIEĽ

Zistiť aké je hodnotenie spokojnosti s kvalitou poskytovanej ambulantnej starostlivosti zo strany pacientov.

Čiastkové ciele prieskumu:

1. Zistiť ako pacienti hodnotia časový manažment poskytovanej ambulantnej starostlivosti.
2. Zistiť ako pacienti hodnotia spokojnosť s prístupom lekára a sestry v ambulantnej starostlivosti,
3. Zistiť ako pacienti hodnotia spokojnosť s ambulanciou a infraštruktúrou nemocnice.

METÓDA

Na zber empirických údajov bola použitá dotazníková metóda, použitím neštandardizovaného dotazníka podľa Stalmašekovej (2019). Výhodou tejto metódy bola možnosť získania väčšieho množstva dát za pomerne krátky časový úsek. Výhoda bola taktiež vylúčenie možnosti chybného zaznamenania informácií ďalšou osobou na základe nepochopeného zadania.

Dotazník obsahuje demografické údaje respondentov (pohlavie, vek), typ navštívenej ambulancie a 7 otázok zameraných na subjektívne posúdenie vnímania kvality poskytovanej ambulantnej starostlivosti pacientom.

Prieskumné otázky:

1. Ako dlho ste čakali na vyšetrenie? (od 30 minút do viac ako 2 hodín).
2. Objednali ste sa na vyšetrenie vopred? (áno, nie).
3. Bol pri objednaní vopred dodržaný čas objednania (tolerancia 15 minút)? (áno, nie).
4. Za ako dlho od objednania ste dostali termín v ambulancii? (od 3 týždňov do viac ako 3 mesiace).
5. Vyjadrite svoju spokojnosť s lekárom v ambulancií (od veľmi spokojný po veľmi nespokojný).
6. Vyjadrite svoju spokojnosť so sestrou v ambulancií (od veľmi spokojný po veľmi nespokojný).
7. Vyjadrite svoju spokojnosť s ambulanciou (od veľmi spokojný po veľmi nespokojný).
8. Vyjadrite svoju spokojnosť s infraštruktúrou polikliniky/nemocnice (od veľmi spokojný po veľmi nespokojný).
9. Posledná otázka je otvorená, na vyjadrenie pripomienok, podnetov a návrhov.

Prieskumný súbor: Prieskum bol realizovaný v ambulanciách VLPD (všeobecných lekárov pre dospelých) a v odborných ambulanciách rôzneho odborného zamerania v Banskobystrickom samosprávnom kraji.

Predmetom výskumu boli pacienti, ktorí v týchto ambulanciách boli vyšetřovaní od júla do decembra 2022. Celkovo sa do prieskumu zapojilo 103 respondentov bez ohľadu na vek, pohlavie, sociálny status a diagnózu s ktorou prišli na vyšetřenie. Boli oslovení priamo v čakárňach príslušných ambulancií.

VÝSLEDKY

Zloženie súboru je uvedené v tab. 1.

Tab. 1 Prehľad demografických údajov respondentov

Počet respondentov	Ženy		Muži		Spolu
	54	52,43%	49	47,57%	103
Priemerný vek všetkých respondentov	40,23 rokov				

Tab. 2 Typ navštívenej ambulancie

Typ navštívenej ambulancie	Odborná:		Všeobecný lekár:	
	67	65,05 %	36	34,95 %
	Súkromná		Štátna	
Typ navštívenej ambulancie	48	46,60 %	55	53,40 %

Oslovených respondentov bolo zastihnutých častejšie v štátnych (53,40 %) a odborných ambulanciách (65,05 %). Prehľad je uvedený v tab. 2.

Tab. 3 Prehľad dĺžky čakania na vyšetrenie

1.ot. Ako dlho ste čakali na vyšetrenie?	Do 30 min.	Viac ako 30 min.	Viac ako 1 hod.	Viac ako 2 hod.	
	26/25,24 %	30/28,13 %	22/21,36 %	25/24,27 %	
2. ot. Objednali ste sa na vyšetrenie vopred?	Áno	Nie			
	57/55,34 %	46/44,66 %			
3. ot. Bol pri objednaní vopred, dodržaný čas?	Áno	Nie	Odpov.	Neodpov.	
	32/31,07 %	28/27,18 %	60/58,25 %	43/41,75 %	
3/1. ot. Za ako dlho od objednania ste dostali termín v amb.?	Do 3 týždňov	1 mesiac a viac	2 mes. a viac	3 mes. a viac	Neodpov.
	16/15,53 %	18/17,48 %	11/10,68 %	15/14,56 %	43/41,75 %

Dĺžka čakania na vyšetrenie nepochybne ovplyvňuje spokojnosť s poskytovanou ambulantnou starostlivosťou. V tab. 3 sú odpovede respondentov na otázky spojené s dĺžkou čakania na vyšetrenie.

Tab. 4 Hodnotenie lekára

4. ot. Vyjadrite svoju spokojnosť s lekárom v ambulancii	Odbornosť	Záujem o pacienta	Ľudský prístup
Veľmi spokojných	34/33,01 %	28/27,18 %	32/31,07 %
Spokojných	47/45,63 %	43/41,75 %	41/39,81 %
Priemerne spokojných	15/14,56 %	22/21,36 %	18/17,48 %
Nespokojných	6/5,83 %	6/5,83 %	7/6,80 %
Veľmi nespokojných	1/0,97 %	4/3,88 %	5/4,85 %

Pri hodnotení lekára poskytujúceho ošetrovanie, bola väčšina respondentov spokojná. Najvyššiu mieru spokojnosti vyjadrili respondenti v oblasti hodnotenia odbornosti lekára spolu až 81 %. Podrobné výsledky hodnotenia lekára uvádza tab. 4.

Tab. 5 Hodnotenie sestry

5. Ot. Vyjadrite svoju spokojnosť so sestrou v ambulancii	Ľudský prístup	Odbornosť/šikovnosť	Organizácia chodu ambulancie
Veľmi spokojných	49/47,57 %	40/38,83 %	34/33,01 %
Spokojných	23/22,33 %	31/30,10 %	25/24,27 %
Priemerne spokojných	8/7,77 %	13/12,62 %	21/20,39 %
Nespokojných	22/21,36 %	17/16,50 %	20/19,42 %
Veľmi nespokojných	1/0,97 %	2/1,94 %	3/2,91 %

Aj pri hodnotení sestry v ambulantnej starostlivosti, bola väčšina respondentov spokojná, aj keď mierne vyšší podiel respondentov uviedlo nespokojnosť s hodnotením sestry v oblasti ľudského prístupu než v prípade lekára a organizácie chodu ambulancie. Podrobné výsledky hodnotenia sestry uvádza tab. 5.

Tab. 6 Spokojnosť s úrovňou ambulancie

6.Ot. Vyjadrite svoju spokojnosť s ambulanciou	Čistota ambulancie	Čistota čakárne	Vybavenie ambulancie	Vybavenie čakárne	Systém objednávaní	Ordinačné hodiny
Veľmi spokojných	29/ 28,16 %	19/ 18,45 %	32/ 31,07 %	15/1 4,56 %	23/ 22,33 %	22/ 21,36 %
Spokojných	52/ 50,49 %	49/ 47,57 %	39/ 37,86 %	42/ 40,78 %	26/ 25,24 %	35/ 33,98 %
Priemerne spokojných	17/ 16,50 %	28/ 27,18 %	24/ 23,30 %	31/ 30,10 %	25/ 24,27 %	19/ 18,45 %
Nespokojných	4/ 3,88 %	6/ 5,83 %	7/ 6,80 %	14/ 13,59 %	22/ 21,36 %	17/ 16,50 %
Veľmi nespokojných	1/ 0,97 %	1/ 0,97 %	1/ 0,97 %	1/ 0,97 %	7/ 6,80 %	10/ 9,71 %

Najvyššiu mieru spokojnosti vyslovili respondenti s hodnotením čistoty ambulancie a čakárne a vybavením ambulancie a čakárne. Najvyššiu mieru nespokojnosti vyjadrili respondenti v hodnotení systému objednávaní a ordinačných hodín. Výsledky sú uvedené v tab. 6.

Tab. 7 Hodnotenie infraštruktúry polikliniky – nemocnice

7. Ot. Vyjadri- te svoju spokojnosť s infraštruk- túrou Nemocnice – polikl.	Čistota priestorov	Čistota areálu	Možnosti parkovanie	Orientácia v areáli	Bezbariérový prístup	Možnosti občerstvenia
Veľmi spokojných	10/ 9,71 %	7/ 6,80 %	6/ 5,83 %	7/ 6,80 %	13/ 12,62 %	15/ 14,45 %
Spokojných	45/ 43,69 %	33/ 32,04 %	10/ 9,71 %	20/ 19,42 %	29/ 28,16 %	34/ 33,01 %
Priemerne spokojných	32/ 31,07 %	36/ 34,95 %	13/ 12,62 %	30/ 29,13 %	35/ 33,98 %	21/ 20,39 %
Nespokojných	12/ 11,65 %	17/ 16,50 %	20/ 19,42 %	24/ 23,30 %	16/ 15,53 %	18/ 17,48 %
Veľmi nespokojných	4/ 3,88 %	10/ 9,71 %	54/ 52,43 %	22/ 21,36 %	10/ 9,71 %	15/ 14,56 %

V rámci hodnotenia kvality polikliniky, resp. nemocnice, hodnotili respondenti čistotu priestorov, čistotu areálu, možnosti parkovania v blízkosti nemocnice, orientáciu v areáli nemocnice, bezbariérový prístup, ale aj možnosti občerstvenia v priebehu poskytovania zdravotnej starostlivosti. Najvyššie hodnotenou oblasťou bola čistota priestorov nemocnice a areálu nemocnice, nasledovalo hodnotenie možností občerstvenia a bezbariérový prístup. Najhoršie hodnotenou oblasťou bola možnosť parkovania v blízkosti areálu a orientáciu v areáli ktoré možnosťou nespokojný a veľmi nespokojný označilo 120 respondentov.

V tabuľke so slovným vyjadrením, kde pacienti mohli vyjadriť vlastné pripomienky, podnety a návrhy sa pripomienky týkali úprav parkovísk a všeobecne problémom s parkovaním. Štatistickou analýzou sme zisťovali, či celková spokojnosť pacienta s odbornosťou, záujmom a prístupom zdravotníckych pracovníkov, súvisí s pohlavím pacientov.

Spokojnosť pacienta s odbornosťou, záujmom a prístupom zdravotníckych pracovníkov, nezávisí od pohlavia $p = 0,561398633 > \alpha (0,05)$.

Zisťovali sme či hodnotenie spokojnosti pacientov s odbornosťou, záujmom a prístupom zdravotníckych pracovníkov súvisí s vekom respondentov.

Spokojnosť pacienta s odbornosťou, záujmom a prístupom zdravotníckych pracovníkov nezávisí od veku $p = 0,991380031 > \alpha (0,05)$.

Z výsledkov vyplýva, že pacienti hodnotia odbornosť lekára a sestry ako aj prístup k nim rovnako, bez ohľadu na ich vek.

Štatistickými procedúrami sme overovali aj závislosť spokojnosti pacientov s chodom ambulancie, jej fungovaním a ich pohlavím.

Spokojnosť pacienta s chodom ambulancie, jej fungovaním, nezávisí od pohlavia $p = 0,152121679 > \alpha (0,05)$.

Štatistickými procedúrami sme overovali aj súvislosť spokojnosti pacientov s chodom a fungovaním ambulancie a ich vekom.

Spokojnosť pacienta s chodom a fungovaním ambulancie signifikantne súvisí s ich vekom; $p = 0,0000003 < \alpha (0,05)$ pričom väčšie nároky mali mladší pacienti.

DISKUSIA

Pacient nehodnotí kvalitu zdravotnej starostlivosti len na základe správania zdravotníckeho personálu a zlepšenia zdravotného stavu. Jeho spokojnosť ovplyvňuje vo väčšej alebo menšej miere celý rad faktorov. Formovanie jeho spokojnosti začína už pri ceste do nemocnice. Podľa Jakušovej (2010), kvalita služieb z pohľadu pacienta vyjadruje, čo očakáva pacient od služieb.

Poghosyan et al. (2018), zdôrazňuje význam prostredia ambulantnej praxe, ktoré vedie k lepšiemu poskytovaniu zdravotnej starostlivosti chronicky chorým pacientom.

Oslovení respondenti v nami realizovanom prieskume (tab.1), boli častejšie zastihnutí v štátnych a odborných ambulanciách. Prehľad je uvedený v tab. 2.

Dĺžka čakania na vyšetrenie nepochybne ovplyvňuje spokojnosť s poskytovanou ambulantnou starostlivosťou. Vysoká čakacia doba na vyšetrenie negatívne ovplyvňuje spokojnosť pacientov v ambulantnej starostlivosti aj v štúdií realizovanej Yan, Yao a Zhao (2021). V tab. 3 sú odpovede našich respondentov na otázky spojené s dĺžkou čakania na vyšetrenie. Aj keď je dobre známe, že dlhšie čakacie doby sú negatívne spojené so skóre spokojnosti pacientov u klinických poskytovateľov, výsledky štúdie realizovanej Bleusteinom et al. (2014) ukázali, že aj dôvera pacienta k poskytovateľovi starostlivosti a vnímaná kvalita starostlivosti, negatívne koreluje s dlhšími čakacími dobami.

Kvalita poskytovanej ambulantnej starostlivosti je pacientmi vnímaná aj cez úroveň odbornosti lekára a sestry, vyjadrená vzdelanosťou (Aloh et al., 2020). Pri hodnotení lekára poskytujúceho ošetrovanie, bola väčšina našich respondentov spokojná. Najvyššiu mieru spokojnosti s lekárom vyjadrili respondenti v oblasti hodnotenia odbornosti. Podrobné výsledky hodnotenia lekára uvádza tab. 4. Zo štatistickej analýzy výsledkov vyplýva, že pacienti hodnotia odbornosť lekára a sestry ako aj prístup k nim rovnako, bez ohľadu na pohlavie a vek.

Aj pri hodnotení sestry v ambulantnej starostlivosti, bola väčšina respondentov spokojná. Vyšší podiel respondentov uviedlo nespokojnosť s hodnotením sestry v oblasti ľudského prístupu a jej organizovaním chodu ambulancie (tab. 5). Ľudský prístup a komunikácia s pacientom je veľmi dôležitá aj podľa Vermeira et al. (2015). Podľa nich zlá komunikácia môže viesť k rôznym negatívnym výsledkom: prerušeniu starostlivosti, ohrozeniu bezpečnosti pacienta a nespokojnosti pacienta.

Najvyššiu mieru spokojnosti vyslovili respondenti s hodnotením čistoty ambulancie a čakárne a vybavením ambulancie a čakárne. Najvyššiu mieru nespokojnosti vyjadrili respondenti v hodnotení systému objednávaní a ordinačných hodín (tab. 6). Lepšie pochopenie všetkých atribútov kvality v zdravotníckych systémoch a ich vzájomných vzťahov by mohlo podporiť rozšírenie prístupu k základným zdravotným zásahom (Hanefeld, Powell-Jackson a Balabanova, 2017).

V rámci hodnotenia kvality polikliniky, resp. nemocnice, hodnotili respondenti čistotu priestorov, čistotu areálu, možnosti parkovania v blízkosti nemocnice, orientáciu v areáli nemocnice, bezbariérový prístup, ale aj možnosti občerstvenia v priebehu poskytovania zdravotnej starostlivosti. Najvyššie hodnotenou oblasťou bola čistota priestorov nemocnice a areálu nemocnice, nasledovalo hodnotenie možností občerstvenia a bezbariérový prístup. Najhoršie hodnotenou oblasťou bola možnosť parkovania v blízkosti areálu a orientáciu v areáli. Z výsledkov štúdie realizovanej Baranskou et al. (2022) vyplýva, že ženy celkovo hodnotia ambulancie pozitívnejšie. Navyše, čím vyšší bol vek účastníkov štúdie, tým nižšie bolo celkové hodnotenie kliniky. Ďalšia analýza ukázala, že respondenti v lepšej finančnej situácii a s vyšším vzdelaním hodnotili kliniky priaznivejšie.

V nami realizovanom prieskume závislosť spokojnosti pacientov s chodom ambulancie a jej fungovaním nesúvisí s ich pohlavím, avšak signifikantne súvisí s ich vekom, pričom väčšie nároky mali mladší pacienti.

V tabuľke so slovným vyjadrením, kde pacienti mohli vyjadriť vlastné pripomienky, podnety a návrhy sa pripomienky týkali úprav parkovísk a všeobecne problémov s parkovaním.

ZÁVER

Kvalita zdravotnej starostlivosti je ťažko merateľný a do určitej miery subjektívny parameter. Definície a prístupy k meraniu kvality zdravotnej starostlivosti často neriešia zložitosť spojené s pochopením kvality starostlivosti. Je to skôr vnímanie kvality ako klinické ukazovatele kvality, ktoré riadia využitie služieb a sú nevyhnutné pre zvyšovanie dopytu. Prieskumy spokojnosti pacientov si v posledných rokoch získali väčšiu pozornosť ako zmysluplné a nevyhnutné zdroje informácií na identifikáciu nedostatkov a vypracovanie efektívneho akčného plánu na zlepšenie kvality v zdravotníckych organizáciách. Oslovených respondentov, konzumentov ambulantnej starostlivosti, najviac trápia dlhé čakacie doby na termín vyšetrenia, ako aj na samotné vyšetrenie, mierna nespokojnosť bola prejavovaná aj s úrovňou prístupu zdravotníckych pracovníkov, ale aj s problémami s parkovaním v blízkosti ambulancie.

Spokojnosť pacienta je kľúčovým faktorom pri zvyšovaní kvality zdravotnej starostlivosti. Je preto vhodné, aby poskytovatelia zdravotníckych služieb monitorovali kvalitu zdravotnej starostlivosti aj prostredníctvom prieskumov ktorú poskytujú, obraz vnímania kvality pacientom, s cieľom jej kontinuálneho zlepšovania.

Literatúra

ALOH, H. E. et al. Impact of socioeconomic status on patient experience on quality of care for ambulatory healthcare services in tertiary hospitals in Southeast Nigeria. *BMC Health Services Research* [online]. 2020, vol. 20, no. 1, 473. ISSN 1472-6963. DOI: 10.1186/s12913-020-05332-0.

BARAŇSKA, A. et al. Assessment of the Level of Satisfaction with Medical Care of Patients Treated in Osteoporosis Clinics as an Indicator of the Quality of Medical Care. *International journal of environmental research and public health* [online]. 2022, vol. 19, no. 12, 7343. ISSN 1660-4601. DOI: 10.3390/ijerph19127343.

BLEUSTEIN, C. et al. Wait times, patient satisfaction scores, and the perception of care. *The American journal of managed care* [online]. 2014, vol. 20, no. 5, p. 393–400. ISSN 1088-0224.

GLADKIJ, I. et al. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-996-8.

HANEFELD, J., POWELL-JACKSON, T. and BALABANOVA, D. Understanding and measuring quality of care: dealing with complexity. *Bulletin of the World Health Organization* [online]. 2017, vol. 95, no. 5, p. 368–374. ISSN 1564-0604. DOI: 10.2471/BLT.16.179309.

Charakteristika zdravotníctva [online]. [cit. 1. 2. 2019]. Dostupné z: <https://bit.ly/2VH6gCv>.

JAKUŠOVÁ, V. *Základy zdravotníckeho manažmentu*. Martin: Osveta, 2010. ISBN 978-80-8063-347-9.

KOSTIČOVÁ, M. a BADALÍK, L. Zabezpečovanie kvality zdravotnej starostlivosti na Slovensku: Quality assurance in health care in Slovakia. *Lekársky obzor: odborný časopis Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky a Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave*. 2009, roč. 58, č. 3, s. 121–126. ISSN 0457-4214.

KOVALOVÁ, M. Špecifické prvky kvality v zdravotnej starostlivosti. *Prohuman* [online]. 2015. ISSN 1338-1415. Dostupné z: <https://bit.ly/2w0qwj5>.

MADAR, J. et al. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0585-0.

POGHOSYAN, L. et al. Nurse Practitioner Practice Environments in Primary Care and Quality of Care for Chronic Diseases. *Medical care* [online]. 2018, vol. 56, no. 9, p. 791–797. ISSN 1537-1948. DOI: 10.1097/MLR.0000000000000961.

STALMAŠEKOVÁ, N. *Manažment kvality vo vybranom sektore služieb*. Dizertačná práca. Žilina: Žilinská univerzita v Žiline, Fakulta prevádzky a ekonomiky dopravy a spojov: 2019.

VERMEIR, P. et al. Communication in healthcare: a narrative review of the literature and practical recommendations. *International journal of clinical practice* [online]. 2015, vol. 69, no. 11, p. 1257–67. ISSN 1742-1241. DOI: 10.1111/ijcp.12686.

VESTNÍK MZSR. Čiastka 1–3; 1. februára 2019, roč. 67, §3.

YAN, J., YAO, J. and ZHAO, D. Patient satisfaction with outpatient care in China: a comparison of public secondary and tertiary hospitals. *International journal for quality in health care* [online]. 2021, vol. 33, no. 1. ISSN 1464-3677. DOI: 10.1093/intqhc/mzab003.

Kontakt

prof. PhDr. Mária Šupínová, PhD.
Fakulta zdravotníctva SZU so sídlom Banskej Bystrici
Katedra ošetrovateľstva
Sládkovičova 21, 974 05 Banská Bystrica, Slovenská republika
maria.supinova@szu.sk

MALNUTRÍCIA AKO OŠETROVATEĽSKÝ PROBLÉM U ONKOLOGICKÉHO PACIENTA

MALNUTRITION AS A NURSING PROBLEM IN ONCOLOGICAL PATIENTS

Mária Novysedláková¹, Anna Herinková², Katarína Zrubáková¹

Abstrakt

Úvod: U pacientov s onkologickým ochorením sú poruchy výživy rizikovým faktorom, ktoré komplikujú protinádorovú liečbu a výrazne skracujú prežívanie pacientov. V praxi je kľúčovou podmienkou úspechu posúdenie stavu výživy a včasná nutričná intervencia.

Ciel: Hlavným cieľom príspevku je objasniť postupy ošetrovateľských intervencií pri zabezpečení výživy pacienta s malnutríciou.

Metódy: Hlavnou metódou je prípadová štúdia (case study). Výber respondenta bol zámerný. Kritériami výberu boli: pacient s onkologickou diagnózou a malnutríciou, ochotný spolupracovať. Do štúdie sme zaradili 68 ročného pacienta s karcinómom pažeráka. Pacient nám poskytol informácie o svojom zdravotnom stave dobrovoľne a súhlasil s ich spracovaním.

Výsledky: Na základe nutričnej anamnézy, antropometrických meraní a laboratórnych vyšetrení bol nutričný stav pacienta vyhodnotený ako malnutrícia. V priebehu štyroch mesiacov sme ordinovanými nutričnými intervenciami – podávaním diéty č.1, tekutín, a nutridrinkov 6 až 8 denne cez perkutánnu endoskopickú gastrostómiu zabezpečovali uspokojovanie potreby výživy u pacienta. Telesnú hmotnosť pacienta sa nám podarilo stabilizovať na hodnote 65–62 kg za sledované obdobie 4 mesiacov.

Záver: Malnutrícia je najčastejšou sprievodnou diagnózou u onkologických pacientov. Napriek nutričným intervenciám sa stav výživy pacienta zhoršil a po 4 mesiacoch javil známky nádorovej kachexie, čo potvrdili laboratórne parametre.

Kľúčové slová

Malnutrícia, hodnotiace nástroje, nutričné intervencie, PEG

¹ Katedra ošetrovateľstva, Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku

² Klinika radiačnej a klinickej onkológie, Ústredná vojenská nemocnica SNP v Ružomberku – FN

Abstract

Introduction: In patients with oncological disease are nutritional disorders a risk factor, which complicate anti-tumor treatment and significantly shorten the survival of patients. In practice, the key condition for success is the assessment of the nutritional status and early nutritional intervention.

Objective: The main objective of the paper is explain the procedures of nursing interventions in ensuring the nutrition of a malnourished patient.

Methods: The main method is a case study. The choice of the respondent was deliberate. These selection criteria were: a patient with an oncological diagnosis and malnutrition, willing to cooperate. We included a 68-year-old patient with esophageal cancer in the study. The patient provided us with information about his health condition voluntarily and agreed to its processing.

Results: Based on nutritional anamnesis, anthropometric measurements and laboratory tests, the patient's nutritional status was evaluated as malnutrition. Over the course of five months, we ensured that the patient's nutritional needs were met through a percutaneous endoscopic gastrostomy through prescribed nutritional interventions – administration of diet No. 1 and, liquids, 6 to 8 nutridrinks per day. We managed to measure the patient's body weight stabilize at a value of 65-62 kg for the monitored period of 4 months.

Conclusion: Malnutrition is the most common accompanying diagnosis in oncology patients. Despite nutritional interventions with the nutritional status of the patient worsened and after 4 months showed signs of tumor cachexia, which was confirmed by laboratory parameters.

Keywords

Malnutrition, assessment tools, nutritional interventions, percutaneous endoscopic gastrostomy

ÚVOD

Onkologické ochorenie je systémové ochorenie s poruchami energetického výdaja z dôvodu zmeneného metabolizmu cukrov, tukov a bielkovín. Metabolické zmeny u onkologicky chorého sú príčinou zníženého príjmu potravy, ale spoločne s chirurgickými, rádioterapeutickými a chemoterapeutickými liečebnými postupmi i zvýšeného rozvoja nežiaducich komplikácií (Detvay a Čechová, 2008).

Malnutrícia je definovaná ako zhoršený stav výživy. Môže sa rozvinúť vplyvom nedostatku energetických zásob organizmu, zníženým množstvom bielkovín, nedostatkom vitamínov,

alebo stopových prvkov. Hlavné príčiny sú nedostatočný príjem živín, maldigescia, alebo malabsorpcia, či zvýšené nároky organizmu, ktoré nie sú naplnené. Z dôvodu často sa vyskytujúceho zníženia chuti do jedla, problémom s prehĺtaním, či tráviacimi ťažkosťami, dochádza k zníženiu celkového príjmu energie a bielkovín, ktorý vedie k váhovému úbytku, strate svalovej a tukovej hmoty. Pacient je ohrozený rozvojom nádorovej kachexie (Kohout a Kotrlíková, 2009). Nádorová malnutrícia má svoj klinický obraz, ktorý sa najčastejšie prejavuje nádorovou anorexiou, progredujúcou stratou telesnej hmotnosti, celkovou telesnou slabosťou (asteniou), zlým výkonnostným stavom (performance status), psychickou depresiou, apatiou, stratou spolupráce, dezorientáciou, anémiou, zníženou kvalitou života (Magurová, Longauerová a Obročníková, 2007).

Potreba klinickej praxe zdôrazňuje skrining podvýživy pri prijatí, alebo po prvom kontakte s pacientom. Súčasťou posúdenia je pravidelnéprehodnocovanie dokumentácie perorálneho príjmu s pravidelným sledovaním hmotnosti a BMI. Prvotná diagnostika si nevyžaduje laboratorné vyšetrenia, pretože výsledky dotazníkov a antropometrických vyšetrení majú relevantnú výpovednú hodnotu o prítomnosti malnutrície, alebo rizika jej rozvoja. Pacientov v riziku malnutrície je potrebné zhodnotiť z hľadiska ohrozenia rozvoja metabolických zmien a ďalšieho znižovania energetického príjmu (Arends et al., 2017). Ak sa u pacienta prejavia známky rozvinutého katabolizmu, je laboratórna diagnostika nevyhnutná a zahŕňa komplexné laboratorné parametre (Škripeková, 2013).

Nutričné intervencie u pacientov s onkologickým ochorením:

Stanovenie nutričnej potreby:

25–35 kcal/kg telesnej hmotnosti,

1–2 g bielkovín /kg telesnej hmotnosti.

Bilancia stravy a pokrytie nutričnej potreby:

Jedálny lístok, záznam o požití stravy počas hospitalizácie, pokrytie nutričnej potreby hodnotím enterálnej i parenterálnej výživy.

Stanovenie nutričného plánu zahŕňajúceho bežnú stravu, perorálne nutričné doplnky (sipping) prípadne enterálnu výživu (sonda, gastrostómia PEG/PEJ).

Praktické opatrenia:

Zmena diéty u hospitalizovaných pacientov.

Výber vhodných potravín.

Odporučenie pitného režimu.

Odporučenie sippingu, jeho edukácia.

Edukácia v podávaní enterálnej výživy.

Edukácia o zásadach vhodného stravovacieho režimu vrátane technologickej úpravy pokrmov (Škripeková a Dzurillová, 2021; Magurová, Longauerová a Obročníková, 2007).

Pri kuratívnej liečbe je cieľom: udržať zdravú telesnú hmotnosť, zabrániť nechcenému chudnutiu, dodržať zásady správnej výživy, zlepšiť výsledný klinický stav a redukovať dĺžku hospitalizácie (Zrubáková, Herinková a Ižová, 2020).

Enterálna výživa je v praxi indikovaná pri bielkovinovo-energetickej malnutrícii, poruchách prehĺtania, mukozitídach, stenózach, ako perioperačná nutričná podpora, pri nepriechodnosti horného GIT-u, pri nádoroch krku, hlavy alebo pažeráka. Ak u pacienta predpokladáme znížený resp. nedostatočný perorálny príjem a potrebu zavedenia enterálnej sondy na dlhšiu dobu ako 4 týždne, zvažuje sa perkutánna endoskopická gastrostómia (PEG). U pacientov, ktorí sú liečení rádioterapiou a chemoterapiou je výhodné zaviesť PEG ešte pred začatím liečby, nakoľko umožňuje dokončenie liečby s menším rizikom nežiaducich účinkov a zamedzenie ďalšieho chudnutia pacienta (Škripeková, 2013).

Úprava stravy by mala pozostávať zo zvýšeného príjmu bielkovín, cukrov, tukových emulzií, vitamínov a stopových prvkov. Sestra má pacienta motivovať k samostatnému usilovaniu sa o udržanie telesnej hmotnosti. Sipping (pomalé popíjanie) je podávanie nutričných prípravkov s vysokým podielom bielkovín, tukov, sacharidov, minerálnych látok, vitamínov a stopových prvkov. V praxi je tento spôsob nutričnej intervencie najjednoduchším spôsobom enterálnej výživy. Je vhodný u pacientov, ktorí sú schopní frekvenčným popíjaním malých objemov dosiahnuť čiastočný, eventuálne úplný denný prísun živín a tekutín.

Sondová enterálna výživa pozitívne vplyva na udržanie fyziologickej črevnej mikroflóry a bariérovej funkcie čreva a stimuluje črevnú motilitu. Podáva sa do žalúdka prostredníctvom nasogastrickej sondy (NGS), alebo perkutánnej endoskopickej gastrostómie. Je aplikovaná u pacientov, ktorí majú funkčný gastrointestinálny trakt bez akýchkoľvek kontraindikácií. PEG slúži na podávanie stravy pacientov, ktorí dlhodobo nemôžu prijímať potravu ústami. V niektorých prípadoch môžu čiastočne jesť (Zrubáková, 2020).

CIEĽ

Hlavným cieľom je objasniť postupy ošetrovateľských intervencií pri zabezpečení výživy pacienta s malnutríciou.

Čiastkový cieľ: Na základe zhodnotenia stavu výživy, udržať optimálny príjem energie (bazálnu potrebu).

METÓDY

Hlavnou metódou výskumnou metódou je prípadová štúdia (case study). Prípadová štúdia je jedna zo základných výskumných metód kvalitatívneho výskumu.

Doplňujúce metódy:

Antropometrické merania: BMI, meranie obvodu ramena, meranie kožnej riasy.

Laboratórne parametre: celková bielkovina, albumín, prealbumín, transferín, CRP, triacylglyceroly, celkový cholesterol, HDL cholesterol, LDL cholesterol.

Kvalitatívne nástroje hodnotenia rizika malnutrície: Nottinghamský skrínigový systém, Nutrition Risk Screening, Mini Nutritional Assessment – shortform, nutričný skrínig.

SUBJEKT PRÍPADOVEJ ŠTÚDIE

Výber respondenta bol zámerný. Kritériami výberu bol dospelý pacient s onkologickou diagnózou, malnutríciou a ochotný spolupracovať. Do prípadovej štúdie sme zaradili 68-ročného pacienta, prijatého na onkologickú kliniku s diagnostikovaným zhubným nádorom hornej tretiny pažeráka. Pacient má zavedenú perkutánnu endoskopickú gastrostómiu. Pacient nám poskytol informácie o svojom zdravotnom stave dobrovoľne a súhlasil s ich spracovaním. Podpísal informovaný súhlas. Pacienta sme sledovali od 20. 10. 2020 do 5. 01. 2021.

ANAMNÉZA

68-ročný pacient prijatý na kliniku klinickej a radiačnej onkológie dňa 20. 10. 2020 s diagnostikovaným zhubným nádorom hornej tretiny pažeráka.

Posledné dva mesiace sa pacient sťažoval na problémy s prehĺtaním tuhej stravy a slín, neskôr aj s prehĺtaním tekutej stravy: „*Nechutí mi, som slabý. Najskôr som mal problém prehltnúť jedlo a neskôr sa mi ani voda nedala vypiť.*”

V domácom prostredí prijíma tekutú stravu 3x denne. Spôsob príjmu potravy je enterálny cez PEG, ktorý bol zavedený 30. 09. 2020. Počas dňa vypije 1000–1500 ml tekutín minerálka, čaj, voda. Nutričné doplnky neužíval. Peristaltika je fyziologická. Chrup je umelý, pery sú súmerné, bez cyanózy, jazyk povlečený belavo, orthopharynx kľudný. Krk súmerný, pohyblivosť neobmedzená, šija voľná. Lymfatické uzliny sú hmatné, zväčšené, nebolestivé. Koža je na pohmat teplá, suchá, bez cynózy anikterická bez známok krvácania – znížený turgor kože. TT: 36,5 °C, afebrilný. Je aktívny fajčiar, fajčí 45 rokov 15–20 cigariet denne. Po diagnostikovaní onkologického ochorenia zredukoval počet cigariet na 8 denne. Pacientovi bola indikovaná indukčná chemoterapia a následne konkomitantná chemoterapia s rádioterapiou. Pacient začal liečbu 20. 10. 2020 na klinike klinickej a radiačnej onkológie.

KATAMNÉZA

68-ročný pacient prijatý na kliniku klinickej a radiačnej onkológie dňa 20. 10. 2020 s diagnostikovaným zhubným nádorom hornej tretiny pažeráka. V roku 1972 bol pacientovi chirurgicky odstránený appendix. V roku 1990 bol pacient operovaný po kompresívnej zlomenine (L1, L2). Pacient je po artroskopii ľavého kolenného kĺbu operovaného v roku 2013. Trpí celiakiou, ktorá mu bola diagnostikovaná v roku 2015.

ANALÝZA

V prvý deň hospitalizácie 20. 10. 2020 sa uskutočnilo prvé stretnutie s pacientom na klinike klinickej a radiačnej onkológie. Pacient bol hospitalizovaný za účelom zahájenia indukčnej chemoterapie.

Pri prijíme získané antropometrické údaje pacienta: hodnota obvodu stredovej časti nedominantného ramena 28 cm a hrúbka kožnej riasy nad tricepsom 11 mm. Telesná hmotnosť pacienta je 65 kg, výška 167 cm, hodnota BMI: 23,3. Pacient za mesiac pred hospitalizáciou schudol náhle tri kilogramy.

Klinické prejavy prítomné na jednotlivých častiach pacientovho tela: pokožka pacienta bola suchá, bez prítomnosti cyanózy či opuchov. Sliznica dutiny ústnej bez cyanózy, jazyk belavo povlečený. Príjem tekutín 1,5 l/24 hodín.

Posúdenie nutričného rizikového skríningu v spolupráci s nutričným terapeutom: hodnotiace nástroje: Nottinghamský skríningový systém- pacient získal 5 bodov, čo svedčí o vysokom riziku podvýživy. Pri posúdení hodnotiacim nástrojom Mini Nutritional Assessment – short form (MNA SF) pacient získal 11 bodov – riziko podvýživy, pri posúdení pomocou nástroja Nutrition Risk Screening (NRS) boli dve zo štyroch odpovedí pozitívne, v definitívnom nutričnom skriningu pacient získal 1 bod. Na základe tejto skutočnosti sa nutričný skrining realizoval týždenne.

Hodnoty vyšetrovaných laboratórnych parametrov: celková bielkovina 72,4 g/l (referenčné hodnoty 62–78 g/l), albumín 43,6 g/l (referenčné hodnoty 52–35 g/l), prealbumín 0,4 g/l (referenčné hodnoty 0,20–0,40 g/l), transferín 3,1 g/l (referenčné hodnoty 2,0–3,6 g/l), CRP 4 mg/l (referenčné hodnoty 1,0–8,0 mg/l), antitrypsín 2 g/l, triacylglyceroly 1,5 mmol/l, celkový cholesterol 4,5 mmol/l, HDL cholesterol 1,2 mmol/l, LDL cholesterol 3,0 mmol/l.

Tab. 1 Iniciačný nutričný skrining

Iniciačný nutričný skrining		
	Áno	Nie
Je hodnota BMI < 20,5	Áno	
Schudol pacient za posledné 3 mesiace	Áno	
Znížil sa u pacienta príjem stravy za posledný týždeň	Áno	
Má pacient závažné ochorenie	Áno	

Spracované podľa (Kondrup et al., 2003)

Tab. 2 Definitívny nutričný skrining

Definitívny nutričný skrining		
Nutričný status		Závažnosť ochorenia
neprítomný (skóre 0)	normálny nutričný status	normálne nutričné požiadavky
mierny (1 bod)	strata hmotnosti > 5 % za 3 mesiace alebo prívod potravy pod 5–75 % normálnej potreby v predchádzajúcom týždni	zlomeniny bedrovej kosti, chronické ochorenia, najmä s akútnymi komplikáciami: cirhóza, COPD (chronické obštrukčné pulmonálne ochorenie), chronická hemodialýza, diabetes, onkologický pacienti
stredný (2 body)	strata hmotnosti > 5 % za 2 mesiace alebo BMI 18,5–20,5 + zhoršený všeobecný stav alebo prívod potravy 25–60 % normálnej potreby v predchádzajúcom týždni	Veľká operácia brucha, cievna mozgová príhoda, závažná pneumónia, hematologická malignita
závažný (3 body)	strata hmotnosti > 5 % za 1 mesiac ($\approx$ > 15 % za 93 mesiace) alebo BMI < 18,5 + zhoršený všeobecný stav alebo príjem potravy 0–25 % normálnej potreby v predchádzajúcom týždni	Zranenie hlavy, transplantácia kostnej drene, pacienti s intenzívnou starostlivosťou

Spracované podľa (Kondrup et al., 2003)

Na základe nutričnej anamnézy, antropometrických meraní a skriningového vyšetrenia bolo pre zlepšenie nutričného stavu výživy pacienta v spolupráci s nutričným terapeutom naplánované podávanie 6 nutridrinkov spolu s tekutou výživou v časovom rozmedzí od 6:00 do 21:00 hodiny, (1 nutridrink–200 ml).

Denný príjem stravy do PEG-u bol:

6:00–200 ml vody a 100 ml kaše,

9:00–100 ml vody a 200 ml nutridrinku,

12:00–100 ml čaju, 100 ml polievky a 200 ml nutridrinku,

15:00–100 ml vody a 400 ml nutridrinku,

18:00–100 ml čaju, 100 ml kaše, 200 ml nutridrinku,

21:00–100 ml čaju, 100 ml polievky, 200 ml nutridrinku.

V prvý deň druhej hospitalizácie 18. 11. 2020 sa uskutočnilo stretnutie na klinike klinickej a radiačnej onkológie. Pacient bol hospitalizovaný za účelom pokračovania v aplikácii indukčnej chemoterapie.

Vitálne funkcie – TK:130/90 mmHg, P: 95/min, D: 19/min, TT: 36,6 °C.

Sliznice dutiny ústnej boli u pacienta vlhké, čisté, jazyk bez povlaku. Po I. sérii indukčnej chemoterapie vznikol ako prejav alergickej reakcií na pravom predlaktí erytém. Koža v okolí PEG-u bola macerovaná. Pacient dokázal prehltnúť malé množstvo tekutín, stravuje sa naďalej cez PEG. Posúdili sme, či pacient dodržiava zásady správnej výživy sondou. Hmotnosť pacienta 65 kg. Definitívny nutričný skrining 1bod. Ordinovaná diéta č.1-tekutá s podávaním nutridrinkov do sondy.

Denný príjem stravy do PEG-u bol:

6:00–100 ml čaju, 200 ml nutridrink, 100 ml kaše,

9:00–100 ml vody a 200 ml nutridrinku,

12:00–100 ml čaju, 100 ml polievky a 200 ml nutridrinku,

15:00–100 ml vody a 200 ml nutridrinku,

18:00–100 ml čaju, 100 ml kaše, 200 ml nutridrinku,

21:00–100 ml čaju, 100 ml polievky, 200 ml nutridrinku.

Tretie stretnutie s pacientom 30. 11. 2020 sa uskutočnilo 1. deň jeho tretej hospitalizácie na klinike klinickej a radiačnej onkológie. Pacient bol hospitalizovaný za účelom podania II. série indukčnej chemoterapie po odklade pre alergickú reakciu na pravom predlaktí. Namerané hodnoty vitálnych funkcií: TK:120/80 mmHg, P: 96/min, D: 18/min, TT: 36,7 °C. Pacient dokáže tekutiny v malom množstve prehĺtať, stravuje sa cez PEG, do sondy sa aplikuje 7 nutridrinkov denne. Hmotnosť pacienta bola 64 kg. Sliznice dutiny ústnej u pacienta boli vlhké, čisté, jazyk bez povlakov. Definitívny nutričný skrining 1bod. Ordinovaná diéta č.1-tekutá s podávaním nutridrinkov do sondy.

Denný príjem stravy do PEG-u bol:

6:00–50 ml čaju, 400 ml nutridrinku, 70 ml kaše,

9:00–100 ml vody a 200 ml nutridrinku,

12:00–100 ml čaju, 100 ml polievky a 200 ml nutridrinku,

15:00–100 ml vody a 200 ml nutridrinku,

18:00–100 ml čaju, 100 ml kaše, 400 ml nutridrinku,

21:00–100 ml čaju, 100 ml polievky, 200 ml nutridrinku.

09. 12. 2020 sa uskutočnilo štvrté stretnutie s pacientom, v prvý deň jeho štvrtej hospitalizácie na klinike klinickej a radiačnej onkológie. Pacient bol hospitalizovaný na iniciovanie podávania III. série indukčnej chemoterapie.

Namerané hodnoty vitálnych funkcií pri prijíme: TK:130/80 mmHg, P: 96/min, D: 19/min, TT: 36,3 °C. Hmotnosť pacienta ostala nezmenená 64 kg.

Sliznice dutiny ústnej u pacienta boli vlhké, čisté, jazyk bez povlakov. Definitívny nutričný skrining 1bod. Tekutiny dokáže v malom množstve prehĺtať. Príjem stravy cez PEG, ordinovaných 7 nutridrinkov denne, diéta č.1-tekutá s podávaním nutridrinkov do sondy. Koža v okolí PEG-u začervenaná, pacient si ju ošetruje ordinovanou masťou ráno a večer.

Denný príjem stravy do PEG-u bol:

6:00–100 ml čaju, 400 ml nutridrinku, 100 ml kaše,
9:00–100 ml vody a 200 ml nutridrinku,
12:00–100 ml čaju, 100 ml polievky a 200 ml nutridrinku,
15:00–100 ml vody a 200 ml nutridrinku,
18:00–100 ml čaj, 100 ml kaše, 200 ml nutridrinku,
21:00–100 ml čaju, 100 ml polievky, 200 ml nutridrinku.

Piate stretnutie s pacientom sa uskutočnilo 05. 01. 2021, v prvý deň jeho piatej hospitalizácie na klinike klinickej a radiačnej onkológie. Pacient bol hospitalizovaný za účelom rádioterapie. Na otázku ako sa cíti odpovedal: „*Schudol som... Som slabý a piť nevládzem...*“. Namerané hodnoty vitálnych funkcií – TK:120/80 mmHg, P: 98/min, D: 18/min, TT: 36,6 °C.

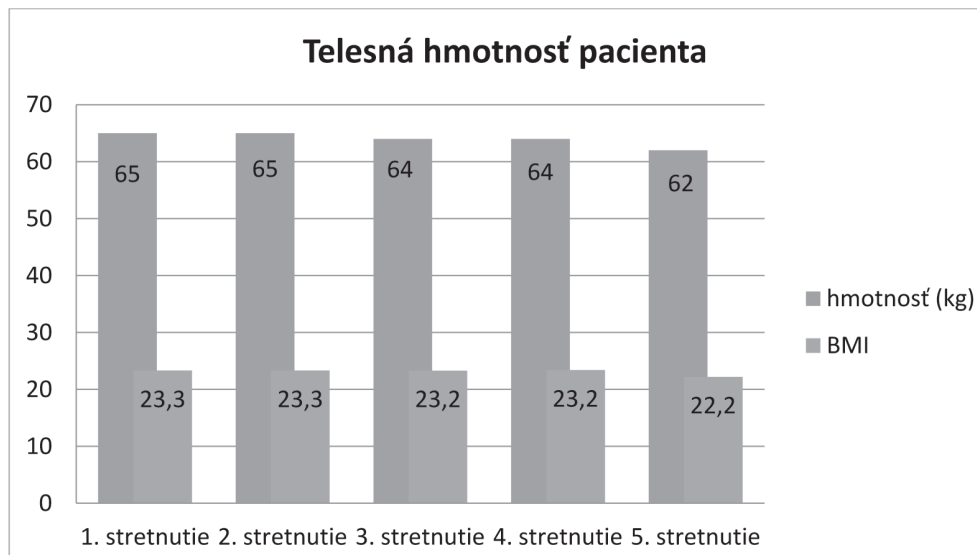
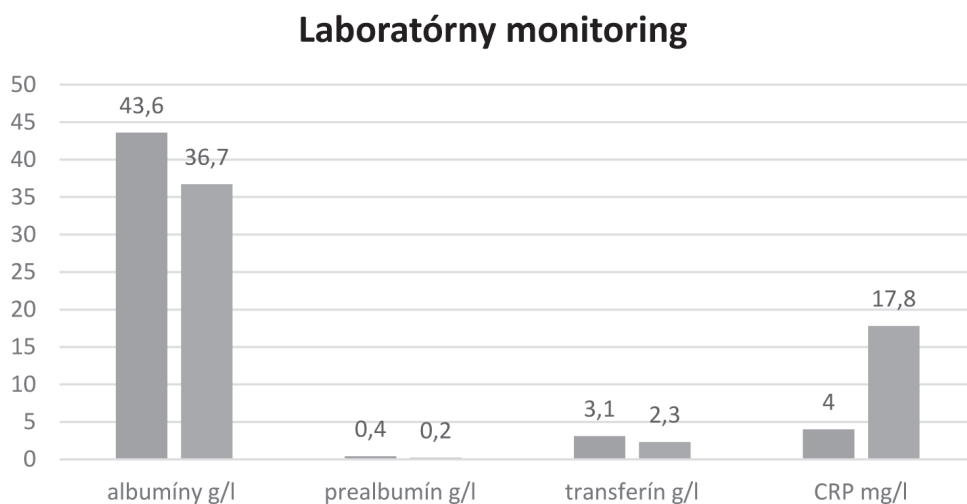
U pacienta sme zaznamenali zníženie jeho hmotnosti na 62 kg, BMI hodnota 22,2, obvod nedominantného ramena v stredovej časti 27 cm, hrúbka kožnej riasy nad tricepsom 10 mm. Definitívny nutričný skrining 1 bod.

Výsledky laboratórnych parametrov: celková bielkovina 67,2 g/l, albumín 36,7 g/l, prealbumín 0,2 g/l, transferín 2,3 g/l, CRP 17,8 mg/l, antitripsín 1,7 g/l, triacylglyceroly 1,3 mmol/l, celkový cholesterol 3,9 mmol/l, HDL cholesterol 1,0 mmol/l, LDL cholesterol 1,8 mmol/l. Pacientovi bola na základe laboratórnych vyšetrení nutričným terapeutom diagnostikovaná kachexia.

Ordinovaná diéta č.1-tekutá s podávaním nutridrinkov do sondy. Príjem stravy cez PEG upravený na 8 nutridrinkov denne.

Denný príjem stravy do PEG-u bol:

6:00–100 ml čaju, 400 ml nutridrinku, 100 ml kaše,
9:00–100 ml čaju a 200 ml nutridrinku,
12:00–100 ml čaju, 200 ml polievky a 200 ml nutridrinku,
15:00–100 ml vody a 200 ml nutridrinku,
18:00–100 ml čaju, 100 ml kaše, 400 ml nutridrinku,
21:00–100 ml čaju, 100 ml polievky, 200 ml nutridrinku.

Graf 1 Telesná hmotnosť pacienta**Graf 2 Hodnota vybraných biochemických parametrov v krvi u pacienta**

DISKUSIA

V príspevku uvádzame kazuistiku pacienta s karcinómom pažeráka v jeho hornej tretine. Pacientov stav výživy sme monitorovali od 20. 10. 2020 do 05. 01. 2021. Stav výživy vykazoval malnutríciu. Nutričné intervencie zahrňovali tekutiny, kaše a sipping podávané cez PEG.

U pacientov s nádormi hlavy a krku alebo hornej časti gastrointestinálneho traktu, hlavne u tých, ktorí dostávajú protinádorovú liečbu, sa indikuje podávanie sondovej výživy. Cieľom je udržať telesnú hmotnosť alebo zmierniť hmotnostný úbytok v situácii, keď predpokladáme neadekvátny energetický príjem na viac ako niekoľko dní (Arends et al., 2017).

Validovaný a štandardizovaný skrining rizika malnutrície v pravidelných intervaloch sa odporúča u všetkých pacientov, ktorí dostávajú protinádorovú liečbu, a u tých, ktorých očakávaná dĺžka života je viac ako niekoľko mesiacov. Pacienti, ktorí majú distress spojený s príjmom stravy, by mali byť referovaní nutričnému špecialistovi na poradenstvo a poučenie o nádorovej kachexii. Vždy treba zvážiť intervenciu paliatívneho špecialistu (Arends et al., 2017). Zrubáková, Herinková a Ižová (2020) zistili, že sestry i ostatní zdravotnícki pracovníci zameriavajú svoje intervencie na vhodnú aplikáciu výživy, prispôbenú aktuálnemu zdravotnému a psychickému stavu pacienta, ktorý je určený nielen na základe jeho verbálnej výpovede, alebo pozorovaním, ale i na základe validných údajov z hodnotiacich nástrojov a laboratórnych parametrov.

Nutričnú intervenciu u onkologických pacientov je potrebné podávať včas, nakoľko onkologická liečba zvyšuje nároky na výživu a príjem nutrientov. Vhodné je naplánovať nutričnú intervenciu pred začatím liečby, pretože dokáže nielen zlepšiť stav výživy pacientov a pomôcť udržať ich telesnú hmotnosť, beztukovú hmotu a zásoby telesných proteínov, ale zároveň im umožní lepšie tolerovať liečbu a zlepšuje kvalitu ich života (Arends et al., 2017). V klinickej praxi je jasný benefit doplnenia stravy sippingom predovšetkým pri chemoterapii pre nádory hlavy a krku, nádory pažeráka, nádory pľúc. Orálna suplementácia a dietologická konzultácia vedie k udržaniu a zvýšeniu kalorického príjmu, hmotnosti, menšiemu počtu prerušení liečby a skoršiemu zlepšeniu po liečbe u nádorov hlavy a krku a kolorektálnych karcinómov liečených rádioterapiou (Bozzetti, 2001).

Nádorová kachexia je definovaná ako multifaktoriálne podmienený syndróm, ktorý sa vyznačuje výraznou stratou svalovej hmoty, ktorú nie je možné navrátiť bežnou nutričnou podporou a vedie k progresívnemu zhoršovaniu stavu pacienta. Incidencia nádorovej kachexie u onkologických pacientov v pokročilom štádiu ochorenia je v rozmedzí 50–80 %. Tento komplexný metabolický syndróm je jedným z najčastejších prejavov rozvinutého onkologického ochorenia.

V praxi je kľúčové predchádzať kachexii cieľenými opatreniami. U onkologických pacientov bolo pomocou štúdie s nutričnou intervenciou dokázané, že je u nich možné zabrániť hmotnostnému úbytku. Hovoríme najmä o pacientoch, ktorí boli v štádiu prekachexie, teda u tých, ktorí mali iniciálne hmotnostný úbytok nižší ako 5 % alebo u nich nebolo elevované CRP (Donohoe, Ryan a Reynolds, 2011).

ZÁVER

Malnutrícia je najčastejšou sprievodnou diagnózou u onkologických pacientov. Je veľmi dôležité včas ju diagnostikovať a liečiť. Do onkologickej praxe je potrebné zaviesť skriningové metódy na zisťovanie rizika malnutrície. V rámci sesterského posúdenia sme malnutríciu diagnostikovali pomocou nutričnej anamnézy, antropometrického merania, skriningových vyšetrení a laboratórnych parametrov. Pomocou nutričnej terapie sme u pacienta na určitý čas 4 mesiacov dokázali udržať optimálne hmotnostné parametre pri podávaní protinádorovej liečby. Napriek nášmu úsiliu sa stav výživy pacienta zhoršil a po 4 mesiacoch javil známky nádorovej kachexie, ktorá prechádzala do refraktérneho štádia.

Literatúra

ARENDS, J. et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clinical Nutrition*. 2017, vol. 36, no 1, p. 11–48. ISSN 0261-5614.

BOZZETTI, F. Nutrition support in patients. With cancer. In: PAYNE, J. J. et al. (eds.). *Greenwich medical media*. 2001, p. 641–680. ISBN 1-900151-93-6.

DETVAY, J. a ČECHOVÁ, M. Význam enterálnej výživy u onkologického pacienta. *Paliatívna medicína a liečba bolesti*. 2008, roč. 1, č. 3, s. 129–131. ISSN 1337-6896.

DONOHOE, C. L., RYAN, A. M. and REYNOLDS, J. V. Cancer Cachexia: mechanisms and Clinical Implications. *Gastroenterology Research and Practice*. 2011. ISSN 0016-5085.

KOHOUT, P. a KOTRLÍKOVÁ, E. *Základy klinické výživy*. Praha: Forsapi, 2009. ISBN 978-80-87250-05-1.

KONDRUP, J. et al. ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. *Clinical Nutrition* [online]. 2003, vol. 22, no. 4, p. 415–421. [cit. 20. 5. 2023]. ISSN 1532-1983. DOI: 10.1016/s0261-5614(03)00098-0.

MAGUROVÁ, D., LONGAUEROVÁ, A. a OBROČNÍKOVÁ, A. Uspokojovanie potrieb umierajúceho klienta v rámci hospicovej a paliatívnej starostlivosti. *Onkológia*. 2007, roč. 2, č. 4, s. 246–252. ISSN 1336-8176.

ŠKRIPEKOVÁ, A. Výživa pacientov s pokročilým nádorovým ochorením. *Farmakoterapia*. 2013, roč. 3, č. 1, s. 55–59. ISSN 1805-1529.

ŠKRIPEKOVÁ, A. a DZURILLOVÁ, L. Nádorová kachexia v ESMO odporúčaniach. *Nutrition News 1/2021 Slovak Edition* [online]. [cit. 24. 5. 2023]. Dostupné z: <https://www.worldmednet.cz/sk/nadorova-kachexia-v-esmo-odporucaniach/>.

ZRUBÁKOVÁ, K. Aplikácia enterálnej výživy. In: KADUČÁKOVÁ et al. *Vybrané kapitoly z ošetrovateľských techník*. Ružomberok: 2020, s. 63–73. ISBN 978-80-561-0766-9.

ZRUBÁKOVÁ, K., HERINKOVÁ, A. a IŽOVÁ, M. Výživa a hydratácia terminálne chorých onkologických pacientov. *Paliatívna medicína a liečba bolesti*. 2020, roč. 13, č. 1–2e, s. 21–25. ISSN 1337-6896.

Kontakt

PhDr. Mária Novysedláková, PhD.
Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku
Námestie A. Hlinku 48, 034 01 Ružomberok, Slovenská republika
maria.novysedlakova@ku.sk

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

PÉČE O DUTINU ÚSTNÍ A SNÍMATELNÉ ZUBNÍ NÁHRADY U SENIORŮ

ORAL CARE AND REMOVABLE DENTURES FOR THE ELDERLY

Iveta Bryjová¹, Ľubica Libová², Miroslav Misár^{1, 3}, Hana Hozová^{1, 4}

Abstrakt

Východiska: Až 80% české geriatrické populace má funkčně nevyhovující chrup. Ztráta chrupu s sebou přináší negativní důsledky na funkčnost i estetiku. Nejzávažnějším důsledkem špatného orálního zdraví seniorů je malnutrice. Ztrátou chrupu dochází k předčasné atrofii čelistní kosti, což může mít negativní vliv na zhotovení plně funkční zubní náhrady. Edukace seniorů v oblasti orálního zdraví je dlouhodobě podceňována a v systému preventivní péče by měla být pevně ukotvena.

Cíl: Literární přehled relevantních a recentních elektronických zdrojů dotýkající se problematiky orálního zdraví seniorů, péče o dutinu ústní a zubní protetické náhrady prostřednictvím platformy Web of Science. Ověřit teze autorského kolektivu k dané problematice.

Metody: Obecně teoretické metody analýzy a generalizace z dohledaných literárních zdrojů s komponentou vlastních myšlenek a úvah.

Výsledky a diskuze: Z nalezených dostupných relevantních a recentních zdrojů byla potvrzena nedostatečná pozornost věnována orálnímu zdraví, hygienické péči o dutinu ústní a zubní protetické náhrady v geriatrické populaci. Špatný stav dutiny ústní má v konečném důsledku celou řadu funkčních a estetických omezení, které seniorovi mohou přinést zhoršení orálního a potažmo i celkového zdraví. Nedostatečná úroveň orálního zdraví je více pozorována u seniorů trpících demencí. Znalosti ošetrovatelského personálu v klinické a sociální péči patří – společně s preventivní péčí – mezi hlavní cíle, jak orální zdraví seniorů z dlouhodobého hlediska zlepšit.

Závěry: Stárnutí je významným rizikovým faktorem pro rozvoj zdravotních potíží. Celkový somatický zdravotní stav má širokou interakci s orálním zdravím. Orálnímu zdraví a hygienické péči o dutinu ústní u seniorů není věnována dostatečná pozornost, ať už ze strany samotného seniora, ošetrovatelského personálu či systému preventivní péče

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

² Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce sv. Ladislava, Nové Zámky

³ Samostatná ordinace PL – stomatologa

⁴ Slezská nemocnice v Opavě

spadajícího do resortu veřejného zdravotnictví. U seniorů je zvýšené riziko vzniku zubního kazu, onemocnění parodontu a sliznic dutiny ústní v důsledku nedostatečné ústní hygieny, zvýšené akumulaci plaku a zubního kamene. Zlepšením dostupnosti stomatologické péče, osobní hygienické péče o dutinu ústní a zubní náhrady, možnosti profesionální dentální hygieny včetně edukace jak seniorů, tak zdravotnického personálu, lze negativní důsledky na orální zdraví seniorů uspokojivě eliminovat.

Klíčová slova

Orální zdraví, dentální hygiena, dentice, protetika, zubní náhrady, senior, gerontostomatologie, preventivní péče, preventivní prohlídky, prevence, orální mikrobiom, literární přehled

Abstract

Background: Approximately 80% of the Czech geriatric population has functionally deficient dentition. Tooth loss brings with it negative consequences on functionality and aesthetics. The most serious consequence of poor oral health of the elderly is malnutrition. Loss of dentition causes early atrophy of the jawbone and can negatively affect the construction of fully functional dentures. Education and motivation of seniors in oral health has also long been underestimated. It should be a fixed component of the preventive care system.

Aim: Finding relevant and recent literature in electronic information sources related to the oral health of the elderly and the care of the oral cavity and dental prosthetics through the Web of Science platform, and verifying the thesis of the author's collective on the given issue.

Methods: In general, theoretical methods of analysis and generalization based on literary sources obtained, topped with a component of own thoughts and reflections.

Results and discussion: From the available relevant and recent sources, it was confirmed that insufficient attention is paid to oral health and hygienic care of the oral cavity and dental prosthetics in the geriatric population. The bad state of the oral cavity ultimately has a number of functional and aesthetic limitations that can lead to a deterioration of the oral and, by extension, overall health of the elderly. Inadequate levels of oral health are more commonly seen in seniors suffering from dementia. The knowledge of the nursing staff in clinical and social care is - together with preventive care – among the main goals of how to improve the oral health of seniors in the long term.

Conclusions: Aging is a significant risk factor for the development of health problems. General health has a wide interaction with oral health. Oral health and hygienic care of the oral cavity in the elderly is not given sufficient attention, whether by the elderly themselves, the nursing staff or the system of preventive care falling under the department

of public health. Removable dentures can increase the risk of tooth decay, periodontal disease and oral mucosal disease due to insufficient oral hygiene, increased accumulation of plaque and tartar. By improving access in the areas of dental care availability, professional dental hygiene, personal hygiene care of the oral cavity and dentures, education and motivation of seniors and medical personnel, the negative consequences on the oral health of seniors can be satisfactorily eliminated.

Keywords

Oral health, dental hygiene, dentition, prosthetics, dentures, senior, gerontostomatology, preventive care, preventive examinations, prevention, oral microbiome, literature review

ÚVOD

Péče o chrup a dutinu ústní je nedílnou součástí celkové hygienické péče o člověka, u některých jedinců není péče o zuby a dutinu ústní včetně péče o zubní protetické náhrady dostatečně zakořeněna (Kandelman et al., 2008).

Stárnutí je přirozený proces, který probíhá se značnou interindividuální variabilitou. V poslední polovině 20. století došlo k podstatnému prodloužení délky lidského života. Starší lidé (počátek stáří je stanoven nad 65 let věku) mají v důsledku procesu stárnutí zdravotní problémy, které vyžadují zvláštní pozornost (Razak et al., 2014). S tímto trendem souvisí i úroveň orálního zdraví. V seniorské populaci má až 80% jedinců funkčně nevyhovující vlastní chrup, čímž dochází k poruchám příjmu potravy včetně artikulace a mluvení (Kalvach et al., 2004). Senioři v současnosti tvoří 8% světové populace. Očekává se, že do roku 2050 se tento počet zdvojnásobí a bude činit přibližně 16% (Malik et al., 2019).

Orální zdraví je v geriatrické populaci dlouhodobě neuspokojivé, od zvýšené prevalence zubních kazů, přes onemocnění dásní, sliznic dutiny ústní až po chronická onemocnění parodontu (Ceena et al., 2022; Umar Farooq et al., 2019). Tato onemocnění vedou ke ztrátě zubů, ústupu alveolární kosti a potažmo destabilizaci chronických onemocnění s přímými důsledky na celkovou kvalitu života seniorů (Klevetová, 2022). Dalším důležitým faktorem ovlivňující zdraví a nemoc je orální mikrobiom (Rohr et al., 2021). Orální mikrobiom hraje velmi důležitou roli při udržování homeostázy ústní dutiny, ochraně ústní dutiny a prevenci vzniku onemocnění (Willis & Gabaldón, 2020). V seniorské populaci je také větší prevalence nádorových onemocnění dutiny ústní, nejvyšší incidenci vykazuje karcinom rtu, a to až 10,5% u mužů nad 75 let a 5% žen nad 75 let; u žen nad 85 let je to téměř 12% (Klevetová, 2022). Celosvětově jsou zhoubná nádorová onemocnění

oblasti rtů, úst a orofaryngu řazeny na 13. místo v četnosti, např. v roce 2020 bylo ve světě diagnostikováno 377 713 nádorů s mortalitou 47 %; a byla prokázána přímá souvislost výskytu nádorových onemocnění s užíváním tabákových výrobků (WHO, 2020).

Plnohodnotná péče o dutinu ústní u seniorů je často komplikovaná. Jedním z důvodů může být omezená manuální zručnost, anatomické a funkční změny chrupu či výskyt komorbidit, které seniorské období života často doprovází. Problémy s orálním zdravím a ústní hygienou se ještě více prohlubují u seniorů s demencí, s postupujícím onemocněním se zhoršují kognitivní schopnosti, motorické dovednosti a sebeobsluha (Delwel et al., 2017). Malnutrice se řadí mezi nejzávažnější důsledky nedostatečného orálního zdraví, často vzniká, kromě somatických obtíží (Corcoran et al., 2019), také důsledkem nefunkční snímatelné zubní náhrady, která znemožňuje příjem nutričně vyvážené stravy (Su et al., 2020). Další příčinou malnutrice je ztráta dentice, v důsledku čehož je příjem potravy omezen pouze na kašovitou konzistenci (Zelig et al., 2022). Nevyhovující snímatelná náhrada může způsobovat problémy s výslovností a artikulací (Meira et al., 2022), což seniorům často způsobuje psychické obtíže, ovlivňuje jejich společenský život a aktivitu (Huraib et al., 2022). Funkční stav chrupu se podílí nejen na výživě, ale také psychické pohodě a aktivním životě seniora (Klevetová, 2022). Zdravá ústní dutina přispívá k fyzické i psychické pohodě seniora (Hung et al., 2019; Petrova et al., 2017). V preventivní péči není zdravotnímu stavu dutiny ústní u seniorů věnována dostatečná pozornost, ať už z výše uvedených důvodů, strachu ze stomatologického ošetření, nedostupnost zubní péče v místě bydliště seniora či v zařízení, ve kterém je senior umístěn (Wong et al., 2019; Al-Nasser a Lamster, 2020). Také v rutinní ošetrovatelské praxi není péči o dutinu ústní a zubní protetiku věnována adekvátní pozornost, což velmi často souvisí s nedostatkem personálu.

Specifické problematice stomatologické péče o seniory se věnuje gerontostomatologie, jež se do povědomí laické i odborné veřejnosti dostává teprve v posledních letech. Snahou tohoto oboru je zachovat dentici seniorů co nejdéle a minimalizovat radikální extrakce. Péče o orální zdraví seniorů se – bohužel – omezuje jen na protetickou stomatologii. Nastavení efektivní péče, zlepšení prevence a orálního zdraví seniorů by měl být jeden z klíčových cílů multidisciplinárního týmu (Abbas et al., 2022). Spolupráce dentální hygienistky, praktického zubního lékaře, parodontologa a stomatochirurga je klíčová. Využívání služeb dentální hygieny významně zdokonalí techniky čištění a zručnost seniora. Pravidelné kontroly praktického zubního lékaře umožní vyhodnotit stav orálního zdraví (úroveň hygieny, kazivost a stav parodontu), potřebu delegování klienta na vyšší pracoviště, kterými jsou nejčastěji parodontolog a stomatochirurg. První ze specialistů zhodnocuje stav parodontu a sliznic, v ideálním případě po proběhlé dentální hygieně navrhuje další léčbu nebo operativní zákroky měkkých tkání. Stomatochirurg navrhuje a napomáhá vytvářet vhodné podmínky kostěného podkladu protézního lóže před zhotovením snímatelných zubních náhrad nebo zavádí implantáty v místech předchozích ztrát zubů.

Anatomické a funkční změny v séníu

V dutině ústní dochází k fyziologickým změnám souvisejícím s věkem, které nemusí nutně vést ke ztrátě funkčnosti, neboť fyziologická rezervní kapacita orofaciálního systému se zdá být velmi velká; většina patologických změn je spojena s vnějšími faktory, jako je volba životního stylu a socioekonomické faktory (Schimmel & Abou-Ayash, 2020). Ke změnám v dutině ústní dochází z důvodu změn involučních a metabolických. Stárne zejména dentin. Často dochází k atrofii dásní a krčkové částí zubů. Receptory bolesti jsou v důsledku impregnace výběžků odontoblastů minerálními látkami nefunkční, což je jedna z příčin, že kazy a defekty v krčkových částech zubů zaznamená senior většinou pozdě. Involuční změny na sliznicích mohou způsobit bolestivé afekce, afty nebo ulcerace, sliznice jsou náchylnější k porušení rovnováhy ústního mikrobiomu a poté bývají povleklé moučnivkou – soor, chorobu způsobuje pomnožení kvasinek rodu *Candida*. Orální ulcerace mohou způsobovat také dlouhodobě užívaná farmaka, například betablokátory, PAD nebo nesteroidní antiflogistika (Yuan & Woo, 2015). Obecně dochází k vyššímu výskytu onemocnění zubů, dásní a závěsného aparátu zubů s následnou ztrátou zubů. Funkčním změnám dominuje xerostomie, která nastává v důsledku atrofie slinných žláz (Gil-Montoya et al. 2016). Xerostomie se vyskytuje často také v důsledku stresových nebo anxiózních stavů či jako nežádoucí účinek dlouhodobě užívaných léků, například diuretika, antihistaminika, antiparkinsonika a jiné (Turner et al., 2008). Pocity suchosti v ústech udávají i osoby s akrylátovými snímatelnými zubními náhradami, které jsou uživatelé nuceni opakovaně vyndávat z úst. Dlouhodobým užíváním se zvyšuje riziko výskytu alergie na některou z chemických sloučenin materiálu, ze kterého se snímatelné náhrady vyrábí. Opakem je pytalismus, který je často doprovodným jevem zánětlivých stavů dutiny ústní (Adadan Güvenç, 2019). Atrofují také chuťové papily s poruchou chuťového vnímání (dysgeuzie) (Syed et al., 2016). Ztráta dentice má za následek závažné funkční důsledky od potíží se žvýkáním, mluvením až po funkční atrofii čelisti. U dlouhodobě nošených snímatelných náhrad s částečnou či úplnou extrakcí zubů v minulosti, dochází ke zrychlené atrofii alveolárních výběžků čelistí. Důsledkem jsou změny protézního lože vedoucí z dlouhodobého hlediska k postupné destabilizaci a retenci protézy, které netěsní a z povrchu sliznice se snáze uvolňují. Atrofie je však jevem přirozeným a zároveň nejrychlejším na čelistech bezzubých, které nejsou opatřeny protetikou vůbec, nebo jsou opatřeny náhradami s mucinózním přenosem žvýkacího tlaku, těmi jsou právě celkové protézy. Dá se říci, že čím více zubů během života člověk ztratí, tím rychlejší atrofie bude, a čím dříve člověk o chrup přijde, tím více bude atrofie v pozdějším věku zřetelná a problematická. Silně atrofované čelisti a zejména jejich alveolární výběžky nejsou schopny zajistit dobrou a pohodlnou stabilitu a retenci snímatelné zubní náhrady.

Problematika zubních náhrad

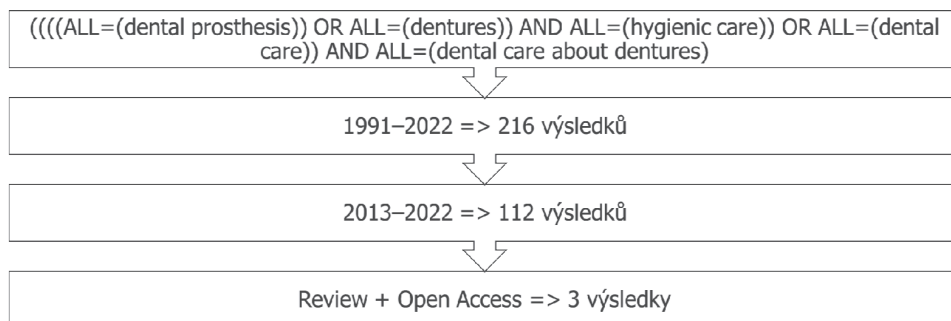
Seniorská populace čelí specifickým problémům s orálním zdravím, zejména v oblasti péče o dutinu ústní jako celek včetně zubních náhrad. Čím déle zůstává bezzubá

čelist bez adekvátní zubní náhrady, tím stoupá riziko, že si na ně uživatel nepřivykne. Navyknutí na nově vyrobenou protetickou náhradu je u každého jedince různé. Nasazením nové snímatelné náhrady vzniká v ústech nová prostorová situace, problémy pramení ze zvýšeného dávivého reflexu, z dráždění nového umělého materiálu, stísnění prostoru pro jazyk nebo z otlaků, které jsou způsobeny mírně nepřesnou protetickou prací či špatnou poddajností a stlačitelností sliznic. Všechny tyto problémy jsou řešitelné a některé lze eliminovat právě brzkým zhotovením náhrady, v mnoha případech nejlépe bezprostředně po extrakci.

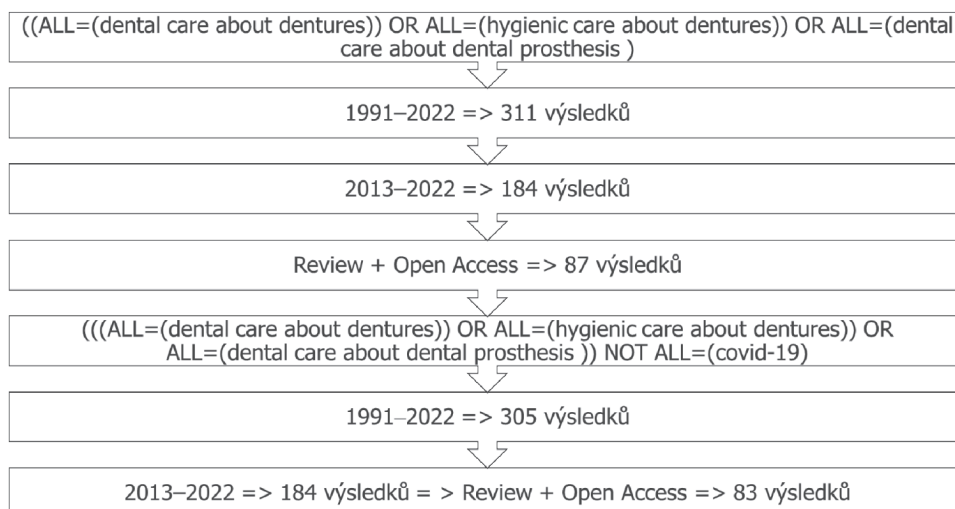
Zubním náhradám a všeobecně protetice u seniorů není věnována dostatečná pozornost, přičemž stabilita protézy závisí na mnoha faktorech (Chhabra et al., 2015). Týká se nejen funkčních prvků protetiky, ale také adekvátní hygienické péče. Nejvýznamnějším faktorem je změna protézního lože v důsledku atrofie alveolu. Nevyhovující zubní náhrady, hygienická péče o protetiku, péče o bezzubou či částečně ozubenou čelist, vnímání orálního zdraví jako součást systémového zdraví, pravidelné preventivní prohlídky a motivace seniorů ke správné orální péči. Těmto základním oblastem by měla být věnována dostatečná pozornost a měly by být zahrnuty mezi preventivní péči včetně dostatečné edukace a motivace seniorů v přístupu ke svému orálnímu zdraví.

POPIS REŠERŠNÍ STRATEGIE

Rešeršní strategie byla realizována prostřednictvím nejrozsáhlejší bibliografické a citační databáze Web of Science (WoS). Vyhledávání bylo provedeno na základě dvou různých vyhledávacích řetězců. První vyhledávání s klíčovými slovy (((ALL=(dental prosthesis)) OR ALL=(dentures)) AND ALL=(hygienic care)) OR ALL=(dental care)) AND ALL=(dental care about dentures) a druhé vyhledávání s klíčovými slovy (((ALL=(dental care about dentures)) OR ALL=(hygienic care about dentures)) OR ALL=(dental care about dental prosthesis)) NOT ALL=(covid-19). Vyhledávání bylo časově omezeno léty 1991–2022, abychom zjistili dynamiku tématu v čase. Časové omezení bylo omezeno – s ohledem na množství nalezených výsledků – pouze na období 2013–2022, a na výsledky typu Review a Open Access. V grafickém přehledu níže je uveden postup rešeršní strategie s počtem nalezených výsledků a typem vědeckých důkazů.

Obr. 1

Zprvního vyhledávání (Obr. 1) byly vybrány pouze tři výsledky, zaměřené na biomechanickou analýzu protetických prací; na orální zdraví a analýzu bolesti v orofaciální oblasti u osob s demencí; a posouzení dopadu vzdělávacích intervencí v oblasti orálního zdraví personálu i seniorů v pečovatelských domech. Mimo tohoto výběru bylo prostudováno zbývajících 109 z celkového počtu 112 nalezených výsledků, bohužel ani jeden nereflektoval oblast našeho zájmu.

Obr. 2

Z druhého vyhledávání (Obr. 2) bylo vybráno 87 výsledků. Dále byly vyřazeny příspěvky v souvislosti s onemocněním COVID-19 či týkající se technologií protetických prací, dentálních materiálů, dentální péče u pacientů s epilepsií, demencí, onemocněním diabetes mellitus, HIV, dětí a ortodonticky léčených pacientů a rovněž příspěvky, které se netýkaly východoevropské geriatrické populace. Konečný výběr studií je obsahem textu literárního přehledu.

TEXT LITERÁRNÍHO PŘEHLEDU

Systematický přehled literatury získaný z databází PubMed, CINAHL a Cochrane Library ve studii (Delwel et al., 2017) uvádí, že u seniorů, u kterých byla diagnostikována demence, je horší úroveň orální hygieny a zvýšená prevalence zadržovaných zubních kořenů, apikálních nálezů a zubních kazů než u seniorů bez demence s obdobným zubním statutem, tj. stejná míra bezzubosti, index kazivosti apod. Studie zahrnovala pouze problematiku tvrdých zubních tkání. U seniorů s demencí se s postupem onemocnění zhoršují jejich kognitivní schopnosti, motorické dovednosti a sebeobsluha, což má za následek zvýšené riziko výskytu onemocnění dutiny ústní. Studie uvádí, že problematice dutiny ústní (včetně orofaciální bolesti) u seniorů, potažmo u seniorů s demencí není věnována dostatečná pozornost.

Posouzení efektu vzdělávacích intervencí v oblasti orálního zdraví pro personál nebo klienty domů s pečovatelskou službou, případně obou kategorií, na udržení či zlepšení orálního zdraví se věnovala rozsáhlá metaanalýza (Albrecht et al., 2016). Primární cíl byl zaměřen na souvislosti mezi stavem ústního zdraví klientů pečovatelských domů a kvalitou života, infekcemi dýchacích cest a stavem výživy. Žádná ze zahrnutých studií však neuváděla údaje k orálnímu zdraví nebo kvalitě života související s orálním zdravím. Uváděné výsledky (např. zubní plak, zánět dásní) jsou sice důležitými měřítky zubního zdraví, ale nemusí představovat nejdůležitější výsledky intervencí, které jsou zaměřeny na zlepšení orálního zdraví obyvatel domovů pro seniory. Vzdělávací programy nebyly přesně specifikovány, výsledky nalezených studií tak neumožňují učinit jasné závěry o přínosu nebo opaku konkrétních vzdělávacích intervencí v oblasti orálního zdraví v domovech pro seniory. Kvalita dostupných důkazů byla shledána jako nízká. Malý počet dostupných studií a významná heterogenita mezi studiemi navíc neumožňuje stanovit jasná doporučení pro praxi k rozsahu a obsahu vzdělávacích programů a preferovaných vzdělavatelů a účastníků. V nalezených studiích byly také zřídka hodnoceny znalosti a přístup personálu. Je zapotřebí více dostatečně silných a kvalitních důkazů.

Cílem průřezové analytické studie (Deeb et al., 2019) bylo zhodnocení faktorů, které ovlivňují kvalitu života související s orálním zdravím (OHRQoL) u pacientů používajících snímatelné zubní náhrady. Věk účastníků studie autoři bohužel neuvádějí. Celkem se studie zúčastnilo 200 osob s různými typy zubních náhrad. V rozhovoru byli respondenti dotazováni na demografické údaje, dále se hodnotila anamnéza, kuřácký status, návyky spojené s orální hygienou a frekvenci preventivních prohlídek u zubního lékaře. Podstatnou částí šetření byly informace týkající se snímatelných zubních náhrad. K měření kvality života respondentů v oblasti orálního zdraví byl použit standardizovaný dotazník OHRQoL pro oblast funkčního omezení, fyzické bolesti, psychické a fyzické nepohody, sociálního omezení a případných handicapů. Z výsledků studie vyplývá, že respondenti s částečnými zubními náhradami vykazovali minimální problémy se žvýkáním, sociální kompromitací a funkčním diskomfortem. Kvalita života respondentů se snímatelnými zubními náhradami v oblasti orálního zdraví je významně ovlivněna edukací, úrovní vzdělání, socioekonomickým statutem, zdravotním stavem a kouřením tabákových výrobků.

Souvislost mezi péčí o snímatelné zubní náhrady, hygienickými návyky, znalostmi orální hygieny, stavem parodontu a vztahu mezi frekvencí čištění zubů a zubních náhrad u geriatrických pacientů hodnotila studie (Turgut Cankaya et al., 2020). Studie se účastnilo 553 respondentů se snímatelnou zubní náhradou ve věku 65–86 let. Na základě dotazníkového šetření byl zjištěn na hladině významnosti ($p < 0,05$) statisticky signifikantní vztah mezi kouřením tabákových výrobků, věkem, nošením zubní náhrady přes noc, stomatitidou a čištěním zubní náhrady. U 54,10 % respondentů byla zjištěna nedostatečná hygienická péče o zubní náhradu, jako důvod respondenti uvedli nedostatečnou informovanost. U 26,34 % respondentů, kteří si zuby pravidelně čistili 1× denně byla shledána úroveň orální hygieny i zubní náhrady jako dobrá, zatímco u respondentů, kteří si čistili zuby 3× denně (39,40 %) byla úroveň hygienické péče velmi dobrá. V závěru studie autoři konstatovali, že úroveň čištění zubních náhrad souvisí s poskytováním podrobných informací geriatrickým pacientům, typu edukace (ústní nebo písemná), pravidelnými návštěvami zubního lékaře, správnou ústní hygienou, kuřáckými návyky, socioekonomickou úrovní, nošením snímatelných zubních náhrad přes noc a jejich stářím. Důležitou roli v motivaci pacientů hrají také kliničtí lékaři. Onemocnění parodontu lze předcházet dobrou ústní hygienou a hygienou zubních náhrad. Autoři rovněž poukazují na to, že k lepšímu zhodnocení účinku parodontální léčby před zhotovením protézy u geriatrické populace jsou zapotřebí další longitudinální studie.

Znalosti ošetrovatelského personálu v oblasti zkušenosti a vnímání důležitosti péče o dutinu ústní v geriatrické populaci hodnotila studie (Aro et al., 2018). Výsledky kvalitativní studie provedené formou rozhovoru s ošetrovatelským personálem poukazují sice na znalost souvislostí mezi orálním a celkovým zdravotním stavem, ale zároveň na absenci konkrétních znalostí a praktických dovedností v péči o dutinu ústní geriatrických pacientů. Ošetrovatelský personál (pouze ženy) uváděl jako důvod zejména nedostatek času na péči o ústní zdraví u geriatrických pacientů. Respondentky pro svůj sebezorození v této oblasti navrhly, aby byla péče o ústní zdraví zahrnuta do každodenního léčebného plánu, což by zlepšilo postupy péče o ústní zdraví. Závěr studie poukazuje na jednoznačně nedostatečné znalosti ošetrovatelského personálu v praktikách péče o dutinu ústní u geriatrické populace. U ošetrovatelského personálu by se měla zlepšit jak osvěta v oblasti orálního zdraví, tak jistota v praktikách správné hygienické péče o dutinu ústní a zubní protetické náhrady u seniorů, a to jak v základním, tak dalším vzdělávání.

Studie (Weening-Verbree et al., 2022) se zabývala zhodnocením dopadu zavedení preventivního programu péče o ústní dutinu na postoje a znalosti sester poskytujících domácí péči a dopad na ústní zdraví seniorů. Autoři jsou si vědomi limity v designu studie (například absence kontrolní skupiny), i přes to se ve výsledku orální zdraví seniorů po třech měsících výrazně zlepšilo. Preventivní program byl nejpřínosnější pro seniory s celkovou snímatelnou náhradou. Zavedení programu preventivní péče zlepšilo znalosti a přístup ošetrovatelského personálu. Program dobře zapadl do každodenní pracovní rutiny sester domácí péče, aniž by byl příliš časově náročný. Individuálně zaměřené plány péče o orální zdraví seniorů, vzdělávání sester domácí péče a odborné znalosti dentálních hygienistek měly v domácí péči přidanou hodnotu. Budoucí implementace by se měla zaměřit také na seniory s vlastním chrupem.

VÝSTUPY

Hygienická péče o dutinu ústní a celkový přístup k orálnímu i somatickému zdraví se s přibývajícím věkem zhoršuje. Orální zdraví v geriatrické populaci je neuspokojivé a zdravotnímu stavu dutiny ústní není v preventivní péči věnována dostatečná pozornost (Shah et al., 2013). Starší lidé nemají dostatečné hygienické návyky jak o dutinu ústní, tak o zubní protetické náhrady (Turgut Cankaya et al., 2020). U seniorů, kteří trpí demencí je výrazně horší ústní hygiena, ale také větší počet zadržených kořenů a kořenových kazů ve srovnání se seniory bez demence (Delwel et al., 2017). Starší lidé se sníženou funkční schopností mají častěji problémy s ústním zdravím a horší ústní hygienu (Weening-Verbree et al., 2022). Stáří zubní náhrady má nepříznivý vliv na úroveň jejich hygienické péče (Turgut Cankaya et al., 2020). Po rozsáhlých extrakcích rychleji atrofují alveolární výběžky čelistí, v důsledku čehož často dochází k retenci zubní náhrady a její nestabilitě v dutině ústní (Bilhan et al., 2012). Ústní hygiena je důležitá v souvislosti s celkovým zdravím. Existuje mnoho souvislostí mezi ústním zdravím a celkovým zdravotním stavem. Zánět v dutině ústní může například narušit hladinu HbA1C u pacientů s diabetem; může přispívat k projevům revmatoidní artritidy, podvýživy a aspirační pneumonie (Weening-Verbree et al., 2022). Na sliznicích dutiny ústní se často vyskytují různé afekce a bolestivé ulcerace (Buranarom et al., 2020). Pravidelné hygienické návyky o dutinu ústní, protetiku a zubní náhrady hrají důležitou roli při udržování orálního zdraví a dlouhodobého používání snímatelných náhrad (Turgut Cankaya et al., 2020). Úspěšnost správné péče o dutinu ústní a zubní náhrady závisí na znalostech, hygienických návycích, edukaci a motivaci geriatrických pacientů (Turgut Cankaya et al., 2020). K negativním dopadům na orální zdraví seniorů může přispívat i nedostupnost péče v geriatrické populaci (Kiyak a Reichmuth, 2005). Opomíjení ošetřovatelské péče o dutinu ústní (Preston, 2020) by mohl zlepšit interdisciplinární přístup s významnou rolí profesionální dentálně-hygienické péče (Sadig, 2010). Stejně tak jako spolupráce napříč odbornostmi ve stomatologii (Souliissa, 2020). Existuje pozitivní korelace mezi protetickou péčí a ústní hygienou, která naznačuje, že čištění zubních náhrad je relevantní s úrovní parodontální péče (Turgut Cankaya et al., 2020). Počet pravidelných návštěv u zubního lékaře se s věkem snižuje (Weening-Verbree et al., 2022), což je jedním z dalších problémů, které ke zlepšení orálního zdraví seniorů nepřispívají. K neuspokojivému stavu orálního zdraví u seniorů nepřispívá ani kuřáctví. Dostupné literární údaje potvrzují, že kouření zhoršuje ústní hygienu. Vyšší procento dobré ústní hygieny a orálního zdraví celkově bylo potvrzeno u nekuřáků (Turgut Cankaya et al., 2020). Důležité jsou pravidelné návštěvy zubního lékaře a sledování pacientů, které umožní monitorovat zdraví ústní dutiny pacienta. Pravidelné návštěvy udržují dobrou úroveň zubních protetických náhrad (Turgut Cankaya et al., 2020). Teoretické znalosti a praktické dovednosti sester v péči o ústní zdraví u seniorů by se měly zlepšit a péče o ústní zdraví by mohlo být zahrnuto do každodenního léčebného plánu ošetřovatelského personálu (Aro et al., 2018).

ZÁVĚR

Stárnutí je významným rizikem a faktorem pro rozvoj zdravotních potíží a celkový zdravotní stav má širokou interakci se zdravím ústní dutiny. Ústní zdraví seniorů bylo popsáno v několika studiích, které zkoumaly stálou dentici, zubní protetické náhrady a stav měkkých a tvrdých zubních tkání. Bezzubost je mezi staršími lidmi rozšířená po celém světě a je silně spojena se socioekonomickým statusem. Orálnímu zdraví, hygienické péči o chrup a protetice není u seniorů věnována dostatečná pozornost, a to ani v systému preventivní péče, což je dlouhodobý celosvětový jev. Ať už ze strany seniora, kterému adekvátní péči znemožňují zdravotní komplikace či jejich postojem k této problematice, která je dána nedostatečnou informovaností seniora v této oblasti. Dostatečné péči o dutinu ústní se nedostává uspokojivé pozornosti ani v zařízeních sociální a nemocniční péče stran ošetrovatelského personálu, což je dáno částečně jak dlouhodobým podstavem personálu, tak nedostatečnými znalostmi v oblasti péče o dutinu ústní a zubní protetické náhrady u seniorů. U seniorů, kteří trpí demencí, bývá oblast orálního zdraví a péče o chrup a zubní náhrady významně horší. Snímatelné zubní náhrady mohou zvyšovat riziko vzniku zubního kazu, poškození parodontu v důsledku nedostatečné ústní hygieny, zvýšené akumulace plaku a zubního kamene. Nepříznivé dopady snímatelných částečných zubních náhrad na parodont lze eliminovat, pokud je dodržována dobrá ústní hygiena a dostatečná hygienická péče o protetiku a zubní náhrady. Pravidelná a soustavná mechanická očista plaku prostředky ústní hygieny je nezbytná pro redukci tvorby plaku, zubního kamene, kazu a zánětlivých onemocnění dutiny ústní. Zlepšení přístupu v těchto oblastech, systematická preventivní opatření, správně nastavená edukace a motivace nejen samotných seniorů, ale také ošetrovatelského personálu, by jistě na tuto problematiku mělo velmi kladný dopad.

Poděkování

Tento přehledový článek vznikl za podpory projektu MZ ČR – Podpora zdraví, zvyšování efektivity a kvality zdravotní péče. Číslo projektu 24/22/PPZ Preventivní prohlídky – aneb co sami můžeme udělat pro své zdraví?

Literatura

ABBAS, M. J. et al. Importance of preventive dentistry in the elderly: A personal approach. *Dental Research Journal*. 2022, vol. 19, no. 1. ISSN 2008-0255.

ADADAN GÜVENÇ, I. Sialorrhea: A Guide to Etiology, Assessment, and Management. In: ADADAN GÜVENÇ, I. (ed.). *Salivary Glands – New Approaches in Diagnostics and Treatment* [online]. IntechOpen, 2019. ISBN 978-1-83881-358-1. DOI: 10.5772/intechopen.82619.

ALBRECHT, M. et al. Oral health educational interventions for nursing home staff and residents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016, vol. 9, no. 9. ISSN 1469-493X.

AL-NASSER, L. and LAMSTER, I. B. Prevention and management of periodontal diseases and dental caries in the older adults. *Periodontology 2000*. 2020, vol. 84, no. 1, p. 69–83. ISSN 0906-6713.

ARO, T. et al. Perceptions of older people's oral health care among nurses working in geriatric home care. *Acta Odontologica Scandinavica*. 2018, vol. 76, no. 6, p. 427–432. ISSN 0001-6357.

BILHAN, H. et al. Complication rates and patient satisfaction with removable dentures. *The Journal of Advanced Prosthodontics*. 2012, vol. 4, no. 2. ISSN 2005-7806.

BURANAROM, N. et al. Hyposalivation, oral health, and Candida colonization in independent dentate elders. *PLoS One*. 2020, vol. 15, no. 11. ISSN 1932-6203.

CEENA, D. E. et al. Oral health status among the geriatric population – A cross sectional study. *Journal of Gerontology and Geriatrics*. 2022, vol. 70, no. 3, p.1–5. ISSN 2499-6564.

CORCORAN, C. et al. Malnutrition in the elderly. *Science Progress*. 2019, vol. 102, no. 2, p. 171–180. ISSN 0036-8504.

DEEB, M. A. et al. Assessment of factors influencing oral health-related quality of life (OHRQoL) of patients with removable dental prosthesis. *Pakistan Journal of Medical Sciences*. 2019, vol. 36, no. 2. ISSN 1682-024X.

DELWEL, S. et al. Oral health and orofacial pain in older people with dementia: a systematic review with focus on dental hard tissues. *Clinical Oral Investigations*. 2017, vol. 21, no. 1, p. 17–32. ISSN 1432-6981.

HUNG, M. et al. Oral health as a gateway to overall health and well-being: Surveillance of the geriatric population in the United States. *Special Care in Dentistry*. 2019, vol. 39, no. 4, p. 354–361. ISSN 0275-1879.

HURAIB, W. M. et al. Assessment of nutritional and psychosocial status of elderly patients wearing removable dental prosthetics. *Journal of Pharmacy And Bioallied Sciences*. 2022, vol. 14, no. 5. ISSN 0976-4879.

CHHABRA, A. et al. Elderly patient's knowledge, attitudes and behaviors regarding care and maintenance of the removable prosthesis: a qualitative study. *Minerva Stomatologica*. 2015, vol. 64, no. 6, p. 265–273. ISSN 0026-4970.

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

KANDELMAN, D., PETERSEN, P. E. and UEDA, H. Oral health, general health, and quality of life in older people. *Special Care in Dentistry*. 2008, vol. 28, no. 6, p. 224–236. ISSN 0275-1879.

KIYAK, H. A. and REICHMUTH, M. Barriers to and Enablers of Older Adults' Use of Dental Services. *Journal of Dental Education*. 2005, vol. 69, no. 9, p. 975–986. ISSN 0022-0337.

KLEVETOVÁ, D. Orální zdraví u seniorů. *Florence*. 2022, roč. 18, č. 5, s. 33–35. ISSN 2570-4915.

MALIK, A. et al. Impact of age on elderly patients with oral cancer. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*. 2019, 276(1), p. 223–231. ISSN 0937-4477.

MEIRA, I. A. et al. Speech in implant-supported and removable complete denture wearers: A systematic review. *The Journal of Prosthetic Dentistry*. 2022, 128(6), p. 1230–1238. ISSN 0022-3913.

PETROVA, T. G. et al. [Stomatological status and quality of life of elderly and senile people]. *Advances in Gerontology = Uspekhi Gerontologii*. 2017, vol. 30, no. 3, p. 390–393. ISSN 1561-9125.

PRESTON, A. J. Oral care of elderly patients: nurses' knowledge and views. *Postgraduate Medical Journal*. 2020, 76(892), p. 89–91. ISSN 0032-5473.

RAZAK, P. A. et al. Geriatric oral health: a review article. *Journal of international oral health*. 2014, vol. 6, no. 6, p. 110–116. ISSN 0976-7428.

ROHR, J. F. C. et al. The influence of the oral microbiome on general health. *Stomatology edu journal*. 2021, vol. 8, no. 1, p. 66–76. ISSN 2360-2406.

SADIG, W. The denture hygiene, denture stomatitis and role of dental hygienist. *International Journal of Dental Hygiene*. 2010, vol. 8, no. 3, p. 227–231. ISSN 1601-5029.

SHAH, S. S. et al. Denture Hygiene Habits among Elderly Patients Wearing Complete Dentures. *The Journal of Contemporary Dental Practice*. 2013, vol. 14, no. 6, p. 1161–1164. ISSN 1526-3711.

SCHIMMEL, M. and ABOU-AYASH, S. The Ageing Mouth. In: KOSSIONI, A. (ed.). *Gerodontology Essentials for Health Care Professionals*. Practical Issues in Geriatrics. Cham: Springer International Publishing, 2020, p. 17–48. ISBN 978-3-030-41467-2.

SOULISSA, A. G. A Review of the Factors Associated with Periodontal Disease in the Elderly. *Journal of Indonesian Dental Association*. 2020, vol. 3, no. 1, p. 47–53. ISSN 2621-6183.

SU, Y. et al. Denture Wearing and Malnutrition Risk Among Community-Dwelling Older Adults. *Nutrients*. 2020, vol. 12, no. 1. ISSN 2072-6643.

SYED, Q., HENDLER, K. T. and KONCILJA, K. The Impact of Aging and Medical Status on Dysgeusia. *The American Journal of Medicine*. 2016, vol. 129, no. 7, p. 753.e1–753.e6. ISSN 0002-9343.

TURGUT CANKAYA, Z., YURDAKOS, A. and GOKALP KALABAY, P. The association between denture care and oral hygiene habits, oral hygiene knowledge and periodontal status of geriatric patients wearing removable partial dentures. *European Oral Research*. 2020, vol. 54, no. 1, p. 9–15. ISSN 2630-6158.

TURNER, M., JAHANGIRI, L. and SHIP, J. A. Hyposalivation, xerostomia and the complete denture. *The Journal of the American Dental Association*. 2008, vol. 139, no. 2, p. 146–150. ISSN 0002-8177.

UMAR FAROOQ, M., PURANIK, P. M. and K.R, S. Oral health concerns in elderly: A review. *RGUHS Journal of Medical Sciences*. 2019, vol. 9, no. 4. ISSN 2231-1947.

WEENING-VERBREE, L. F. et al. Evaluation of an Oral Care Program to Improve the Oral Health of Home-Dwelling Older People. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022, vol. 19, no. 12. ISSN 1661-7827.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Health Statistics. World Health Organization, 2020.

WONG, F. M. F., NG, Y. T. Y. and LEUNG, W. K. Oral Health and Its Associated Factors Among Older Institutionalized Residents – A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019, vol. 16, no. 21. ISSN 1661-7827.

WILLIS, J. R. and GABALDÓN, T. The Human Oral Microbiome in Health and Disease: From Sequences to Ecosystems. *Microorganisms*. 2020, vol. 8, no. 2. ISSN 2076-2607.

YUAN, A. and WOO, S.-B. Adverse drug events in the oral cavity. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*. 2015, vol. 119, no. 1, p. 35–47. ISSN 2212-4403.

ZELIG, R. et al. Tooth Loss and Nutritional Status in Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *JDR Clinical & Translational Research*. 2022, vol. 7, no. 1, p. 4–15. ISSN 2380-0844.

Kontakt

Ing. Iveta Bryjová
Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě
Ústav nelékařských zdravotnických studií
Bezručovo nám. 885/14, 746 01 Opava, Česká republika
iveta.bryjova@fvp.slu.cz

HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA PACIENTŮ S PORUCHOU POLYKÁNÍ PO CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ

EVALUATION OF THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH DYSPHAGIA AFTER STROKE

Iva Volešová¹, Petra Mandysová¹

Abstrakt

Východiska: Poruchy polykání u pacientů po cévní mozkové příhodě jsou velmi častou komplikací, která významně ovlivňuje nutriční, hydratační a psychosociální aspekty pacientova života. Kvalita života pacientů s dysfagií je proto výrazně změněna.

Cíl: Vyhledání všech metod hodnocení kvality života u pacientů s poruchou polykání vzniklou po prodělané cévní mozkové příhodě.

Metoda: Přehledová studie (scoping review) v elektronických informačních databázích SCOPUS, Web of Science a PubMed.

Výsledky: Dohledáno bylo celkem 9 různých nástrojů pro hodnocení kvality života u pacientů po cévní mozkové příhodě, kteří mají poruchu polykání. Tyto metody jsou: SWAL-QOL, WHOQOL, EQ-5D, MDADI, DHI, OHRQOL, ADL, SAPP a SS-QOL.

Závěr: Rešerší nebyl dohledán žádný nástroj hodnocení kvality života pacientů po cévní mozkové příhodě s poruchou polykání, který by byl validován v českém prostředí. Důvodem je vhodné provést rešerši i v jiných databázích s cílem identifikovat nástroje validované v českém jazyce nebo s cílem nalézt nástroj vhodný pro české prostředí.

Klíčová slova

cévní mozková příhoda, kvalita života, dysfagie, scoping review, polykání

¹ Ústav ošetřovatelství, Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého v Olomouci

Abstract

Background: Dysphagia after stroke is a common complication that significantly affects patients' nutrition, hydration and psychosocial aspects of their life. The quality of life is significantly altered.

Aim: The aim of this paper is to identify all available instruments used to assess the quality of life in patients with dysphagia after stroke.

Methods: Scoping review in electronic databases SCOPUS, Web of Science and PubMed.

Results: In total, nine instruments were used to assess the quality of life in patients with dysphagia after stroke. These instruments are: SWAL-QOL, WHOQOL, EQ-5D, MDADI, DHI, OHRQOL, ADL, SAPP and SS-QOL.

Conclusion: Scoping review showed no instruments used in Czech settings. Further review in other databases is required to determine which instruments are used to assess quality of life in patients with dysphagia after stroke or which instrument would be appropriate for use in the Czech setting.

Keywords

stroke, quality of life, dysphagia, scoping review, swallowing

ÚVOD

Cévní mozková příhoda (CMP) je druhá nejčastější příčina úmrtí na celém světě (World Health Organisation [WHO], 2020). V České republice (ČR) v roce 2019 bylo dohromady hospitalizováno 51 250 lidí s tímto onemocněním, což byla 5. nejčastější příčina hospitalizace po spontánním porodu jediného dítěte, zlomenině stehenní kosti, artróze kyčelního kloubu a cholelithiázy (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [ÚZIS], 2021). Na cévní mozkové onemocnění v roce 2019 zemřelo 4 448 lidí a byla to nejčastější příčina úmrtí v ČR. Průměrný věk pacientů s CMP je dle ÚZIS (2021) 73,2 let s tím, že muže CMP postihuje o trochu více než ženy – 15 835 všech postižených CMP v roce 2019 bylo mužů a 15 208 byly ženy (ÚZIS, 2021).

Od roku 2011 dochází k trendu snižování úmrtnosti seniorů na CMP pomocí zavádění a neustálého zlepšování urgentních strategií řešení CMP pomocí iktových center a časného podání intravenózní trombolýzy. Přestože se poměr seniorů zvýšil od 1. 1. 2011 k 31. 12. 2020 v populaci o 4,6 %, úmrtnost seniorů na CMP se snížila o 45 % (Český statistický úřad, 2021).

Polykání je komplexní senzomotorický proces zahrnující koordinaci několika svalových skupin pro vypuzení bolusu jídla nebo tekutiny do žaludku a zároveň slouží k ochraně dýchacího ústrojí (Jones, Colletti a Ding, 2020). Dysfagie neboli porucha polykání je definována jako objektivní zhoršení nebo potíže s polykáním, vedoucí k abnormálnímu prodloužení posunu tekutého nebo tuhého bolusu. Zároveň je dysfagie definována jako pacientův subjektivní pocit zdržení tekutého nebo tuhého bolusu během polykání. Tato duální definice je vhodná s ohledem na to, že ne vždy objektivní test prokáže subjektivně vnímané potíže s polykáním (Azer a Kshirsagar, 2022).

Dysfagie je častou komplikací CMP, kdy v akutním stádiu postihuje 37–78 % pacientů (Václavík et al., 2015). U 95 % pacientů s CMP dochází ke spontánní úpravě dysfagie do 9 týdnů od prvotního symptomu, u zbývajících 5 % může dysfagie mít závažné následky na nutrici a hydrataci a na psychosociální oblast života pacientů. Screeningové vyšetření na zjištění výskytu poruch polykání u pacientů po CMP je prováděno u všech pacientů vždy před prvním příjmem potravy per os. Doporučovaným nástrojem v ČR je standardizovaný test The Gugging Swallowing Screen (GUSS), který určuje stupeň dysfagie a doporučuje dietetická opatření v rámci prevence aspirace (Solná, Lasotová a Václavík, 2018). Dysfagie může být mnohdy jediným příznakem CMP, jindy se může manifestovat až v následujících dnech či týdnech po CMP, proto je významné screening dysfagie neopomíjet ani v postakutní fázi (Václavík et al., 2015).

V současné době dochází k výraznému stárnutí populace v ČR, kdy podíl osob ve věku nad 65 let v populaci k roku 2020 dosáhl 20,2 %. Od roku 2011 do konce roku 2020 došlo k nárůstu seniorské populace o více než půl milionu na 2,16 milionu seniorů starších 65 let. CMP jsou v roce 2020 třetí nejčastější příčinou úmrtí u seniorů po chronické ischemické chorobě srdeční a po Covid-19. Zemřelo na ně 6,9 tisíce seniorů s tím, že častěji na CMP zemřely ženy (57,8 %) (ÚZIS, 2021).

S ohledem na snižování úmrtnosti na CMP je důležité, aby docházelo ke zlepšování ošetrovatelské a rehabilitační péče v postakutní fázi, aby došlo k brzkému odstranění vzniklých postižení a k časnému návratu do stavu před CMP. Je taktéž významné monitorovat i potenciální rizika závažných sekundárních komplikací, které mohou vést k fatálním následkům (aspirace, malnutrice, dehydratace, dekubity aj.). V rámci holistického přístupu péče je důležité věnovat pozornost nejen objektivnímu hodnocení zdravotního stavu pacienta, ale také hodnotit i subjektivní percepci pacientova zdraví a jeho vlivu na vnímanou kvalitu života (Azer a Kshirsagar, 2022).

Kvalita života je u pacientů po CMP vyhodnocována již více než 40 let. I přes to, že kvalita života je koncept dlouhodobě známý a zkoumaný, neexistuje žádná univerzální definice, která by kvalitu života adekvátně vyjádřila s ohledem na všechny potenciální aspekty (Opara a Jaracz, 2010). Kvalita života je vysoce individuální, proto nemůže být objektivně hodnocena zdravotnickým personálem. Každý pacient bude svou kvalitu života vnímat v souvislosti s jeho socioekonomickým a kulturním kontextem (Bakhtiyari et al., 2020). Kvalita života pacientů po CMP s dysfagií je hodnocena pomocí generických dotazníků pro pacienty s jakoukoliv poruchou zdraví (Opara a Jaracz, 2010) nebo pomocí specifických nástrojů zaměřených na poruchy polykání (Kim et al., 2020).

POPIS REŠERŠNÍ STRATEGIE

Cílem této přehledové práce bylo vyhledání všech dostupných metod hodnocení kvality života pacientů po CMP s prokázanou poruchou polykání.

Rešeršní otázka byla formulována pomocí metody PCC (P = Population, C = Concept, C = Context) v souladu s doporučenou metodikou vytvořenou Joanna Briggs Institute (Aromataris, Munn, 2020). PCC metoda jasně identifikuje zaměření a kontext přehledové studie (tzv. scoping review) a je doporučena k tvorbě srozumitelného názvu a inkluzních kritérií pro tento typ studie a související rešerše (Peters et al., 2020). Pro jasnou definici cíle této přehledové práce byla stanovena hlavní rešeršní otázka a jedna rešeršní podotázka. Hlavní rešeršní otázka vlastní rešerše zní:

- Jaké nástroje hodnocení kvality života dospělých lidí s poruchou polykání vzniklé po cévní mozkové příhodě jsou dostupné?

K dalšímu zaměření přehledového článku byla stanovena následující podotázka:

- V jakém klinickém prostředí byly dané nástroje zkoumány?

Vhodnou populací pro přehledový článek jsou dospělí pacienti starší 18 let s prodělanou cévní mozkovou příhodou bez ohledu na národnost či pohlaví. Konceptem pro přehledový článek jsou všechny objektivní i subjektivní nástroje určené pro hodnocení kvality života. Kontextem rešerše je výskyt subjektivně nebo objektivně vyhodnocené poruchy polykání vzniklé v souvislosti s prodělanou CMP bez ohledu na geografickou lokalitu a klinické prostředí, ve kterém byl nástroj použit (viz Tabulka 1).

Tab. 1 Jednotlivá kritéria rešerše dle PCC otázky

PCC otázka	Kritéria
Populace (P)	Dospělí lidé starší 18 let po CMP
Koncept (C)	Nástroje pro měření kvality života
Kontext (C)	Dysfagie

Jednotlivá klíčová slova byla vyhledána v Medical Terms (MeSH) v elektronické informační databázi Cochrane Library dle vybrané metody PCC. Stanovená klíčová slova byla propojena pomocí Booleanských operátorů nejprve dle jednotlivého parametru metody PCC v Tabulce 2. Rešerše byla provedena v elektronických informačních databázích PubMed, Web of Science a Scopus pomocí klíčových slov a Booleanských operátorů OR a AND. Kritéria inkluze a exkluze byly stanoveny v souladu s rešeršní otázkou a metodou PCC a jsou rozepsány v Tabulce 3. Exkluze článků po přečtení abstraktů byla provedena pokud: článek nebyl ve stanoveném jazyce, nehodnotil kvalitu života objektivní metodou, hodnotil kvalitu života u pacientů s jinou diagnózou než s cévní mozkovou příhodou, byl duplicitní.

Tab. 2 Spojení klíčových slov pomocí Booleanských operátorů

Metoda PCC	Propojená klíčová slova
#1: Populace (P)	Stroke OR Cerebrovascular accident OR CVA OR Apoplex* OR Cerebral stroke OR Cerebrovascular apoplex* OR Brain vascular accident OR Brain attack OR Cerebral infarct*
#2: Koncept (C)	Quality of life assess* OR Quality of life questionnaire* OR Quality of life instrument* OR Quality of life scale* OR Quality of life measure* OR Quality of liKfe tool* OR QoL assess* OR QoL questionnaire* OR QoL instrument* OR QoL scale* OR QoL measure* OR QoL tool*
#3: Kontext (C)	Deglutition disorder OR Dysphagia OR Swallow* disorder OR Oropharyngeal dysphagia OR Esophageal dysphagia OR Swallow* difficult* OR Impair* swallow* OR Swallow* impair*
PCC	#1 AND #2 AND #3

Tab. 3 Kritéria inkluze a exkluze řešerše

Parametr	Kritérium inkluze	Kritérium exkluze
Datum publikace	Do 01/2023	N/A
Dostupnost	Full text (plný text), Open Access (otevřený přístup)	Embargoed articles (embargovaný článek), retracted (stažené články), abstract
Jazyk	Angličtina, čeština, slovenština	Jiné jazyky
Geografické omezení a klinické prostředí	Všechny geografické oblasti a prostředí	N/A

VÝSLEDKY

Za použití jednotlivých klíčových slov v kombinaci vypsané v Tabulce 2 – Spojení klíčových slov pomocí Booleanských operátorů byly vyhledávány relevantní studie v elektronických informačních databázích PubMed, Scopus a Web of Science. Například

vyhledávání v databázi Scopus bylo provedeno pomocí tohoto spojení klíčových slov: stroke OR cerebrovascular AND accident OR cva OR apoplex* OR cerebral AND stroke OR cerebrovascular AND apoplex* OR brain AND vascular AND accident OR brain AND attack OR cerebral AND infarct* AND quality AND of AND life AND assess* OR quality AND of AND life AND questionnaire* OR quality AND of AND life AND instrument* OR quality AND of AND life AND scale* OR quality AND of AND life AND measure* OR quality AND of AND life AND tool* OR qol AND assess* OR qol AND questionnaire* OR qol AND instrument* OR qol AND scale* OR qol AND measure* OR qol AND tool* AND deglutition AND disorder OR dysphagia OR swallow* AND disorder OR oropharyngeal AND dysphagia OR esophageal AND dysphagia OR swallow* AND difficult* OR impair* AND swallow* OR swallow* AND impair*.

V elektronické informační databázi PubMed bylo po zadání klíčových slov a stanovených parametrů nalezeno 13 relevantních studií. Z těchto 13 studií byly po prostudování abstraktů pro svou nevhodnost vyřazeny dvě studie. Po prostudování celého textu a zdrojů těchto jedenácti studií bylo dohledáno 7 dalších relevantních studií.

V databázi SCOPUS bylo vyhledáno 5 studií. Tři studie i přes nastavenou podmínku Open Access nebyly volně dostupné. Zbýlé dvě studie byly po prostudování abstraktů vyřazeny jakožto nevhodné.

V databázi Web of Science bylo dohledáno celkem 150 studií. Čtyři studie nebyly i přes stanovený parametr Open Access dostupné. Po prostudování abstraktů jednotlivých studií bylo vyřazeno 127 studií, které buď nebyly ve stanovených vyhledávacích jazycích, neobsahovaly hodnocení kvality života pacientů s poruchou polykání nebo jako sledovaný vzorek pacientů uváděly pacienty s jinými diagnózami, než je cévní mozkové příhoda. Ze zdrojů těchto studií byly dohledány 3 další relevantní studie.

Celkový počet všech dohledaných studií byl 40.

VÝSTUPY K HLAVNÍ REŠERŠNÍ OTÁZCE

Ve 40 dohledaných studiích bylo celkem nalezeno 9 metod hodnocení kvality života u pacientů s poruchou polykání po cévní mozkové příhodě. Nejčastěji používanou metodou v šetřeních byl nástroj Swallowing Quality of Life (SWAL-QOL), který byl využíván ve 26 studiích (viz Tabulka 5), a to buď jako jediný nástroj pro hodnocení kvality života nebo v případě dvou studií společně s nástrojem Světové zdravotnické organizace pro hodnocení kvality života (World Health Organisation Quality of Life Questionnaire, WHOQOL). Dotazník WHOQOL byl taktéž použit v jedné studii (Fu et al., 2022), kde toto hodnocení kvality života bylo doplněno dalším hodnocením pomocí dotazníku M.D. Anderson Dysphagia Inventory (MDADI). MDADI obdobně použil Huppertz et al. (2022). Druhým nejčastěji používaným nástrojem hodnocení kvality života u pacientů s dysfagií byl nástroj European Quality of Life – 5 Dimensions (EQ-5D), který byl použit v pěti studiích (viz Tabulka 5). Celkem ve třech studiích byl k hodnocení použit nástroj Dysphagia Handicap Index (DHI). Dvakrát byly použity dva nástroje – Oral Health-Related Quality of Life (OHRQOL) a Stroke Specific Quality of Life Scale (SS-QOL). Ve studii Zhang et

al. (2016) k hodnocení kvality života u pacientů po CMP použili nástroj ADL (Activities of Daily Living). Cheng et al. (2017) jako jediní použili dotazník Swallowing Activity and Participation Profile (SAPP).

Tab. 4 Přehled dohledaných výsledků

Databáze	Počet nalezených výsledků v rešerši	Počet vyřazených výsledků z rešerše	Počet použitých výsledků z rešerše	Dohledáno ze zdrojů získaných v rešerši	Dohledáno celkem
PubMed	13	2	11	7	18
Scopus	5	5	0	0	0
Web of Science	150	131	19	3	22
Dohledáno celkem ve všech databázích					40

Tab. 5 Přehled dohledaných studií

Autor	Rok	Metoda	Klinické prostředí	Příčina dysfagie
Bath, Scutt, Love, et al.	2016	European Quality of Life-5 Dimensions [EQ-5D],	Domácí prostředí	CMP
Byeon	2020	SWAL-QOL	Nemocnice	CMP
Carlaw, Finlayson, Beggs et al.	2011	SWAL-QOL	Nemocnice	CMP, míšní poranění, kraniotrauma, rakovina krku a hlavy
Deok, Doo	2017	SWAL-QOL	Rehabilitace	CMP
Kim, Park, Park et al.	2020	SWAL-QOL	Rehabilitace	CMP

Farahat, Malki, Mesallam et al.	2014	Dysphagia Handicap Index (DHI)		Nádory mozku, CMP, Alzheimerova choroba, rakovina hlavy a krku, paralýza hlasivek, glomus jugulare, operace čelisti, laryngofaryngeální reflux
Fu, Wang, Ma et al.	2022	WHOQOL, MD Anderson Dysphagia Inventory (MDADI)	Kliniky polykání	CMP
Lin, Lin, Tsai et al.	2017	SWAL-QOL	Nemocnice	CMP
Howard, Block, Mishreki et al.	2022	SWAL-QOL	Rehabilitační centrum	CMP
Huang, Liu, Li et al.	2022	Oral Health-Related Quality of Life (OHRQoL)	Rehabilitační oddělení	CMP
Huppertz, Pilz, Pilz da Cunha et al.	2022	MD Anderson dysphagia inventory (MDADI)	Nemocnice	CMP
Chan, Zhang, Sun, et al.	2020	SWAL-QOL	Nemocnice	CMP
Chan, Zhang, Guo et al.	2017	SWAL-QOL	Nemocnice, Logopedická centra	CMP
Chen, Chen, Chen et al.	2019	Oral-Health Related Quality of Life (OHRQoL)	Nemocnice, Logopedická centra	CMP
Cheng, Chan, Wong et al.	2017	Swallowing Activity and Participation Profile (SAPP)	N/A	CMP
Ickenstein, Riecker, Höhlig et al.	2010	SWAL-QOL,	N/A	CMP
Kalra, Irshad, Hodsoll et al.	2015	Stroke Specific Quality of Life Scale (SS-QoL)	Neurologie	CMP

Kang, Park, Lee et al.	2012	European Quality of Life (EQ-5D)	Iktová oddělení	CMP
Khaldoun, Woisard, Verin	2009	Stroke Specific Quality of Life Scale SS-QOL	Rehabilitace	ALS, orofaryngeální rakovina, CMP, operace hlavy/krku z nekancerózní příčiny, myopatie, psychologická příčina
Kim, Kim, Choi et al.	2019	SWAL-QOL	N/A	CMP
Kim, Chang, Jung, et al.	2021	Dysphagia Handicaped Index (DHI)	Nemocnice	CMP
Lemmens, Bours, Limburg et al.	2013	EuroQoL-	Domácí prostředí	CMP
Lin, Lin, Tsai et al.	2021	5D three level (EQ-5D-3L)	Logopedické ambulance	CMP
Martindale, Stephenson, Pownall	2019	SWAL-QOL	Neurologie, Nemocnice	CMP
Middleton, Levi, Dale, et. al	2016	World Health Organization Quality of Life (WHOQOL), Swallowing Quality of Life Questionnaire (SWAL-QOL)	Nemocnice	CMP
Moon, Hahm, Won et al.	2018	SWAL-QOL	Emergency	CMP
Fu	2016	EQ-5D	Nemocnice	CMP
Shao, Chen, Zhu, et al.	2022	SWAL-QOL	Rehabilitační centrum	CMP
Shaw, Rodgers, Price, et al.	2010	SWAL-QOL	Oddělení rehabilitace	CMP
Shen, Zhang, Chen	2021	SWAL-QOL	Iktová centra	CMP

Silbergleit, Schultz, Jacobson et al.	2012	European Quality of Life- 5 Dimensions (EQ-5D)	N/A	Rakovina hlavy a krku, CMP, ALS, Parkinsonova choroba, jícnová achalázie, GERD, globus faryngeus
Sproson, Pownall, Enderby et al.	2018	SWAL-QOL	Nemocnice	CMP
Tan, Tan, Wang et al.	2022	Dysphagia Handicap Index (DHI)	Rehabilitace, Nemocnice	CMP
Ünlüer, Temucin, Demir et al.	2019	SWAL-QOL	Nemocnice	CMP
Zhen, Liu, Li	2017	SWAL-QOL	Rehabilitace, Neurologie	CMP
Xia, Zheng, Yia et al.	2016	SWAL-QOL	Rehabilitace	CMP
Yin	2013	SWAL-QOL	Rehabilitační centrum	CMP
Zhang, Bian, Meng et al.	2016	SWAL-QOL	Rehabilitační centrum	CMP
Li, Li, Ai	2021	SWAL-QOL	Nemocnice	CMP
Zhao, Ju, Wang et al.	2019	Barthel test (ADL)	N/A	CMP

ADL – Activities of Daily Living; ALS – amyotrofická laterální skleróza; CMP – cévní mozková příhoda; DHI – Dysphagia Handicap Index; EQ-5D – European Quality of Life – 5 Dimensions; EQ-5D-3L – European Quality of Life – 5 Dimensions 3 level; GERD – refluxní choroba jícnu; MDADI - MD Anderson dysphagia inventory; OHRQoL - Oral Health-Related Quality of Life; SAPP - Swallowing Activity and Participation Profile; SSQOL – Stroke Specific Quality of Life; SWAL-QOL – Swallowing Quality of Life Questionnaire; WHOQOL - World Health Organization Quality of Life.

VÝSTUPY K VEDLEJŠÍ REŠERŠNÍ OTÁZCE

Jednotlivá šetření byla nejčastěji prováděna v nemocničním prostředí (Byeon, 2020; Carlaw et al., 2011; Fu et al., 2022; Huppertz et al., 2022; Kim et al., 2019; Martindale, Stephenson a Pownall, 2019; Moon et al., 2018; Silbergleit et al., 2012; Tan et al., 2022; Zhang et al., 2016; Zhao et al., 2019), ať už v rámci neurologického oddělení (Ickenstein

et al., 2010; Lin et al., 2021; Ünlüer et al., 2019), tak v rámci rehabilitačního oddělení (Sproson et al., 2018; Shao et al., 2022; Deok a Doo, 2017; Kim et al., 2020; Kang et al., 2012; Zhen et al., 2017).

Druhým nejčastějším místem, kde pacienti byli zkoumáni, byla rehabilitační centra a rehabilitační kliniky. Tři studie byly provedeny na logopedii (Lemmens et al., 2013; Chan et al., 2017; Chan et al., 2020). Dvě studie byly provedeny v pozdní post-akutní fázi onemocnění při pobytu v domácím prostředí (Bath et al., 2016; Kim et al., 2021) a jiné dvě při pobytu na iktovém oddělení (Shaw et al., 2010; Kalra et al., 2015). Jedna studie byla provedena v brzké akutní fázi CMP na Emergency (Middleton et al., 2016) a jedna studie byla provedena na specializované Klinice polykání (Farahat et al., 2014). Celkem pět studií ve svém příspěvku neuvedlo klinické prostředí, ve kterém bylo šetření prováděno (Chen et al., 2019; Cheng et al., 2017; Khaldoun, Woisard a Verin, 2009; Shen, Zhang a Chen, 2021; Li, Li a Ai, 2021).

ZÁVĚR

Existuje celkem 9 různých nástrojů pro hodnocení kvality života u pacientů po cévní mozkové příhodě, kteří mají poruchu polykání. Tyto metody jsou: SWAL-QOL, WHOQOL, EQ-5D, MDADI, DHI, OHRQOL, ADL, SAPP a SS-QOL. Šetření je možné provádět v různých klinických prostředích od akutní fáze po post-akutní fázi onemocnění. Je nutné si uvědomit, že kvalita života pacientů se v různých fázích významně liší. Kvalita života pacientů v nemocničním a domácím prostředí je odlišná. Nástroje je možné použít na odděleních, ambulancích a klinikách, kde se pacienti po cévní mozkové příhodě léčí nebo rehabilitují. Rešerši nebyla dohledána žádná studie, která by některý z nástrojů hodnocení kvality života pacientů po CMP s dysfagií používala v českém prostředí. Je proto vhodné provést rešerši v dalších elektronických informačních databázích a pokusit se najít nástroj, který byl v českém prostředí k těmto účelům použit. Eventuálně je vhodné identifikovat zahraniční nástroj, který by mohl být pro české prostředí nejvhodnější, a přeložit jej do českého jazyka.

Literatura

AROMATARIS, E. and MUNN, Z. *JBI Manual for Evidence Synthesis* [online]. Adelaide, Australia: Joanna Briggs Institut, 2020. [cit. 27. 1. 2023]. ISBN 978-0-6488488-0-6. DOI: 10.46658/JBIMES-20-01.

AZER, S. A. and KSHIRSAGAR, R. K. *Dysphagia* [online]. Treasure Island (FL): StatPearls, 2022. [cit. 27. 1. 2023]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559174/>.

BAKHTIYARI, J. et al. The Effects of Dysphagia on Quality of Life in Stroke Survivors. *Middle East Journal of Rehabilitation and Health Studies* [online]. 2020, vol. 7, no. 4. [cit. 10. 2. 2023]. ISSN 2423-4451. DOI:10.5812/mejrh.105722.

BATH, P. M. et al. Pharyngeal Electrical Stimulation for Treatment of Dysphagia in Subacute Stroke. *Stroke* [online]. 2016, vol. 47, no. 6, p. 1562–1570. [cit. 27. 1. 2023]. ISSN 0039-2499. DOI: 10.1161/STROKEAHA.115.012455.

BYEON, H. Combined Effects of NMES and Mendelsohn Maneuver on the Swallowing Function and Swallowing– Quality of Life of Patients with Stroke-Induced Sub-Acute Swallowing Disorders. *Biomedicines* [online]. 2020, vol. 8, no. 1. [cit. 27. 1. 2023]. ISSN 2227-9059. DOI: 10.3390/biomedicines8010012.

CARLAW, C. et al. Outcomes of a Pilot Water Protocol Project in a Rehabilitation Setting. *Dysphagia* [online]. 2011, vol. 27, no. 3, p. 297–306. [cit. 27. 1. 2023]. ISSN 0179-051X. DOI: 10.1007/s00455-011-9366-9.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Vývoj obyvatelstva České republiky – 2020: Úmrtnost* [online]. Praha: Český statistický úřad, 2021. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/142755448/1300692105.pdf/4db7fe02-51a9-4a9b-9254-dc2f02df3f8c?version=1.1>.

DEOK, G. H. and DOO, H. Y. A comparison of the swallowing function and quality of life by oral intake level in stroke patients with dysphagia. *Journal of Physical Therapy Science*. 2017, vol. 29, no. 9, p. 1552–1554. ISSN 0915-5287.

FARAHAT, M. et al. Development of the Arabic Version of Dysphagia Handicap Index (DHI). *Dysphagia* [online]. 2014, vol. 29, no. 4, p. 459–467 [cit. 25. 1. 2023]. ISSN 0179-051X. DOI: 10.1007/s00455-014-9528-7.

FU, R. Acupuncture combined with conventional cerebrovascular disease treatment plan plus rehabilitation therapy to treat 53 cases of dysphagia after stroke. *Chinese Medicine Research*. 2016, vol. 2, p. 56–58.

FU, L. et al. Effect of Acupuncture and Rehabilitation Therapy on the Recovery of Neurological Function and Prognosis of Stroke Patients. *Computational and Mathematical Methods in Medicine* [online]. 2022, p. 1–8. [cit. 27. 1. 2023]. ISSN 1748-6718. DOI: 10.1155/2022/4581248.

HOWARD, M. M. et al. The Effect of Sensory Level Versus Motor Level Electrical Stimulation of Pharyngeal Muscles in Acute Stroke Patients with Dysphagia: A Randomized Trial. *Dysphagia* [online]. 2022, p. 1–11. [cit. 27. 1. 2023]. ISSN 0179-051X. DOI: 10.1007/s00455-022-10520-7.

HUANG, S. et al. Oral health knowledge, attitudes, and practices and oral health-related quality of life among stroke inpatients: a cross-sectional study. *BMC Oral Health* [online]. 2022, vol. 22, no. 1. [cit. 27. 1. 2023]. ISSN 1472-6831. DOI: 10.1186/s12903-022-02446-1.

HUPPERTZ, V. A. L. et al. Malnutrition risk and oropharyngeal dysphagia in the chronic post-stroke phase. *Frontiers in Neurology* [online]. 2022, vol. 13. [cit. 27. 1. 2023]. ISSN 1664-2295. DOI: 10.3389/fneur.2022.939735.

CHAN, Y. T. et al. Acupuncture for Poststroke Dysphagia: A Pilot, Nonrandomized, Self-Controlled Trial. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* [online]. 2020, p. 1–7. [cit. 27. 1. 2023]. ISSN 1741-427X. DOI: 10.1155/2020/4689296.

CHAN, Y. T. et al. Effectiveness and Safety of Acupuncture for Poststroke Dysphagia: Study Protocol for a Pragmatic Multicenter Nonrandomized Controlled Trial. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* [online]. 2017, p. 1–8. [cit. 27. 1. 2023]. ISSN 1741-427X. DOI: 10.1155/2017/2349794.

CHEN, H. J. et al. Effect of an Oral Health Programme on Oral Health, Oral Intake, and Nutrition in Patients with Stroke and Dysphagia in Taiwan: A Randomised Controlled Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 2019, vol. 16, no. 12. [cit. 27. 1. 2023]. ISSN 1660-4601. DOI: 10.3390/ijerph16122228.

CHENG, I. et al. Neuronavigated high-frequency repetitive transcranial magnetic stimulation for chronic post-stroke dysphagia: A randomized controlled study. *Journal of Rehabilitation Medicine* [online]. 2017, vol. 49, no. 6, p. 475–481. [cit. 27. 1. 2023]. ISSN 1650-1977. DOI: 10.2340/16501977-2235.

ICKENSTEIN, G. W. et al. Pneumonia and in-hospital mortality in the context of neurogenic oropharyngeal dysphagia (NOD) in stroke and a new NOD step-wise concept. *Journal of Neurology* [online]. 2010, vol. 257, no. 9, p. 1492–1499. [cit. 27. 1. 2023]. ISSN 0340-5354. DOI: 10.1007/s00415-010-5558-8.

JONES, C. A., COLLETTI, C. M. and DING, M. C. Post-stroke Dysphagia: Recent Insights and Unanswered Questions. *Current Neurology and Neuroscience Reports* [online]. 2020, vol. 20, no. 12. [cit. 27. 1. 2023]. ISSN 1528-4042. DOI: 10.1007/s11910-020-01081-z.

KALRA, L. et al. Prophylactic antibiotics after acute stroke for reducing pneumonia in patients with dysphagia (STROKE-INF): a prospective, cluster-randomised, open-label, masked endpoint, controlled clinical trial. *The Lancet* [online]. 2015, vol. 386, no. 10006, p. 1835–1844. [cit. 27. 1. 2023]. ISSN 0140-6736. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)00126-9.

KANG, J. H. et al. The Effect of Bedside Exercise Program on Stroke Patients with Dysphagia. *Annals of Rehabilitation Medicine* [online]. 2012, vol. 36, no. 4. [cit. 27. 1. 2023]. ISSN 2234-0645. DOI: 10.5535/arm.2012.36.4.512.

KHALDOUN, E., WOISARD, V. and VERIN, É. Validation in French of the SWAL-QOL scale in patients with oropharyngeal dysphagia. *Gastroentérologie Clinique et Biologique* [online]. 2009, vol. 33, no. 3, p. 167–171. [cit. 27. 1. 2023]. ISSN 0399-8320. DOI: 10.1016/j.gcb.2008.12.012.

KIM, D. Y. et al. The impact of dysphagia on quality of life in stroke patients. *Medicine* [online]. 2020, vol. 99, no. 34. [cit. 27. 1. 2023]. ISSN 0025-7974. DOI: 10.1097/MD.00000000000021795.

KIM, H. K. et al. Analysis of Dysphagia Handicap Index in Stroke Patients and Associated Factors. *Communication Sciences & Disorders* [online]. 2019, vol. 24, no. 1, p. 220–233. [cit. 27. 1. 2023]. ISSN 2288-0917. DOI: 10.12963/csd.18539.

KIM, K. T. et al. Unmet Needs for Rehabilitative Management in Common Health-Related Problems Negatively Impact the Quality of Life of Community-Dwelling Stroke Survivors. *Frontiers in Neurology* [online]. 2021, vol. 12. [cit. 27. 1. 2023]. ISSN 1664-2295. DOI: 10.3389/fneur.2021.758536.

LEMMENS, J. et al. The feasibility and test–retest reliability of the Dutch Swal-Qol adapted interview version for dysphagic patients with communicative and/or cognitive problems. *Quality of Life Research* [online]. 2013, vol. 22, no. 4, p. 891–895. [cit. 27. 1. 2023]. ISSN 0962-9343. DOI: 10.1007/s11136-012-0202-y.

LI, Z. H., LI, H. M. and AI, N. N. Clinical trials of Xingnao Kaiqiao needling combined with respiratory training for post-stroke dysphagia. *Zhen Ci Yan Jiu* [online]. 2021, vol. 46, no. 10, p. 875–879. ISSN 1000-0607. DOI: 10.13702/j.1000-0607.201011.

LIN, S. C. et al. Effects of a food preparation program on dietary well-being for stroke patients with dysphagia. *Medicine* [online]. 2021, vol. 100, no. 25. [cit. 27. 1. 2023]. ISSN 0025-7974. DOI: 10.1097/MD.00000000000026479.

MARTINDALE, N., STEPHENSON, J. and POWNALL, S. Neuromuscular Electrical Stimulation Plus Rehabilitative Exercise as a Treatment for Dysphagia in Stroke and Non-Stroke Patients in an NHS Setting: Feasibility and Outcomes. *Geriatrics* [online]. 2019, vol. 4, no. 4. [cit. 27. 1. 2023]. ISSN 2308-3417. DOI: 10.3390/geriatrics4040053.

MIDDLETON, S. et al. Triage, treatment and transfer of patients with stroke in emergency department trial (the T3 Trial): a cluster randomised trial protocol. *Implementation Science* [online]. 2016, vol. 11, no. 1. [cit. 27. 1. 2023]. ISSN 1748-5908. DOI: 10.1186/s13012-016-0503-6.

MOON, J. H. et al. The effects of tongue pressure strength and accuracy training on tongue pressure strength, swallowing function, and quality of life in subacute stroke patients with dysphagia: a preliminary randomized clinical trial. *International Journal of Rehabilitation Research* [online]. 2018, vol. 4, no. 3, p. 204–210. [cit. 25. 1. 2023]. ISSN 0342-5282. DOI: 10.1097/MRR.0000000000000282.

OPARA, J. A. and JARACZ, K. Quality of life of post-stroke patients and their caregivers. *Journal of Medicine and Life* [online]. 2010, vol. 3, no. 3, p. 216–220. [cit. 10. 2. 2023]. ISSN 1844-3117. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3018998/>.

PETERS, M. D. J. et al. Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBI Evidence Synthesis* [online]. 2020, vol. 18, no. 10, p. 2119–2126. [cit. 27. 1. 2023]. ISSN 2689-8381. DOI: 10.11124/JBIES-20-00167.

SHAO, X. et al. The Effects of Adding Di-Tan Decoction (DTD) and/or Electroacupuncture (EA) to Standard Swallowing Rehabilitation Training (SRT) for Improving Poststroke Dysphagia (PSD): A Pilot, Single-Centred, Randomized Trial. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* [online]. 2022, p. 1–13. [cit. 27. 1. 2023]. ISSN 1741-4288. DOI: 10.1155/2022/2011597.

SHAW, L. et al. BoTULS: a multicentre randomised controlled trial to evaluate the clinical effectiveness and cost-effectiveness of treating upper limb spasticity due to stroke with botulinum toxin type A. *Health Technology Assessment* [online]. 2010, vol. 14, no. 26. [cit. 27. 1. 2023]. ISSN 1366-5278. DOI: 10.3310/hta14260.

SHEN, Z. Q., ZHANG, W. D. and CHEN, H. L. Efficacy of glossopharyngeal acupuncture combined with swallowing function training for treatment of post-stroke dysphagia. *Guangxi Medical Journal*. 2021, vol. 43, no. 24, p. 2933–2936. ISSN 0253-4304.

SILBERGLEIT, A. K. et al. The Dysphagia Handicap Index: Development and Validation. *Dysphagia* [online]. 2012, vol. 27, no. 1, p. 46–52. [cit. 25. 1. 2023]. ISSN 0179-051X. DOI: 10.1007/s00455-011-9336-2.

SOLNÁ, G., LASOTOVÁ, N. and VÁCLAVÍK, D. Care for patients with dysphagia after acute stroke in the Czech republic. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie* [online]. 2018, vol. 81, no. 5, p. 528–531. [cit. 26. 2. 2023]. ISSN 1210-7859. DOI: 10.14735/amcsnn2018528.

SPROSON, L. et al. Combined electrical stimulation and exercise for swallow rehabilitation post-stroke: a pilot randomized control trial. *International Journal of Language & Communication Disorders* [online]. 2018, vol. 53, no. 2, p. 405–417. [cit. 27. 1. 2023]. ISSN 1368-2822. DOI: 10.1111/1460-6984.12359.

TAN, Z. et al. Effect of neuromuscular electrical stimulation combined with swallowing rehabilitation training on the treatment efficacy and life quality of stroke patients with dysphagia. *American Journal of Translational Research*. 2022, vol. 14, no. 2, p. 1258–1267. ISSN 1943-8141.

ÜNLÜER, N. Ö. et al. Effects of Low-Frequency Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation on Swallowing Function and Quality of Life of Post-stroke Patients. *Dysphagia* [online]. 2019, vol. 34, no. 3, p. 360–371. [cit. 27. 1. 2023]. ISSN 0179-051X. DOI: 10.1007/s00455-018-09965-6.

Ústav zdravotnických informací a statistik. *Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2019* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2021. [cit. 16. 2. 2022]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=aktuality&aid=8513>.

VÁCLAVÍK, D. et al. Péče o pacienty s dysfagií po cévní mozkové příhodě. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie* [online]. 2015, roč. 78, č. 6, s. 721–727. [cit. 28. 4. 2022]. ISSN 1210-7859. DOI: 10.14735/amcsnn2015721.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The top 10 causes of death* [online]. WHO, 2020. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>.

XIA, W. et al. Post-stroke dysphagia treated with acupuncture of meridian differentiation: a randomized controlled trial. *Zhongguo Zhen Jiu* [online]. 2016, vol. 36, no. 7, p. 673–678. ISSN 0255-2930. DOI: 10.13703/j.0255-2930.2016.07.001.

YIN, L. L. A Clinical Study on Acupuncture Combined with Rehabilitation Therapy for 57 Cases of Swallowing Disorders after Stroke. *JTCM*. 2013, vol. 9, p. 766–768. ISSN 0254-6272.

ZHANG, C. et al. Tongguan Liqiao acupuncture therapy improves dysphagia after brainstem stroke. *Neural Regeneration Research* [online]. 2016, vol. 11, no. 2. [cit. 27. 1. 2023]. ISSN 1673-5374. DOI: 10.4103/1673-5374.177737.

ZHAO, W. et al. Clinical observation of effects of ultrashort wave therapy combined with acupuncture and rehabilitation training in the treatment of patients with dysphagia after stroke. *Journal of Neurorestoratology* [online]. 2019, vol. 7, no. 3, p. 136–142. [cit. 27. 1. 2023]. ISSN 2324-2426. DOI: 10.26599/JNR.2019.9040014.

ZHEN, W. J. et al. Observation on Therapeutic Effect of Acupuncture Synchronous Swallowing Rehabilitation Training on Swallowing Disorders After Cerebral Hemorrhage. *JETCM*. 2017, vol. 10, p. 1859–1861.

Kontakt

Mgr. Iva Volešová
Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého v Olomouci
Ústav ošetřovatelství
Hněvotínská 3, 775 15 Olomouc, Česká republika
iva.volesova@ujep.cz

VZDĚLÁVÁNÍ SENIORŮ V INFORMAČNÍCH A KOMUNIKAČNÍCH TECHNOLOGIÍCH VE VYBRANÉM REGIONU ČESKÉ REPUBLIKY

SENIOR CITIZEN EDUCATION IN INFORMATION AND COMMUNICATION TECHNOLOGY (ICT) IN A SELECTED REGION OF THE CZECH REPUBLIC

Zdenka Telnarová¹, Pavla Kudlová², Jana Kutnohorská³

Abstrakt

Východiska: Pro seniory je zdraví hlavní prioritou a je potřeba ho vnímat v širším kontextu, patří sem také celoživotní učení a znalost informačních digitálních technologií (ICT), jejichž prostřednictvím senioři mohou získat mnoho důležitých informací a případně komunikovat i se svým ošetřujícím lékařem.

Cíl: zmapovat sociální a digitální inkluzi seniorů v ICT. Na základě identifikovaných problémů připravit koncepci metodiky vzdělávání seniorů v ICT.

Metody: smíšený výzkum – kombinace technik obsahové analýzy vybraných dokumentů, expertní polostrukturované rozhovory, 2 focus groups, příklady dobré praxe. Výzkumný vzorek tvořili zástupci šesti seniorských organizací v geografickém prostoru Magistrátu města Ostravy a lektori seniorů v ICT.

Výsledky: Sociální a digitální inkluze seniorů za pomoci ICT je v plánu všech šesti seniorských organizací. Lektori se v ICT kurzech zaměřují na vyhledávání užitečných informací pro život: e-bankovníctví, e-zdraví, e-knihovny, nákupy po internetu aj. Chybí však lektori, metodika vzdělávání, technické vybavení učeben.

Závěr: Doporučujeme připravit a realizovat koncepci vzdělávání seniorů v oblasti ICT. Jen tak může dojít k rozvoji digitální i zdravotní gramotnosti.

Klíčová slova

senior, ICT gramotnost, zdraví, možnosti, limity, inkluze, kvalita života

¹ Katedra informatiky a počítačů, Přírodovědecká fakulta, Ostravská univerzita

² Ústav zdravotnických věd, Fakulta humanitních studií, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

³ Ústav nelékařských studií, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Univerzita Karlova

Abstract

Background: Health is the main priority for senior citizens and it is necessary to perceive it in a broader context. Lifelong learning and the knowledge of information and communication technology (ICT), thanks to which senior citizens can acquire a lot of important information and also communicate with their physicians are part of this.

Aim: to map social and digital inclusion of senior citizens in ICT, and to prepare a conception of methodology to educate senior citizens in ICT.

Methods: mixed research – a combination of techniques of content analysis of selected documents, expert semi-structured interviews, 2 focus groups, and examples of good practice. The research sample was formed by representatives of six senior citizen organizations within the region of Ostrava, and ICT lecturers.

Results: Social and digital inclusion of senior citizens by means of senior citizen education in ICT is planned by all the six senior citizen organizations. Lecturers in ICT courses focus on searching for information useful for life: e-banking, e-health, e-libraries, online shopping, etc. However, there is a lack of suitable lecturers, methodology, and technical equipment in the classrooms.

Conclusion: We recommend preparing and implementing a conception of senior citizen education in the area of ICT. Only this way can we achieve a development in digital and health literacy.

Keywords

senior citizen, ICT literacy, health, possibilities, limits, life quality

ÚVOD

Stárnutí populace je celosvětovým fenoménem, se kterým se potýkají zejména ekonomicky vyspělé země. Z dlouhodobého hlediska se jedná o problém, který může mít výrazně negativní dopady nejenom na hospodářství evropských zemí, ale i na společnost jako takovou. Současná společnost, postavená na službách a aktivitách založených na ICT, prohlubuje propast mezi těmi, kteří tyto technologie používají a těmi, kteří je neznají/nepoužívají z různých důvodů (Kotíková et al., 2014). Starší lidé patří v tomto směru k nejzranitelnější skupině.

Vzdělávání dospělých představuje celoživotní proces, umožňující člověku „držet krok“ se změnami v oblasti kulturního, ekonomického, zdravotního a společenského života. Toto vzdělávání se samozřejmě dotýká i seniorů (Barták, 2008). Sociální začleňování je proces,

který zajišťuje, že osoby sociálně vyloučené nebo sociálním vyloučením ohrožené dosáhnou příležitostí a možností, které jim napomáhají plně se zapojit do ekonomického, sociálního i kulturního života společnosti a žít způsobem, který je ve společnosti považován za běžný (§3 zákona č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů in ČESKO). Sociální začleňování starších osob je jednou z hlavních politik Evropské komise. Zajímavé jsou aktivity EPALE (Elektronická platforma pro vzdělávání dospělých v Evropě) „Sociální začlenění stárnoucí populace a mezigenerační učení (EPALE, 2021).

TEORETICKÁ VÝCHODISKA

V roce 2019 vydal Český statistický úřad po čtyřech letech novou projekci obyvatel České republiky, tentokrát do roku 2100, resp. k 1. 1. 2101. Z projekce vyplynulo, že po celou druhou polovinu 21. století bude žít v České republice 2,5krát více seniorů než dětí. Jejich počet by měl kulminovat na konci 50. let 21. st. na úrovni 3,2 mil. osob oproti současným 1,8 mil. Stárnutí populace je třeba brát jako neodvratitelný proces (Štyglarová, 2019). K přípravě na stáří jsou vládou ČR schvalovány strategické dokumenty – národní programy přípravy na stáří (MPSV, 2019).

Stárnutí populace je globální jev, na který reaguje mezinárodní akční strategie Světové zdravotnické organizace (WHO) koncepcí „stárnutí obyvatelstva v 21. století“. Cílem této strategie je podpořit rozvoj společnosti pro všechny věkové skupiny a udržet kvalitu života seniorů na určité ekonomické, kulturní a společenské úrovni.

Stáří je možné posuzovat z různých hledisek, např. podle věku jedince, podle jeho schopnosti pracovat atd. Jedním z hledisek pro posuzování stáří je také kvalita života (Kutnohorská, Cichá a Goldmann, 2011). Termín „aktivní stárnutí“ zavedla WHO v souvislosti s prodlužováním lidského života a přibývajícím počtem starších osob (Průcha a Veteška, 2014). Koncept aktivního stárnutí vychází z dokumentů OSN – Zásady OSN pro starší osoby z roku 1991 a Mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí přijatý v Madridu v roce 2002 (MPSV, 2019). Hlavní cíle „konceptu aktivního stárnutí“ byly a zůstávají zaměřeny především na oblasti vzdělávání, zaměstnání, zdravého stárnutí a osobního rozvoje. Vzhledem ke stárnutí populace je důležité rozvíjet mezigenerační vztahy a solidaritu, prosazovat toleranci a porozumění (MPSV, 2015). Vzdělávací aktivity v seniorském věku přispívají k pocitu důstojnosti, ke spokojenosti a naplnění sociálních potřeb, k integraci jedince do společnosti, ke snazšímu zvládnutí nových úkolů a činností, a především k vyšší kvalitě života. Této aktivitě se někdy také říká "aktivizace seniorů" (Kutnohorská a Kudlová, 2016). Důležitým úkolem programů aktivizace je také sociální hledisko ve smyslu potlačení sociální izolace osob v seniorském věku (Průcha a Veteška, 2014).

Na přelomu tisíciletí bylo zdravé stárnutí v projektu WHO „Healthy Ageing“ definováno jako „proces maximálního využití všech možností k fyzickému, sociálnímu a duševnímu zdraví, který umožní starším lidem aktivně a bez diskriminace účastnit se společenského dění a mít nezávislý a kvalitní život“ (EuroHealthNet, 2007). Pro seniory je zdraví hlavní prioritou a je potřeba ho vnímat v širším kontextu, patří sem také celoživotní učení

a znalost informačních digitálních technologií (ICT), jejichž prostřednictvím senioři mohou získat mnoho důležitých informací a případně komunikovat i se svým ošetřujícím lékařem (Sak a Kolesárová, 2012). Zaměření na vzdělávání seniorů se odvíjí od poslední třetiny 20. st. Zpočátku se učení a rozvoj starších lidí stalo ústředním tématem gerontologie, které se od 70. let přezdívá vzdělávací gerontologie (Petřková a Čornaničová, 2004). Nyní se považuje vzdělávací gerontologie za synonymum pro vzdělávání starších dospělých a učení se v pozdějším životě (Formosa, 2019). Učení starších lidí je tedy překrývající se oblastí mezi vzděláváním dospělých a gerontologií. Hlavním cílem je zvyšovat kvalitu života jedince. Aktivizace seniorů v oblasti vzdělávání může mít různý charakter a probíhat v podobě výuky formální, neformální a informální (Průcha a Veteška, 2014).

Vzdělávání/ edukace v informačních a komunikačních technologiích (ICT) umožňuje dosáhnout základní úrovně informační gramotnosti – tj. získat elementární dovednosti v ovládání výpočetní techniky a moderních informačních technologií, orientovat se ve světě informací, tvořivě pracovat s informacemi a využívat je při dalším vzdělávání i v praktickém životě. ICT gramotností rozumíme soubor kompetencí, které jedinec potřebuje, aby byl schopen se rozhodnout jak, kdy a proč použít dostupné ICT, a poté je umět využít. Moderní komunikační prostředky (počítač, internet, chytrý telefon, chytré hodinky a další technologie – např. platební karta) zásadním způsobem ovlivňují život současné populace včetně seniorů. Nové znalosti a dovednosti, zejména ovládání ICT se stávají nezbytností pro sociální začleňování každého občana, seniora nevylučuje. Svědčí o tom i vzrůstající vybavenost domácností ICT technikou. V roce 2005 mělo dle Českého statistického úřadu (ČSÚ) v ČR počítač pouze 30 % domácností, v roce 2014 mělo osobní počítač a připojení k internetu 72 % českých domácností. Stále více roste obliba přenosných počítačů (ČSÚ, 2014a).

Většina dnešních seniorů neměla ve školním vzdělávání, a mnozí ani v průběhu aktivního pracovního i osobního života, možnost si ICT osvojit. Dostávají se tak do sociální izolace, kterou sami bez pomoci ostatních nedokáží překonat. Aktuálním příkladem jsou elektronické recepty, které byly jako povinné zavedeny od roku 2018 nebo registrace/ rezervace termínů na očkování proti covid-19 v internetovém registračním systému. Dalším příkladem je ohrožení života a přivolání zdravotní záchranné služby, elektronické objednání návštěvy u lékaře, elektronická rezervace času na některých úřadech přes internet aj. Tyto příklady dokazují nutnost alespoň základního ovládání ICT technologií. Umět tyto ICT ovládat je důležitou podmínkou sociální inkluze/ začleňování seniorů.

Z uvedených východisek vychází výzkumný projekt „*SMART technologies to improve the quality of life in cities and regions.*“ (Kutnohorská a Telnarová, 2018; Kutnohorská a Telnarová, 2020).

VÝZKUMNÝ DESIGN

Smíšený výzkum se zaměřuje na vzdělávání seniorů v ICT a na jejich sociální a digitální inkluzi ve vztahu ke zdravému životnímu stylu prostřednictvím ICT. Na základě identifikovaných problémů připravit koncepci metodiky vzdělávání seniorů v ICT.

Před zahájením vlastního výzkumného šetření jsme provedli desk research, abychom mohli definovat nejdůležitější problém, kterým se stala absence případových studií s pozitivním náhledem na vzdělávání seniorů v ICT. Při konkrétní realizaci vzdělávání jsme sledovali také společenský užitek (Mason, 2002). Výzkumné šetření vycházelo ze smíšeného výzkumného designu (Coolican, 2018) s více metodami. Pro řešení dílčích cílů byla zvolena kombinace technik obsahové analýzy vybraných dokumentů, expertních polopolostrukturovaných rozhovorů (6 rozhovorů, po 16 otázkách) a 2 focus groups. Obsahovou analýzou byly analyzovány strategické dokumenty zabývající se proměnnými, ovlivňujícími vzdělávání seniorů v ICT a kvalitu jejich života v kontextu sociální a digitální inkluze. Výsledky obsahové analýzy posloužily jako podklad pro expertní/ problémově zaměřené strukturované rozhovory na téma: „Jak funguje vzdělávání seniorů v ICT v seniorských organizacích a jaké jsou možnosti a limity vzdělávání seniorů v ICT?“ Získané informace byly analyzovány interpretativní fenomenologickou analýzou (IPA). IPA je fenomenologická tím, že se snaží prozkoumat osobité vnímání nebo vysvětlování si událostí, situací a zkušeností člověka (Hendl, 2012). Po analýze a interpretaci příkladů dobré praxe ještě následovala metoda focus group, kdy cílem dvou setkání se seniory – budoucími lektory seniorů bylo seznámit účastníky setkání s výsledky příkladů dobré praxe, extrahovat rizika vzdělávání seniorů a připravit koncepci metodiky vzdělávání. Tato setkání nám umožnila generalizaci a identifikaci specifík vzdělávání seniorů v ICT. Focus group bývá uváděna jako jedna z nejprogresivnějších kvalitativních metod pro získávání dat (Miovský, 2006).

V rámci kvalitativního výzkumu technikou polostrukturovaných rozhovorů bylo osloveno 30 center/organizací sdružujících seniory na území Magistrátu města Ostravy s dotazem, zda organizují pro seniory vzdělávání v ICT. Odpovědělo celkem 16 (tj. 53 %). Z těchto 16 jen 6 organizací realizuje kurzy pro seniory. 5 organizací chtělo zůstat v anonymitě. Položili jsme jim následujících 16 otázek.

Závěry z analýzy odpovědí zástupců seniorských organizací

Analýza a interpretace kvalitativního výzkumu technikou **polostrukturovaných rozhovorů** nám umožnila identifikovat problémy vzdělávání seniorů v ICT: chybí metodika vzdělávání, finanční prostředky, lektori, kteří by se podíleli na ICT výuce (chybí také tzv. mezigenerační solidarita), chybí odpovídající technické vybavení učeben.

PŘÍKLADY DOBRÉ PRAXE

Příklady dobré praxe nám pomohly pochopit situaci v terénu a zaměřit se na extrahované problémy do hloubky. Realizovali jsme 6 expertních rozhovorů v šesti organizacích, které nabízejí kurzy ICT pro seniory. Lektori se v ICT kurzech zaměřují na vyhledávání „užitečných informací pro život“: e-bankovníctví, e-zdraví, e-knihovny, nákupy po internetu, využívání tzv. chytrých telefonů.

Pět organizací chtělo zůstat v anonymitě. Reprezentujícím příkladem dobré praxe

je Komunitní centrum Archa Ostrava – Poruba, které slouží seniorům a sdružuje jich kolem 370. Začalo oficiálně svou činnost v roce 2015 v nevyužitých prostorách bývalé lidové školy umění. Tehdejší vlastník je spolu s dalšími ostravskými firmami zrekonstruovaly. Toto komunitní centrum má svou vlastní PC učebnu a svého lektora, který pracoval jako ICT specialista a dále se vzdělává v kurzech U3V realizovaných Přírodovědeckou fakultou Ostravské univerzity. Je to kurz prohlubování metodických a didaktických schopností seniorů jako lektorů a také další kurzy pro zvyšování ICT gramotnosti. Také v tomto centru vítají metodickou pomoc a e-learningové texty pro výuku vypracované odborníky v ICT didaktice a metodologii výuky.

Z analýzy odpovědí všech šesti organizací vyplynulo, že kurzy pro seniory, pokud pořádají tak v základních školách v jejich počítačových učebnách. Zájem o kurzy se nedá hodnotit jedním slovem, zda je velký nebo malý. Pohybuje se kolem 10 osob na jeden kurz. Na otázky 3–5 (Máte počítačovou učebnu pro výuku? Je technický stav učebny vyhovující? Kolik má tato učebna počítačů?) jsme nedostali jednoznačnou odpověď, protože stav učebny zástupce organizace nebyl schopen posoudit. Senioři si svoje zařízení do učebny přinášejí, ale zpravidla je nepoužívají. Organizace neplánují pořízení vlastní učebny, nemají finance. V kurzech převažují ženy a věk seniorů je od 65 let. Nejvíce seniorů se školí ve věku 70–75 let. Oslovené organizace by vítali tzv. mobilní učebnu počítačů, kterou by udržoval vyškolený technik. Také vítají metodiku vzdělávání v ICT a prohlubování lektorských schopností seniorů. Pozitivně hodnotí e-learningové texty (Sehnalová, 2020 a; 2020 b), které se staly důležitým výstupem (sadou postupů, metodiky, aktuálních potřeb a potřebnosti využívání ICT) výzkumného šetření. Informovat o kurzech mohou senioři získat hlavně na vývěškách. Konzultace s odborníky a možnost dalšího vzdělávání, tj. hlavně prohlubování lektorských didaktických a metodických schopností všichni oslovení by uvítali.

ANALÝZA A INTERPRETACE FOCUS GROUP

Velkou výhodou focus group je získání reakcí od poměrně široké škály participantů v relativně krátkém čase. Cílem focus group není, aby se ve skupině dosáhlo souhlasu nebo se dospělo k rozporům (Hendl, 2012).

V rámci focus group byla realizována dvě setkání, první v roce 2019 a druhé v roce 2020. Cílem focus group bylo zjistit, co seniorům/ lektorům seniorů chybí ve vzdělávání ICT. První setkání se orientovalo na průřezové experimentální ověření využitelnosti definovaných metod, postupů a nástrojů vzdělávání a učení se. Respondenti vítali mobilní učebnu a shodli se na tom, že určitě přispěje k rozšíření možností vzdělávat seniory v ICT, jelikož počítačová učebna je jednou z hlavních překážek vzdělávání seniorů v ICT technologiích. *Podařilo se určit hierarchii potřeb pro vzdělávání:* 1) mobilní počítačová učebna, 2) e-learningový text, 3) průběžné vyhodnocování rizik, 4) setkávání / školení lektorů – seznámení s novými poznatky v ICT.

Na druhém setkání respondenti analyzovali a připomínkovali připravenou metodiku vzdělávání/ e-learningové testy (Sehnalová, 2020 a; 2020 b). Byly definovány rizikové faktory vzdělávání seniorů. Byly to především faktory technické a psychologické.

Participanty byli zástupci seniorských organizací, s nimiž jsme prováděli expertní rozhovory, dále zájemci/ senioři, kteří se chtějí stát lektory seniorů. Cílem bylo zjistit, jak lze využít ICT také k péči o zdraví, pro zdravý životní styl, k získání informací e-Health. Získané výsledky poukazují na klíčovou roli vzdělávání v ICT a podporu vzdělávání v komunitním a institucionálním prostředí.

DISKUZE

Wiechetová uvádí, že v roce 2018 se v oblasti výpočetní techniky vzdělávalo 28 % Čechů, avšak mezi seniory nad 65 let je to pouze 7%. Osoby s vysokoškolským vzděláním se celkově věnují zvyšování svých znalostí s počítačem více než osoby se základním vzděláním a rozdíl mezi těmito skupinami je velký (Wiechetová, 2019).

Łukasz Tomczyk ve studii "Senioři ve světě nových médií a fenomén digitálního vyloučení v zemích Visegrádské čtyřky" se zaměřuje na popsání specifických aspektů fungování seniorů v informační společnosti v zemích Visegrádské čtyřky. Studie se soustřeďuje na příčiny digitálního vyloučení a na kvalitu života seniorů. Uchopení takto formulované problematiky se uskutečňuje prostřednictvím podrobné analýzy faktorů podmiňujících existenci digitální propasti v České a Slovenské republice, v Polsku a v Maďarsku (Tomczyk, 2015). Přestože společnost chápe mírný hendikep seniorů v oblasti ICT, jsou stále více a častěji tyto technologie zaváděny i tam, kde je musí umět ovládat bez ohledu na to, jestli je umí ovládat nebo ne. Pro seniory je ovládání ICT složité především ze dvou aspektů: z technického a také možnostmi vzdělávání seniorů v ICT. Naprostá většina moderních technologií se ovládá dotykem prstů, což je u seniorů problém. Pružnost a cit především v prstech jsou s narůstajícím věkem omezeny. Druhé hledisko souvisí s omezenými možnostmi zaučení a vzdělání seniora v obsluze ICT. Pokud se jedná o užívání mobilních telefonů, ze statistik ČSÚ vyplynulo, že ve věku 65 + používala v roce 2007 mobilní telefon pouze 1/3 seniorů, v roce 2014 to bylo již téměř 9 z deseti seniorů (ČSÚ, 2014b). Tento počet určitě stoupá, ale novější údaje nejsou v tento okamžik k dispozici.

Je nutno si uvědomit, že internet v posledních letech vládne světem. V několika minutách se na internetu objevují nejnovější zprávy z domova i ze světa. Senioři si oblíbili zejména online časopisy a noviny, elektronickou poštu. Někteří objevili i možnosti sociálních sítí, které využívají ke komunikaci s rodinnými příslušníky a přáteli. Internet využívají také k získání či ověření informací o zdraví a nemoci, jejich prevenci a léčbě. Dále pak k získání informací v rámci jejich zájmů a koníčků (recepty, informace o kutilství, zahrádkaření aj.). Poslední oblastí aktivit je internetové bankovníctví a nákup zboží. Možnost vybrat zboží na internetu s možností dopravy až do domu je pro seniora užitečná. Oblast internetového bankovníctví je pro mnoho seniorů velmi náročná. Jak uvádí Kotíková, v souvislosti se vzděláváním seniorů se objevil i nový pojem – "e-inkluzie". Týká se specifické skupiny osob starších 50 let a představuje přístup zaměřený na podporu jejich začleňování do společnosti prostřednictvím nových ICT (Kotíková et al., 2014). Při vzdělávání seniorů je nutno také brát ohled na vzorce chování seniorů (González, Ramírez a Viadel, 2015).

ZÁVĚR

Stárnutí populace a klesající počet lidí v "produktivním věku" představují vážný problém pro naše zdravotní a sociální systémy. Je žádoucí k dané problematice přistupovat aktivně a podniknout kroky potřebné pro její včasné podchycení. K žádoucím krokům patří také dovednosti v moderních komunikačních technologiích. Důležitá je koncepce vzdělávání seniorů, která se zaměří na systematický rozvoj znalostí, dovedností a schopností v oblasti ICT, protože proniknutí nových technologií do života společnosti a celé lidské civilizace, jinými slovy jejich socializace, probíhá neuvěřitelně rychle. Nové technologie mohou přispět k prodloužení a zkvalitnění nezávislého života starších lidí a doby, po kterou zůstávají aktivní a soběstační.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Nabídka vzdělávacích kurzů pro seniory by se měla odvíjet od aktuálních požadavků, které měnící se společnost klade na všechny občany. V následujícím období by proto bylo vhodné stimulovat vytváření nabídky kurzů, které se zaměří na rozvoj znalostí, dovedností a schopností v oblasti informačních a komunikačních technologií, na podporu rozvoje finanční gramotnosti a na posilování bezpečnosti seniorů (MPSV ČR, 2019).

Příklady podporovaných aktivit:

- odstraňování překážek technických a psychologických, které brání v účasti seniorů na dalších vzdělávacích aktivitách,
- síťování poskytovatelů zaměřených na vzdělávání vybrané cílové skupiny,
- vzájemná výměna a sdílení zkušeností se vzděláváním seniorů v ICT (např. metody a techniky práce),
- plánování a optimalizace vhodné podpory pro vzdělávání seniorů v ICT,
- vyškolení seniorů jako lektorů, vzdělávání seniorů formu senior seniorovi (tento přístup boří psychologické bariéry ve vzdělávání seniorů),
- příprava koncepce vzdělávání seniorů, která se zaměří na systematický rozvoj znalostí, dovedností a schopností v ICT,
- vytvoření metodiky, postupů a dalších podkladových materiálů pro prohloubení lektorských schopností (didaktických a metodických) pro vzdělávání seniorů v ICT,
- zavádění nových postupů ve vzdělávání seniorů, monitoring a evaluace činností a podpory směřované vůči cílové skupině atd.

LIMITY STUDIE

Velikost a výběr vzorku z podstaty použitých metod a dobrovolnosti zapojení nebyl zcela reprezentativní. Nicméně jedná se o unikátní šetření, které vzniklo na základě potřeby získat informace o současném stavu vzdělávání seniorů v ICT ve vybraném regionu a seznámit zástupce vybraných seniorských organizací, ale i odbornou veřejnost, s výsledky šetření.

Poděkování

Tato studie vznikla v rámci projektu: SMART technologies to improve the quality of life in cities and regions (SMART technologie pro zvyšování kvality života ve městech a regionech), CZ.02.1.01/0.0/0.0/17_049/0008452, Ostravská univerzita, Czech Republic.

Literatura

BARTÁK, J. *Jak vzdělávat dospělé*. Praha: Alfa Nakladatelství, 2008. ISBN 978-80-87197-12-7.

COOLICAN, H. *Research Methods and Statistics in Psychology*. 7th ed. London and New York: Routledge Taylor & Francis Group, 2018. ISBN 978-1-138-70896-9.

ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách [online]. [cit. 20. 08. 2022]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>.

ČSÚ. *Využívání informačních a komunikačních technologií v domácnostech a mezi jednotlivci* [online]. Praha: Český statistický úřad, 2014a. [cit. 19. 1. 2022]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2014ediciplan.nsf/t/9D0030180C/\\$File/0620041416.pdf](http://www.czso.cz/csu/2014ediciplan.nsf/t/9D0030180C/$File/0620041416.pdf).

ČSÚ. *Téměř tři čtvrtiny Čechů jsou online* [online]. Praha: Český statistický úřad, 2014b. [cit. 15. 02. 2022]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/tz.nsf/i/temer_tri_ctvrtiny_cechu_jsou_online_20141202.

EPALE. *Vzdělávání dospělých* [online]. 2021. [cit. 21. 04. 2022]. Dostupné z: <https://epale.ec.europa.eu/cs/blog/epale/-2021-thematic-focuses>.

GONZÁLEZ, A., RAMÍREZ, M. P. and VIADEL, V. ICT Learning by Older Adults and Their Attitudes toward Computer Use. *Current Gerontology and Geriatrics Research* [online]. 2015. ISSN 1687-7071. DOI: 10.1155/2015/849308.

EuroHealthNet. *Healthy Ageing a challenge for Europe* [online]. Stockholm: The Swedish National Institute of Public Health, 2007. [cit. 09. 12. 2022]. ISBN 91-7257-481-X. Available from: https://ec.europa.eu/health/ph_projects/2003/action1/docs/2003_1_26_frep_en.pdf.

FORMOSA, M. (ed.). *The University of the Third Age and Active Ageing: European and Asian-Pacific Perspectives* [online]. Cham, Switzerland: Springer, 2019. [cit. 09. 12. 2022]. ISBN 978-3-030-21514-9. Available from: <https://doi.org/10.1007/978-3-030-21515-6>.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0219-6.

KOTÍKOVÁ, J. et al. *E-inkluze: metodická příručka*. Český Brod: M'am'aloca, 2014. ISBN 978-80-905534-4-6.

KUTNOHORSKÁ, J. a KUDLOVÁ, P. Důstojnost člověka Dignity of Man Theoretical Recources. *Zdravotnické listy*. 2016, roč. 4, č. 1, s. 56–60. ISSN 1339-3022.

KUTNOHORSKÁ, J., CICHÁ, M. a GOLDMANN, R. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3843-7.

KUTNOHORSKÁ, J. a TELNAROVÁ, Z. Vzdělávání seniorů jako součást zdravého životního stylu – Seniors' education as an element of the healthy life style. *Zdravotnické listy*. 2018, roč. 6, č. 4, s. 33–39. ISSN 1339-3022.

KUTNOHORSKÁ, J. a TELNAROVÁ, Z. Podpora zdravého životního stylu seniorů v digitální společnosti. *Zdravotnické listy*. 2020, roč. 8, č. 1, s. 80–87. ISSN 1339-3022.

MASON, J. *Qualitative researching*. 2nd ed. London: SAGE Publications Ltd, 2002. ISBN 978-0-7619-7428-4.

MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.

MPSV. *Usnesení vlády České republiky ze dne 30. března 2015 č. 218 O Národním akčním plánu podporujícího pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017* [online]. 2015. [cit. 15. 03. 2022]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/372809/uv_20150330_218.pdf/b8390508-3734-e1c7-d976-d5629cb4b248.

MPSV. *Strategie přípravy na stárnutí společnosti 2019–2025* [online]. 2019. [cit. 15. 02. 2022]. Dostupné z: file:///C:/Users/Asus/Desktop/Senioři%20podklady%2013.9.2019/Strategie-připravyna-stárnutí-společnosti-2019-2025-ma_ALBSBADJYUA2.pdf.

PETŘKOVÁ, A. a ČORNANIČOVÁ, R. *Gerontagogika: úvod do teorie a praxe edukace seniorů*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. ISBN 80-244-0879-1.

PRŮCHA, J. a VETEŠKA, J. *Andragogický slovník*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4748-4.

SAK, P. a KOLESÁROVÁ, K. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3850-5.

SEHNALOVÁ, V. *Základy SMART technologií; Studijní materiál pro lektory seniorů*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2020a. ISBN 978-80-7599-131-7.

SEHNALOVÁ, V. *SMART technologie pro zvýšení kvality života. Studijní materiál pro lektory seniorů*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2020b. ISBN 978-80-7599-182-9.

ŠTYGLEROVÁ, T. *Stárnutí se nevyhne* [online]. Český statistický úřad, 2019. [cit. 08. 11. 2019]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/ea002b5947>.

TOMCZYK, Ł. Senioři ve světě nových médií a fenomén digitálního vyloučení v zemích Visegrádské čtyřky – Seniors in the Information Society and the Phenomenon of Digital Exclusion in the Visegrad Countries. *E-pedagogium* [online]. 2015, roč. 15, č. 3, s. 83–95. [cit. 13. 05. 2019]. ISSN 1213-7499. Dostupné z: https://e-pedagogium.upol.cz/artkey/epd-201503-0009_seniori-ve-svete-novych-medii-a-fenomen-digitalniho-vyloucení-v-zemich-visegradske-ctyryky.php.

TOMCZYK, Ł. *Vzdělávání seniorů v oblasti nových médií*. Praha: Asociace vzdělávání dospělých, 2015. ISBN 978-80-904531-9-7.

WIECHETOVÁ, L. Češi se do počítačových kurzů nehrnou. *Statistika&my* [online]. 13. 8. 2019. [cit. 18. 11. 2020]. Dostupné z: <http://www.statistikaamy.cz/2019/08/cesi-se-do-pocitacovych-kurzu-nehrnou/>.

Kontakt

PhDr. Pavla Kudlová, PhD.
Fakulta humanitních studií, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Ústav zdravotnických věd
Štefánikova 5670, 760 01 Zlín, Česká republika
kudlova@utb.cz

POSTOJE ROMŮ KE ZDRAVÍ A NEMOCI V SOUVISLOSTI S PODPOROU ZDRAVÍ U ROMSKÝCH ŽEN

ATTITUDES OF ROMA TOWARDS HEALTH AND ILLNESS IN RELATION TO HEALTH PROMOTION FOR ROMA WOMEN

Nela Bunčková¹, Ludmila Koudeláková²

Abstrakt

Východiska: Příspěvek přehledového charakteru se zabývá transkulturním ošetrovatelstvím. Zabývá se tématem romské menšiny a postoji Romů ke zdraví a nemoci. Poukazuje na problematiku, která je úzce kulturně propojena, a to prevenci v oblasti romských dívek a žen. Vychází ze sociokulturních specifik ve vazbě na zdraví a nemoc ve vztahu k léčebnému, ošetrovatelskému procesu.

Cíl: Sumarizace aktuálních dohledaných poznatků o postojích Romů ke zdraví a nemoci v souvislosti s podporou zdraví u romských žen a nalezení východisek pro práci všeobecné sestry.

Metody: Vyhledávání bylo realizováno ve vědeckých databázích – EBSCO, Pubmed, ProQuest, Medvik, MEDLINE, Google Scholar. Celkově bylo dohledáno 21 studií. Proces vyhledávání a třídění reflektoval doporučení PRISMA.

Výsledky: Pro správnou a kulturně uzpůsobenou péči je nutné znát specifika jednotlivých menšin a mezi významné faktory, které ve vysoké míře ovlivňují postoje Romů ke zdraví a nemoci se nachází nízká úroveň vzdělání, ale hlavně vnímání zdraví a nemoci samotnou romskou menšinou. Romové zdraví nevnímají jako důležitý faktor, který ovlivňuje jejich životy.

Diskuze: Přednost před zdravím má především rodina, dále pak zajištění financí. To, že se Romové o svůj zdravotní stav příliš nezajímají, je jedním z důvodů, proč nevyhledávají odbornou pomoc nebo ji vyhledávají, až když nemoc progreduje a působí jim potíže.

Závěry: Velký podíl na vnímání zdraví a nemoci má kultura. Postoje zdraví a nemoci se nejenom odráží v oblasti dětské i dospělé populace, ale velmi intenzivně ovlivňuje i prevenci v oblasti romských dívek a žen.

¹ Fakultní nemocnice Trnava

² Ústav ošetrovatelství, Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého v Olomouci

Klíčová slova

Romové, zdraví, nemoc, postoje, sociální integrace

Abstract

Background: The contribution of an overview nature deals with transcultural nursing. It deals with the topic of the Roma minority and Roma attitudes towards health and illness. It points to an issue that is closely linked culturally, namely prevention in the area of Roma girls and women. It is based on socio-cultural specifics in relation to health and illness in relation to the treatment and nursing process.

Objective: Summarizing the research knowledge about Roma attitudes towards health and illness in connection with the health promotion of Roma women and finding the starting points for the work of general nurses.

Methods: The search was carried out in scientific databases – EBSCO, Pubmed, ProQuest, Medvik, MEDLINE, Google Scholar. A total of 21 studies were found. The search and sorting process reflected the PRISMA recommendations.

Results: For correct and culturally adapted care, it is necessary to know the specifics of individual minorities, and among the important factors that greatly influence the attitudes of Roma towards health and illness is the low level of education, but mainly the perception of health and illness by the Roma minority itself. Roma do not see health as an important factor that affects their lives.

Discussion: Family takes priority over health, followed by securing finances. The fact that they do not care much about their health is one of the reasons why they do not seek professional help, or seek it only when the disease progresses and causes them problems.

Conclusions: Culture plays a large role in the perception of health and illness. Attitudes towards health and illness are not only reflected in the area of the child and adult population, but also very intensively influence prevention in the area of Roma girls and women.

Keywords

Roma, health, illness, attitudes, social integration

ÚVOD

Romové patří mezi jednu z nejpočetnějších národnostních menšin na světě, a to v počtu 8–10 milionů. Jen v Evropě jich odhadem žije asi 7–9 milionů. Oproti majoritní společnosti žijí Romové velice neobvyklým způsobem života. Liší se zejména svou specifickou kulturou, která byla v průběhu několika desetiletí většinovou společností násilně potlačována a jež měla snahu jejich tradice, způsob myšlení a postoje k životu změnit (Šupínová, Sonkolyová a Klement, 2020, s. 143).

Tato početná skupina nemá pouze největší zastoupení v Evropě jakožto národnostní menšina, ale řadí se také mezi jedno z nejstarších etnik (Alexiadou, 2018, s. 261–262). Navzdory tomu je oproti jiným menšinám ve velké míře vystavována neustálé stigmatizaci a diskriminaci (Pavlikova, Freel a Van Dijk, 2020, s. 4–5). S tou se setkává nejen při hledání zaměstnání, případně v samotné práci, ve školách, prodejnách, na úřadech, ale také ve zdravotnictví (Ghimisi, 2021, s. 65). Asimopoulos et al. (2019, s. 105) navíc uvádí, že 40 evropských občanů by za své sousedy Romy nepreferovalo a také by nechtělo, aby jejich děti měly Romy za spolužáky.

Segregace Romů v Evropě má podíl na vysokém procentu nezaměstnanosti Romů. Například na Slovensku dosahuje 71 %, v České republice je to pak 40,5 %. S nezaměstnaností úzce souvisí finanční situace, která má negativní dopad na celkové postoje ke zdraví tohoto etnika (Bosakova et al., 2019, s. 1–2). Mezi romským etnikem pak vládne chudoba. Nedostatečná úroveň vzdělání zase vede k negramotnosti a problému udržet si práci (Bajkovec et al., 2021, s. 419). I tyto faktory přispívají k nevalnému zájmu o vlastní zdraví (Antolová et al., 2018, s. 2). Postavení, v jakém se Romové ocitli má vliv na jejich integraci do majoritní společnosti (Toumová et al., 2020, s. 17).

Mezi významné faktory, které ve vysoké míře ovlivňují postoje Romů ke zdraví a nemoci, autoři studií (Slepickova a Filakovska Bobakova, 2020; Heaslip et al., 2019; Šupínová, Sonkolyová a Klement, 2020) uvádějí nízkou úroveň vzdělání, ale i jejich samotné vnímání zdraví a nemoci. Romové zdraví nevnímají jako důležitý faktor, který ovlivňuje jejich životy. Přednost před zdravím má především rodina, dále pak zajištění financí. To, že se o svůj zdravotní stav příliš nezajímají, je jedním z důvodů, proč nevyhledávají odbornou pomoc, nebo ji vyhledávají až když nemoc progreduje a působí jim potíže. Tento fakt přispívá nejen ke zvýšené morbiditě a mortalitě, ale také ke sníženému věku dožití oproti průměru majoritní společnosti až o jednu dekádu a výrazně zvyšuje náklady na péči ve zdravotnictví. Z dohledaných studií (Rolantová, Kajanová a Maňhalová, 2019; Iancu, Furtunescu a Armean, 2018) vyplývá, že nízká úroveň vzdělání je tedy hlavním faktorem, který se na zdraví romské menšiny nejvíce podílí. Jedinci, kteří dosáhli vyšší úrovně vzdělání, než je základní, jeví zvýšený zájem o svůj zdravotní stav. Proto je zapotřebí zajistit nejen úspěšnou integraci Romů do majoritní společnosti a tím zabezpečit potřebné vzdělání, ale zvýšit také dostupnost do zdravotnických zařízení a edukovat Romy v oblasti zdravotní gramotnosti. O úspěšnou integraci, zlepšení zdraví a dosažení lepších životních podmínek v nejbližších letech usiluje i Rada Evropské Unie, která sepsala strategický plán k této problematice pro všechny členské státy EU – EU Roma strategic Framework for equality, inclusion and participation for 2020–2030.

POPIS REŠERŠNÍ STRATEGIE

Vyhledávání bylo realizováno ve vědeckých databázích – EBSCO, Pubmed, ProQuest, Medvik, MEDLINE, Google Scholar. Celkově bylo dohledáno 21 studií. Proces vyhledávání a třídění reflektoval doporučení PRISMA.

VÝSLEDKY

Postoje Romů ke zdraví a nemoci

Jak uvádí studie *To Comply or Not to Comply: Roma Approach to Health Laws* (2018, s.4) čím více jsou Romové segregováni od nejbližších měst, tím méně jsou důvěřiví, a tím více se uzavrou mezi členy své komunity, kde si nadále udržují svá vlastní pravidla (Pavlikova, Freel a Van Dijk, 2020, s. 4). Alexiaudou (2018, s. 281–282) uvádí, že tento styl života výrazně znesnadňuje přístup ke zdravotní péči a komplikuje dostupnost do zdravotnických zařízení, protože se na něm podílí jak velká vzdálenost, tak nedostatečné množství peněz. Právě nedostatek financí způsobuje i to, že si nemohou dovolit zaplatit léky. Nedůvěra ve zdravotnický personál zase tvoří komunikační bariéru. Možnou příčinou, která rovněž ovlivňuje postoj Romů ke zdraví, může být i v samotném životním postoji Romů, protože zdraví jako takové na prvním místě potřeb zkrátka nemají (Heaslip et al., 2019, s. 2).

Toumová et al. (2020, s. 20–21) uvádí obdobný pohled, a sice že Romové nevnímají prevenci jako prioritu a svůj zdravotní stav řeší, až když se zhorší. Přitom je to právě zdraví, které má na jejich životy největší vliv. Další příčinou je nedodržování lékařských doporučení, jakmile zmizí příznaky nemoci. Stanovit příčiny celkově horšího zdravotního stavu u Romů není jednoduché. Nejpravděpodobněji však nepříznivý zdravotní stav souvisí se sociálním vyloučením a horšími podmínkami pro bydlení (Slepickova a Filakovska Bobakova, 2020, s. 3). Dále také se zanedbáváním preventivní péče, sníženou úrovní hygienické situace v komunitě, užíváním omamných látek a chudobou (Šupínová, Sonkolyová a Klement, 2020, s. 144). Podle La Parra-Casady, Solheima a Estéveze (2021, s. 2) postoje ke zdraví ovlivňují propastné sociální rozdíly. Ukázalo se, že 80 % Romů v Evropě žije na hranici chudoby, zhruba třetina z nich nemá přístup k vodě a vodovodu a 50 % Romů ve věku 6–24 let nenavštěvuje školu. Nedostatečná úroveň vzdělání je tedy dalším ovlivňujícím faktorem. Vacková et al. (2020, s. 244–247) uvádí, že Romové se základním nebo nedokončeným základním vzděláním mnohem hůře vyhodnocují svůj zdravotní stav oproti neromským občanům se vzděláním vyššího stupně. Že je úroveň vědomostí faktorem, jenž má vliv na kvalitu zdraví Romů, se shodují i autorky Rolantová, Kajanová a Maňhalová (2019, s. 33–36), které uvádějí, že Romové, jež nejsou v oblasti zdravotní gramotnosti dostatečně vzdělaní, mají problém pochopit doporučení lékařů a zdravotnických pracovníků při jejich léčbě nemocí, což je jedním z faktorů, proč děti Romů umírají v průměru častěji než neromské děti a dospělí se dožívají v průměru o 10–15 let méně, než je tomu u majoritní společnosti.

Prevence v oblasti romských dívek a žen

Aby měla prevence v oblasti zdraví smysl, je nezbytné mít vědomosti ohledně romské kultury a znát jednotlivé potřeby této menšiny (Olišarová et al., 2018, s. 2–3).

Postoj k primární prevenci a podpoře zdraví je u Romek přenášén z generace na generaci. Rodinný příslušník nebo partner, kterého si dívka vybere za svůj vzor, ovlivňuje celý její život, protože se řídí jeho zvyky (Čvorović a Coe, 2018, s. 368–369). Ve většině případů se ženy zcela podřídí svým mužům. Toto přizpůsobení brání ženám možnosti vzdělávat se a zlepšit podmínky bydlení, jež by vedly ke zlepšení zdravotního stavu, neboť romští muži nic z toho nepovažují za příliš podstatné. Prioritou pro ně zůstává rozrůstající se rodina (Cintulová a Radková, 2018, s. 106–107). Toto kulturně získané chování pak prohlubuje rozdílnost mezi touto menšinou a většinovou společností (Čvorović a Coe, 2018, s. 368–369). S ohledem na rozdílnou kulturu oproti majoritní společnosti vnímají Romové jinak i sexuální život. Romské ženy se stávají matkami v nízkém věku a také interval mezi rozením dětí je mnohem kratší, než u neromských žen. Časté porody v mladém věku vedou k vyčerpání fyzického stavu těla. Dále se na jejich zdraví projevuje i nezdravá výživa, nadměrná konzumace kofeinových a alkoholických nápojů, kouření a nedostatečná znalost v oblasti sexuality. Podíl plodnosti je u neromských žen 1,4 dítěte na 1 ženu, kdežto v romské komunitě je to 4,3 dítěte. Mladý věk navíc vede k předčasným porodům, které častou vedou ke zvýšené potratovosti (Šupínová, Sonkolyová a Klement, 2020, s. 144). Romky přivádějí své potomky na svět prakticky od chvíle, kdy je to již biologicky možné. Dítě je v žebříčku hodnot nejvíce ceněno, a pokud je žena neplodná, Romové to považují za hanbu, která se pak dotýká celé její rodiny (Diabelková et al., 2018, s. 25).

DISKUZE

Na zdravotní gramotnost Romů v České republice se zaměřil kvantitativní výzkum, který sestával z 300 respondentů, z nichž polovinu tvořili muži a druhou polovinu ženy tohoto etnika ve věku 18–30 let. Dotazy byly kladeny na vnímání zdraví, nejvyšší dosažené vzdělání, schopnost placení léků, dodržování lékařských prohlídek, postavení ve společnosti, pobyt v nemocničním zařízení za poslední rok, kouření a pohyb. Výsledky ukázaly, že 31,1% respondentů trpí nedostatečnými znalostmi v oblasti zdravotní gramotnosti v oblasti zdraví, dalších 31% má problematické vědomosti ve zdravotní gramotnosti a 37,8% dotazovaných si myslí, že jejich zdravotní gramotnost je dostatečná. Z výsledků vyplývá, že edukace romské menšiny v této oblasti se ukázala jako nezbytná a je hlavním nedostatkem, který ovlivňuje postoj ke zdraví romské menšiny (Rolantová, Kajanová a Maňhalová, 2019, s. 34–35).

Klíčovou roli pro edukaci v postojích ke zdraví přitom hrají právě všeobecné sestry, které s Romy v rámci poskytování ošetrovatelské péče tráví nejvíce času. Ačkoli je všeobecná sestra vedena k tomu, aby si na pracovišti vždy zachovala snahu kriticky myslet, být profesionální a mít neutrální přístup ke všem pacientům, v praxi to nemusí vždy fungovat. I některé všeobecné sestry mají předsudky vůči této menšině a tím přispívají k diskriminaci

Romů ve zdravotnictví, což posiluje nedůvěru této menšiny ke zdravotnickým pracovníkům (Heaslip et al., 2019, s. 2–6).

Není neobvyklé, že se Romové setkávají se špatnými zkušenostmi v rámci poskytování zdravotní péče právě kvůli jejich kulturní rozdílnosti. Vzájemná důvěra mezi zdravotníky a jejich komunitou by přitom mohla vést k dodržení prevence (Pavlikova, Freel a Van Dijk, 2020, s. 4). Romové vyhledávají zdravotnická zařízení i tak velice zřídka. Pokud lékařskou péči potřebují, pak se tak děje pouze v nejnútnejší situaci. Často to ale znamená výrazné zhoršení zdravotního stavu a obtížnější a nákladnější léčbu. Mezi časté důvody, proč zdravotnické zařízení nevyhledávají, převažuje zažitá diskriminace (Vacková et al., 2020, s. 243–250). S tou se ve zdravotnictví setkal téměř každý Rom (Alexiadou, 2018, s. 264). Chování zdravotníků a lékařů, kteří jim poskytují profesionální péči, však nemusí být nutně záměrné. Tato kulturně nepřizpůsobená péče ale v romské menšině zanechá pocit křivdy nebo diskriminace, která nejen prohlubuje pocit nedůvěry a neochotu zdravotnická zařízení navštěvovat, ale má dalekosáhlé následky, neboť zanevření na zdravotnictví a vlastní zdraví vede ke zvýšené morbiditě a mortalitě této menšiny (Zalewska-Puchała, Majda a Bodys-Cupak, 2020, s. 257). Podle Svobodové et al. (2021, s. 3) je chyba jak na straně zdravotníků, tak romské komunity.

Problematikou porodnosti v nízkém věku se zabývala studie na Slovensku, která zahrnovala 2 222 respondentek, z nichž romského původu bylo 1 415 žen. Výsledky ukázaly, že 49,52% respondentek mělo rizikové těhotenství, přičemž romské ženy byly prvorodičky, výrazně věkem mladší, měly nižší stupeň vzdělání, potíže v těhotenství se začaly projevovat v průměru o 3 týdny dříve, do poraden pro prenatální péči docházely v průměru o 7 týdnů později, pokud ji navštěvovaly pravidelně a interrupci v rizikovém těhotenství jich podstoupilo v průměru o 7,01% více, to vše oproti ženám neromského původu. Z výsledků studie vyplývá, že nedostatečné vzdělání má hlavní podíl na nezaměstnanosti, což úzce souvisí s chudobou, vyloučením na okraji společnosti, a tudíž nevalným zdravotním stavem Romů. Dosáhnout vyššího stupně vzdělání by mělo významný dopad na zlepšení problematiky porodnosti (Šupínová, Sonkolyová a Klement, 2020, s. 144–146). Na studii Šupínové, Sonkolyové a Klementa (2020) přímo reagoval kolektiv Dugalić et al. (2021, s. 162), který ve své publikaci uvádí zkušenosti s romskými ženami z porodní kliniky v Srbsku. Zatímco na Slovensku žije nejpočetnější romská komunita z celé Evropské unie, Srbsko má největší počet Romů v zemi mimo státy EU. Srbsko má navíc unikátní zdravotní systém zaručující dobrou dostupnost zdravotnictví všem svým obyvatelům. V letech 2017–2020 byly shromažďovány na gynekologicko-porodnické klinice informace o zhruba 200 romských matkách, které poukázaly na fakt, že většina romských žen vyhledá lékařskou péči až v nejnútnejších případech a že dle studie Šupínové, Sonkolyové a Klementa (2020) měly Romky, které navštěvovaly poradny pravidelně, menší potíže v těhotenství než ty, které poradny nenavštěvovaly. Z těchto informací Dugalić et al. (2021, s. 162) odvodili, že pravidelné návštěvy těhotenských poraden by mohly pomoci romským ženám posoudit správný věk pro otěhotnění a primární péče by mohla hrát důležitou roli ve snížení komplikací během těhotenství, čímž by se mohly snížit výdaje ve zdravotnictví.

Iancu, Furtunescu a Armean (2018, s. 2–4) provedli studii, jejímž cílem bylo zhodnotit

přístup romských dívek k reprodukci a jejich vztah k rodičovským poradnám. Studii tvořilo 382 sexuálně aktivních respondentek ve věku 12–20 let, které žily v romské komunitě na venkově. V manželském svazku žilo 18 % Romek, 45 % bylo svobodných a 37 % žilo s partnerem. Vdané ženy byly starší, než svobodné nebo žijící s partnerem. Základní vzdělání mělo 93 % dotazovaných, zbylých 7 % ukončilo střední školu. 43,5 % z nich stále navštěvovalo školu, 56,5 % byla v domácnosti a jejich partner byl nezaměstnaný. Domácnost se svým manželem nebo partnerem sdílí 26,4 % respondentek a 67,5 % bydlelo s příbuzenstvem většinou jen ve dvou místnostech. Sexuálně aktivních dívek od 12–15 let bylo 32 %, 4 % dokonce od 10–11 let a 1 % začalo se sexuálním životem po 18 roku života. Ostatní respondentky na otázku v oblasti začátku sexuálního života neodpovědělo. Prvorodičkami ve věku 15–16 let se staly dvě třetiny respondentek, zbylých 7 % rodilo před dovršením 15 narozenin. Respondentky uvedly, že neužívaly alkohol ani tabákové výrobky. Většina respondentek uvedla, že neužívá antikoncepci a co se týče reprodukce, preferují rozhovor s rodinou nebo přáteli. K indikaci užívání antikoncepce byla lékařem vyzvána jen malá část. Ačkoli jsou těhotenské poradny v Rumunsku dobře dostupné pro všechny občany, respondentky přesto požádají o radu rodinné příslušníky. Lékaře navštívilo pouze 14 % dotazovaných žen a specialistu 1 %. Z výsledků studie vyplývá, že přístup romských dívek k reprodukci a vztahu k poradnám má různá specifika, která souvisí se socioekonomickými faktory, nedostatečným vzděláním, včasným zahájením sexuálního života a nedostatečnou informovaností v oblasti reprodukce a je zapotřebí větší aktivity státu, který by zabezpečil dostupné informace v primární péči. Nízká úroveň vzdělání má vliv na včasné těhotenství. Pro Romky ale není neobvyklé родit v 16 letech. Matky Romek vyjádřily přání, aby jejich děti žily lepším životem než ony samy.

Předčasným těhotenstvím u Romek mladších 18 let a jeho příčinami se zabývala také slovenská studie. Výzkum byl proveden pomocí důkladných rozhovorů s 21 těhotnými dívkami ve věku od 15 do 18 let. Za vzory mají rodiče nebo příbuzné, kteří je neučí, že primární péče je důležitá, ani je neučí zabývat se svým zdravím a nevidí nic špatného na včasné reprodukci, která by mohla jejich zdraví ovlivnit v budoucnosti. U rodičů a dospělých příbuzných navíc převládá názor, že vzdělání je zbytečné a že je to jen nástroj vlády, jak mít pod kontrolou jejich děti.

Přítom důvodem, proč dívky začínají sexuálně žít brzo, je přesvědčení, že když ukončí povinnou školní docházku v 15 letech, jsou dospělé. Předčasné těhotenství je přitom problematické z důvodu nezralosti dívek i chudobě, která v romské komunitě převládá. Mladistvé těhotné mají oproti ženám z majoritní společnosti výrazně horší kvalitu života. Včasný porod vede jak k fyzické, tak psychické vyčerpanosti. Výsledky studie ukázaly, že předčasné těhotenství má za následek zdravotní problémy, které vedou k potratům nebo předčasným porodům. Tyto faktory souvisí s nízkým věkem a nedostatečnou edukací hlavně ze stran dospělých příbuzných, kteří s dívkami neprobírají sexuální výchovu ani rodičovství.

Dívky a jejich partneři neměli ani dostatečné znalosti o antikoncepci, což byla příčina časného otěhotnění. Kondomy nepoužívají, protože jsou pro ně drahé. Romská komunita preferuje svůj vlastní styl života a kulturu. To má na mladistvé velký vliv, protože díky

tomu, že mnoho členů sdílí společnou nevelkou domácnost, vzájemně o svých sexuálních aktivitách vědí. Výsledky studie nadále potvrdily, že mezi nezdravé návyky, které mají vliv na plod matky, je kouření během těhotenství, špatné stravovací návyky a nezdravé jídlo, absence preventivních a těhotenských prohlídek u lékaře, užívání alkoholických a kofeinových nápojů. Většina žen během těhotenství nadále kouří, nebo přestane, ale stane se pasivním kuřákem, neboť kouří jejich partner. Romky si myslí, že na jejich plod kouření nemá žádný vliv (Cintulová a Radková, 2018, s.106–109).

Kouření během těhotenství a také v mladém věku má vliv na vznik chronických onemocnění. Je důležité, aby se všeobecné sestry zapojily do edukace a vhodně romské ženy a dívky motivovaly v oblasti prevence (Toumová et al., 2020, s. 20). Preventivní prohlídky v době těhotenství nejsou pro romskou ženu jednoduchou záležitostí, kvůli špatné dostupnosti ze sociálně vyloučených lokalit, ale také kvůli nedůvěře k lékařskému a ošetrovatelskému personálu. Nicméně i přesto rodí Romky v nemocnicích, protože dle jejich kulturních zvyků je přivedení dítěte na svět v domácím prostředí poskvrněním pro dům. Vzhledem k přístupu ke zdraví a prostředí, ve kterém žijí, vzniká u romských žen větší riziko komplikací během porodu. U romského etnika dochází k výrazně většímu počtu potratů, předčasných porodů a kojenecké úmrtnosti, než je tomu u běžné populace (Diabelková et al., 2018, s. 26). Příčinami vzniku rozdílů v prevenci mezi romskými a neromskými matkami se zabývala studie na Slovensku. Vzorek tvořilo 799 Romek a 1989 neromských žen. Informace byly čerpány z rozhovorů a ze zdravotnické dokumentace na gynekologicko-porodnických odděleních. Výsledky ukázaly, že rozdíly jsou způsobené kulturními zvyky, neboť u romských i neromských žen převládá věkový rozdíl, co se reprodukce týče. Romských žen, které rodily před 18 rokem, bylo 179, zatímco neromských nedospělých žen 24. Příčinou věkového rozdílu u prvního těhotenství byla úroveň vzdělání. Romských rodiček, které měly základní vzdělání bylo 86 %. Další rozdíl byl v kouření cigaret během těhotenství. Romských rodiček kouřilo cigarety v těhotenství 49,3 %, u neromských žen kouřilo 3,9 %. Alkohol užívalo 1,9 % Romek a 0,2 % žen neromského původu. Užívání drog přiznalo 9 žen, z nichž 7 bylo Romek. U 48,7 % romských rodiček bylo těhotenství diagnostikováno až po prvním trimestru (Diabelková et al., 2018, s. 25). Balázs et al. (2018, s. 164–165) uvádí, že romské ženy, které jsou kuřačky, kouří i během těhotenství a o to ve větší míře, pokud je jejich partnerem také kuřák. Vlivem toho může dojít k předčasnému porodu dítěte, nebo k nízké porodní hmotnosti a nevyvinutí novorozence. Bylo prokázáno, že závislost na nikotinu u žen i mužů úzce souvisí se socioekonomickým statusem. V Maďarsku zdravotní systém umožňuje zdravotníkům působit ve vyloučených lokalitách. Jsou vyškolení v péči o mateřství a zdraví dětí a edukují o svých vědomostech romské ženy. Tyto zdravotní sestry pomohly snížit prevalenci kouření u těhotných žen. Celosvětově publikované klinické studie prokázaly, že tyto intervence mají smysl.

ZÁVĚR

Dohledané publikované poznatky o problematice postojů Romů ke zdraví a nemoci by mohly pomoci všeobecným sestrám lépe pochopit sociologické a psychologické aspekty romské menšiny, což by mělo vést ke snížení rizika vzniku diskriminace a předsudků na pracovištích ve zdravotnických zařízeních, neboť všeobecná sestra má být schopna poskytnout adekvátní ošetrovatelskou péči bez ohledu na etnický původ pacienta a tak, aby uspokojila jeho bio-psycho-socio-spirituální potřeby. Proto je zapotřebí také klást větší důraz na vzdělání zdravotníků v oblasti kulturně přiměřené péče. Studie, které se zabývají postojem Romů ke zdraví a nemoci, by měly více poukazovat na fakt, že se jedná o světový celospolečenský problém, který bezesporu vyžaduje efektivní řešení. Zda se v následujících letech objeví pozitivní změny, ukáže až nová strategie pro integraci Romů vydaná Radou EU. Výsledky dohledaných výzkumných studií poukazují na důležitost edukace o významu docházení na preventivní prohlídky nebo návštěv těhotenských poraden. Je zapotřebí nadále zkoumat všechny příčiny postojů Romů ke zdraví a nemoci. Řešením by mohlo být prolomení jejich přesvědčení a pravidel komunity, která ale mají pro Romy mnohem vyšší význam, než zákony a doporučení státu (Šupínová, Sonkolyová a Klement, 2020, s. 143–144). Nezbytnou součástí dalších výzkumů je, aby se soustřeďovaly na potřeby Romů v oblasti zdravotní péče (Slepickova a Filakovska Bobakova, 2020, s. 16). A více se zaměřily na zlepšení zdravotní péče o tuto menšinu (Svobodová et al., 2021, s. 3). Velice důležité také je dodržování kulturně přiměřené péče ve zdravotnických zařízeních (Ramos-Morcillo et al., 2019, s. 10).

Literatura

ALEXIADOU, E. A. Ethnic Diversity and Access to Healthcare from a Human Rights Perspective: The Case of the Roma in Europe. *European Journal of Health Law* [online]. 2018, vol. 25, no. 3, p. 261–283. [cit. 28. 1. 2022]. ISSN 0929-0273. DOI: 10.1163/15718093-12530367.

ANTOLOVÁ, D. et al. A Community-Based Study to Estimate the Seroprevalence of Trichinellosis and Echinococcosis in the Roma and Non-Roma Population of Slovakia. *International journal of environmental research and public health* [online]. 2018, vol. 15, no. 2, p. 1–9. [cit. 28. 1. 2022]. ISSN 1660-4601. DOI: 10.3390/ijerph15020251.

ASIMOPOULOS, Ch. et al. Attitudes of public hospital staff towards roma people in attica, Greece: a comparative study. *Archives of Hellenic Medicine* [online]. 2019, vol. 36, no. 2, p. 105–106. [cit. 28. 1. 2022]. ISSN 1105-3992. Available from: <https://1url.cz/gKnkw>.

BAJKOVEC, L. et al. Parasitic zoonoses in the Roma population. *Germes* [online]. 2021, vol. 11, no. 3, p. 418–426. [cit. 28. 1. 2022]. ISSN 2248-2997. DOI: 10.18683/germs.2021.1279.

BALÁZS, P. et al. Continued smoking versus spontaneous quitting among pregnant women living in a high risk environment. *Central European Journal of Public Health* [online]. 2018, vol. 26, no. 3, p. 164–170. [cit. 7. 2. 2022]. ISSN 1210-7778. DOI: 10.21101/cejph.a5048.

BOSAKOVA, L. et al. Increased Employment for Segregated Roma May Improve Their Health: Outcomes of a Public–Private Partnership Project. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 2019, vol. 16, no. 16, p. 1–14. [cit. 28. 1. 2022]. ISSN 1660-4601. DOI: 10.3390/ijerph16162889.

CINTULOVÁ, L. L. a RADKOVÁ, L. Social aspects of unplanned pregnancies in teenage Roma girls. *Kontakt* [online]. 2018, vol. 21, no. 1, p. 106–112. [cit. 8. 2. 2022]. ISSN 1804-7122. DOI: 10.32725/kont.2018.006.

ČVOROVIĆ, J. a COE, K. Role Models and Health of Serbian Roma Women. *Bulletin of the Institute of Ethnography of the Serbian Academy of Sciences* [online]. 2018, vol. 66, no. 2, p. 367–386. [cit. 6. 2. 2022]. ISSN 0350-0861. DOI: 10.2298/GEI1802367C.

DIABELKOVÁ, J. et al. Risk factors of preterm birth and low birth weight neonates among Roma and non-Roma mothers. *Central European Journal of Public Health* [online]. 2018, 26(suppl.), p. 25–31. [cit. 7. 2. 2022]. ISSN 1210-7778. DOI: 10.21101/cejph.a5273.

DUGALIĆ, M. G. et al. International comparison of reproductive health seeking behaviour in Roma population. *Central European Journal of Public Health* [online]. 2021, vol. 29, no. 2, p. 162–162. [cit. 6. 2. 2022]. ISSN 1210-7778. DOI: 10.21101/cejph.a6843.

EU Roma strategic Framework for equality, inclusion and participation for 2020–2030 [online]. Available from: https://commission.europa.eu/system/files/2021-01/eu_roma_strategic_framework_for_equality_inclusion_and_participation_for_2020_-_2030_0.pdf.

GHIMISI, A. The new European Union Strategic Framework for Roma Integration 2020–2030: Insights and recommendations for the national strategic frameworks. *Journal of Research* [online]. 2021, vol. 3, no. 1, p. 64–68. [cit. 14. 2. 2022]. ISSN 2668-0416. DOI: 10.33727/JRISS.2021.1.9:64-68.

HEASLIP, V. et al. Student nurse perceptions of Gypsy Roma Travellers; A European qualitative study. *Nurse Education Today* [online]. 2019, vol. 82, p. 1–7. [cit. 28. 1. 2022]. ISSN 0260-6917. DOI: 10.1016/j.nedt.2019.07.011.

IANCU, C. F., FURTUNESCU, F. L. and ARMEAN, P. Family planning related attitudes in a roma rural community. *Acta Medica Transilvanica* [online]. 2018, vol. 23, no. 2, p. 1–4. [cit. 8. 2. 2022]. ISSN 1453-1968. Available from: <http://www.amtsibiu.ro/Arhiva/2018/Nr2-enn/iancu.pdf>.

LA PARRA-CASADO, D., SOLHEIM, E. F. and ESTÉVEZ, J. F. Health inequalities between Roma and non-Roma populations in Europe: A study of 118,834 individuals combining the UNDP Roma and the EU-SILC surveys. *Scandinavian Journal of Public Health* [online]. 2021, (November), p. 1–8. [cit. 28. 1. 2022]. ISSN 1403-4948. DOI: 10.1177/14034948211056210.

OLIŠAROVÁ, V. et al. Cultural Features Influencing Eating, Overweight, and Obesity in the Roma People of South Bohemia. *Nutrients* [online]. 2018, vol. 10, no. 7, p. 1–10. [cit. 28. 1. 2022]. ISSN 2072-6643. DOI: 10.3390/nu10070838.

PAVLIKOVÁ, B., FREEL, L. and VAN DIJK, J. P. To Comply or Not to Comply: Roma Approach to Health Laws. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 2020, vol. 17, np. 9, p. 1–13. [cit. 14. 2. 2022]. ISSN 1660-4601. DOI: 10.3390/ijerph17093087.

RAMOS-MORCILLO, A. J. et al. Concept of Health and Sickness of the Spanish Gypsy Population: A Qualitative Approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 2019, vol. 16, no. 22, p. 1–16. [cit. 20. 2. 2022]. ISSN 1660-4601. DOI: 10.3390/ijerph16224492.

ROLANTOVÁ, L., KAJANOVÁ, A. a MAŇHALOVÁ, J. Zdravotní gramotnost romské minority v České republice. *Praktický lékař* [online]. 2019, roč. 99, č. 1, s. 33–36. [cit. 26. 1. 2022]. ISSN 0032-6739. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2019-1-10/zdravotni-gramotnost-romske-minority-v-ceske-republice-109088>.

SLEPICKOVÁ, L. a FILAKOVSKA BOBAKOVA, D. Conceptualization of Roma in Policy Documents Related to Social Inclusion and Health in the Czech Republic. *International journal of environmental research and public health* [online]. 2020, vol. 17, no. 21, p. 1–18. [cit. 28. 1. 2022]. ISSN 1660-4601. DOI: 10.3390/ijerph17217739.

SVOBODOVÁ, I. et al. How to improve access to health care for Roma living in social exclusion: a concept mapping study. *International Journal for Equity in Health* [online]. 2021, vol. 20, no. 61, p. 1–14. [cit. 28. 1. 2022]. ISSN 1475-9276. DOI: 10.1186/s12939-021-01396-4.

ŠUPÍNOVÁ, M., SONKOLYOVÁ, G. a KLEMENT, C. Reproductive health of Roma women in Slovakia. *Central European journal of public health* [online]. 2020, vol. 28, no. 2, p. 143–148. [cit. 28. 1. 2022]. ISSN 1210-7778. DOI: 10.21101/cejph.a5817.

TOUMOVÁ, K. et al. Health through the Eyes of the Romani minority. *Acta Medicinae et Sociologica* [online]. 2020, vol. 11, no. 30, p. 16–22. [cit. 19. 2. 2022]. ISSN 2559-866X. DOI: 10.19055/ams.2020.11/30/2.

ZALEWSKA-PUCHAŁA, J., MAJDA A. and BODYS-CUPAK I. Attitudes of Polish nurses in the example of Lesser Poland Voivodeship towards representatives of Roma society. *Studia Medyczne* [online]. 2020, vol. 36, no. 4, p. 257–264. [cit. 28. 1. 2022]. ISSN 1899-1874. DOI: 10.5114/ms.2020.102319.

Kontakt

Bc. Nela Bunčková
Fakultní nemocnice Trnava
Andreja Žarnova 11, 917 75 Trnava, Slovenská republika

Mgr. Ludmila Koudeláková, Ph.D.
Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého v Olomouci
Ústav ošetrovatelství
Hněvotínská 3, 779 00 Olomouc, Česká republika
ludmila.koudelakova@upol.cz

VYUŽITIE ROYOVEJ ADAPTAČNÉHO MODELU V KLINICKEJ PRAXI

USE OF ROY'S ADAPTATION MODEL IN CLINICAL PRACTICE

Olga Kabátová¹, Andrea Botíková¹, Alena Dziacka¹

Abstrakt

Východiská: Konceptné modely poskytujú ošetrovateľstvu teoretickú základňu, autonómiu a jedinečnosť v rámci vedného odboru. Royovej adaptačný model sa javí ako jeden z vhodných konceptných rámcov uplatniteľných v mnohých oblastiach ošetrovateľskej praxe, výskumu a vzdelávania.

Ciel: Cieľom štúdie je zmapovať využitie Royovej adaptačného modelu v súčasnom ošetrovateľstve.

Metódy: Prehľadová práca – obsahová analýza zahraničných štúdií publikovaných v rámci vedeckých databáz SCOPUS a PubMed.

Výsledky a diskusia: Do štúdie bolo zahrnutých 10 relevantných vedeckých prác publikovaných v rokoch 2013–2019. Práce prezentujú vhodnosť a efektívnosť aplikácie Royovej modelu v oblasti ošetrovateľstva vo vnútorných odboroch (kardiológia, onkológia, neurológia, pneumológia, diabetológia), psychiatrickom ošetrovateľstve a vojnovnej medicíne.

Záver: Royovej adaptačný model je flexibilným a široko uplatniteľným rámcom, ktorý má potenciál pozitívne ovplyvniť starostlivosť o pacienta a prispieť k autonómií ošetrovateľskej praxe. Analýza jednotlivých štúdií priniesla pohľad na jeho využitie v rámci starostlivosti o chronicky i akútne chorých pacientov. V našich podmienkach odporúčame vykonať štúdie, ktoré budú zamerané na jeho aplikáciu do ošetrovateľskej praxe s využitím metódy ošetrovateľského procesu a ošetrovateľských diagnóz.

Kľúčové slová

ošetrovateľstvo, adaptácia, konceptné modely, Callista Roy, Royovej adaptačný model

¹ Katedra ošetrovateľstva, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita

Abstract

Introduction: Conceptual models provide nursing with a theoretical basis, autonomy and uniqueness within the discipline. Roy's adaptive model appears to be one of the appropriate conceptual frameworks applicable to many areas of nursing practice, research, and education.

Aim: The aim of this study is to map the application of Roy's adaptation model in contemporary nursing.

Methods: Review paper - content analysis of international studies published in the scientific databases SCOPUS and PubMed.

Results and Discussion: 10 relevant scientific papers published between 2013 and 2019 were included in the study. The papers present the appropriateness and effectiveness of the application of Roy's model in nursing in internal medicine (cardiology, oncology, neurology, pneumology, diabetology), psychiatric nursing and war medicine.

Conclusions: Roy's adaptive model is a flexible and widely applicable framework that has the potential to positively impact patient care and contribute to autonomy in nursing practice. Analysis of individual studies provided insights into its use within the care of chronically and acutely ill patients. In our setting, we recommend that studies be conducted that focus on its application to nursing practice using the nursing process method and nursing diagnoses.

Keywords

Nursing, adaptation, conceptual models, Callista Roy, Roy's adaptation model

ÚVOD

Koncepčné modely ošetrovateľstva umožňujú riešiť jednotlivé časti metaparadigmy ošetrovateľstva rozličným spôsobom a z rôzneho pohľadu. Pre sestru sú dôležité, pretože jej ponúkajú filozofické a pragmatické zameranie na službu, ktorú môžu poskytovať iba sestry, ktorá ponúka dimenziu celkovej starostlivosti a ktorá sa líši od starostlivosti poskytovanej ktorýmkoľvek iným zdravotníckym pracovníkom (Farkašová et al., 2005).

Royovej adaptačný model (RAM) sa v kategórii ošetrovateľských modelov radí medzi modely systémové. Základy tohto modelu položila autorka v rokoch 1964–1966 a v roku 1970 ho prostredníctvom časopisu Nursing Outlook po prvý krát publikovala (Pavlíková, 2006; Tomey a Alligood, 2007). Ústrednou koncepciou modelu je osoba, ktorú autorka definuje ako bio-psycho-sociálnu bytosť trvalo vystavenú vplyvom meniaceho sa prostredia (Kubicová, 2006). Spomínané prostredie, autorka popisuje ako súbor

vnútorných a vonkajších faktorov, ovplyvňujúci vývoj a správanie jedinca a tým jeho adaptačnú schopnosť (Machová, 2011). Zdravie je v modeli považované za výsledok úspešnej adaptácie človeka (Kubicová, 2006). Základnými termínmi modelu, s ktorými autorka pracuje, sú adaptácia, stimuly, adaptačné niveau a adaptačný systém jedinca. Samotnú adaptáciu definuje ako „proces a výsledok, ktorým si myslíaci a cítiaci jednotlivec alebo skupina úmyselne uvedomuje a vytvára/kreuje samého seba a zjednocuje samého seba s prostredím“ (Roy a Andrews, 1999, s. 30). Jedná sa teda o proces neustáleho prispôsobovania tzv. stimulom, ktoré sú charakterizované ako všetky vplyvy prichádzajúce z prostredia a ovplyvňujúce človeka. Každý jedinec má potom veľmi špecificky nastavenú adaptačnú úroveň, nazývanú ako adaptačné niveau. Táto individuálna adaptačná úroveň následne stanovuje, do akej miery je jedinec schopný efektívne reagovať na pôsobiace stimuly. Od toho sa odvíja reakcia jedinca na vplyvy prostredia. Ak sú stimuly primerané adaptačnej úrovni jedinca, je jeho reakcia efektívna, teda adaptívna. Pokiaľ sila stimulu prekročí adaptačnú úroveň, dôjde k rozvoju nežiaduceho správania a tým k neefektívnej adaptácii. Adaptačný systém jedinca autorka delí na dva subsystemy. Tzv. primárny (kontrolný) subsystem zahŕňa všetky zdedené aj naučené mechanizmy, ktorými jedinec zvláda a prekonáva jednotlivé životné situácie. Sekundárny subsystem, nazývaný ako efektorový, sa uplatňuje po prvotnom spracovaní stimulov prostredníctvom primárneho subsystemu a prevádza reakcie jedinca do štyroch adaptačných oblastí, tzv. módov. Týmto módmí sú fyziologická oblasť, sebaopätie, rolová funkcia a vzájomná závislosť (Pavlíková, 2006; Kubicová, 2006; Roy, 2008). Fyziologický modus sa vzťahuje na jednotlivca, reprezentuje fyzické zdravie, súvisí s fyzickými a fyziologickými odpoveďami na stimuly vyplývajúce z choroby alebo zmien v klinickom stave. Modus sebakoncepcie reprezentuje emocionálne zdravie, ktoré je predovšetkým založené na psychologických a spirituálnych dimenziách osobnosti. Modus rolovej funkcie reprezentuje roly, ktoré človek zohráva v spoločnosti, v istých sociálnych súvislostiach. Modus vzájomnej závislosti opisuje interakciu ľudí v spoločnosti a najmä reprezentuje kvalitu vzťahov (Sováriová Soósová, 2011; Roy a Andrews, 1999). V modeli je zrejmé výrazné holistické poňatie jedinca, ktoré hovorí o tom, že zmena v jednej oblasti adaptácie priamo ovplyvňuje všetky ostatné, preto je považovaný za vhodný pre komplexné posúdenie stavu chorého (Badr Naga a Al-Khasib, 2014).

Royovej adaptačný model je v zahraničných výskumných štúdiách jedným z úspešne využívaných koncepcných rámcov uplatniteľných na poli ošetrovateľskej praxe i výskumu (Sováriová Soósová, 2011; Fawcett, 2009).

CIEĽ PRÁCE

Cieľom tohto príspevku je zmapovať využitie Royovej adaptačného modelu v súčasnej ošetrovateľskej praxi.

METODIKA

Práca bola spracovaná metódou prehľadovej štúdie. K zberu dát bola využitá obsahová analýza štúdií, publikovaných v rámci vedeckých databáz SCOPUS a PubMed. Vyhľadávanie prebiehalo prostredníctvom kľúčových slov: adaptation, Callista Roy, adaptation model, nursing. Nájdené publikácie museli spĺňať nasledujúce kritériá: dátum publikovania od roku 2010, plná verzia publikovaného článku, anglický jazyk. V prvej fáze vyhľadávania bolo nájdených 682 štúdií. Následne bol počet redukovaný a vyradené boli štúdie, ktoré nespĺňali nami určené kritériá, duplicitné štúdie a tiež tie, ktoré sa danej problematike venovali iba okrajovo. Konečný počet štúdií klesol na 28, z ktorých sme do výberového súboru zaradili celkovo 10 relevantných. Vyhľadávanie prebiehalo v časovom horizonte od 2. mája 2023 do 8. júna 2023.

VÝSLEDKY

Tab. 1 Využitie Royovej modelu v ošetrovateľskej praxi

č.	Autor	Rok	Názov článku	Krajina
1	Akyil, R.C., Erguney, S	2013	Roy's adaptation model-guided education for adaptation to chronic obstructive pulmonary disease	Turecko
2	Ordin, Y.S. et al.	2013	Investigation of adaptation after liver transplantation using Roy's Adaptation Model	Turecko
3	Afrasiabifar, A., Karimi, Z., Hassani, P	2013	Roy's Adaptation Model-Based patient education for promoting the adaptation of hemodialysis patients	Irán
4	Ursavas, F. E. et al.	2014	Nursing Approach Based on Roy Adaptation Model in a Patient Undergoing Breast Conserving Surgery for Breast Cancer	Turecko
5	Alimohammadi, N. et al.	2015	Effect of a care plan based on Roy adaptation model biological dimension on stroke patients' physiologic adaptation level	Irán
6	Borzou, S.R. et al.	2015	Effects of roy's adaptation model in nursing practice on the quality of life in patients with type II diabetes	Irán
7	Rosińczuk, J. et al.	2015	The Application of Callista Roy Adaptation Model in the Care of Patients with Multiple Sclerosis – Case Report	Poľsko

8	Farsi, Z., Azarmi, S.	2016	Effect of Roy's Adaptation Model-Guided Education on Coping Strategies of the Veterans with Lower Extremities Amputation: A Double-Blind Randomized Controlled Clinical Trial	Irán
9	Jennings, K. M.	2017	The Roy Adaptation Model: A Theoretical Framework for Nurses Providing Care to Individuals with Anorexia Nervosa	Illinois, USA
10	Mansouri, A. et al.	2019	The effect of an educational program based on Roy's adaptation model on the quality of life of patients suffering from heart failure: A clinical trial study	Irán

V tabuľke 1 je uvedený sumár štúdií zaoberajúcich sa problematikou využitia Royovej adaptačného modelu v ošetrovateľskej praxi publikovaných v rokoch 2013–2019. Štúdie pochádzajú z krajín Irán, Turecko, USA a Poľsko a prezentujú vhodnosť a efektívnosť aplikácie tohto modelu v mnohých odboroch ošetrovateľstva, predovšetkým v ošetrovatelstve vo vnútorných odboroch, psychiatrickom ošetrovatelstve a vojnovnej medicíne.

DISKUSIA

Royovej adaptačný model (RAM) je úspešne aplikovaný vo výskumných štúdiách v širokej populácii jednotlivcov zdravých či jednotlivcov s rôznymi aktuálnymi alebo potenciálnymi zdravotnými problémami. Jeho široká využiteľnosť podporuje rozvoj ošetrovateľskej praxe založenej na dôkazoch a celkovo prispieva k rozšíreniu teoretickej bázy ošetrovateľstva ako vednej disciplíny. S jeho implementáciou vo výskume alebo v praxi je možné sa bežne stretnúť najmä v západných krajinách Európy, na americkom, ázijskom či austrálskom kontinente (Sováriová Sošová, 2011).

V našej prehľadovej štúdii boli nájdené štúdie uplatnenia Royovej adaptačného modelu prevažne v oblasti ošetrovateľstva vo vnútorných odboroch (kardiológia, onkológia, neurológia, pneumológia, diabetológia), ale tiež v oblasti psychiatrického ošetrovateľstva, či vojnovnej medicíny. Prvá štúdia autorov Akyil a Erguney (2013) sa venovala vzdelávaniu pacientov s chronickou obštrukčnou chorobou pľúc s využitím Royovej modelu a jeho vplyvu na ich fyzickú a psychosociálnu adaptáciu. Výsledky štúdie naznačujú, že vzdelávanie s využitím Royovej adaptačného modelu zvyšuje adaptáciu na chorobu a to predovšetkým v oblasti fyziologickej, sebaopátia a rolovej funkcie. Štúdia publikovaná autormi Ordin, Karayurt a Wellard (2013) skúmala adaptáciu pacientov s transplantáciou pečene. Bolo preukázané, že transplantovaní pacienti potrebujú informácie a podporu o neúčinnom správaní vo všetkých režimoch Royovej modelu. V závere autori odporúčajú využívať tento model, ako vhodný prostriedok pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti pacientom s transplantovanou pečeňou. Štúdia Afrasiabifar, Karimi a Hassani (2013) skúma vplyv vzdelávania založeného na Royovej

adaptačnom modeli na adaptáciu hemodialyzovaných pacientov, ktorí sa okrem fyzickej a psychosociálnej adaptácie na chronické ochorenie obličiek musia prispôbiť aj plánu dialyzačnej liečby. Autori štúdie zistili, že vzdelávanie pacientov založené na RAM zlepšilo ich adaptáciu v oblasti fyziologickej a sebaopátia a odporúčajú sestram využívať tento model v dialyzačných strediskách. Ďalšia štúdia autorov Ursavaş, Karayurt a İşeri (2014) bola zameraná na pacientky s karcinómom prsníka. Štúdia popisuje využitie RAM v starostlivosti o pacientku, ktorej bola diagnostikovaná rakovina prsníka a podstúpila operáciu zachovávajúcu prsník. Na základe svojich zistení autori uvádzajú, že rozvoj sesterských intervencií špecifických pre jednotlivca prinesie pozitívne výsledky v adaptácii pacientov a tí sa tak prispôbia novému životu a zlepši sa im jeho celková kvalita. Alimohammadi et al. (2015) skúmali vplyv plánu starostlivosti založeného na biologickej dimenzii RAM na úroveň fyziologickej adaptácie pacientov s mozgovou príhodou. Štúdia opäť priniesla pozitívne výsledky v zmysle zlepšenia adaptácie. Ďalšia štúdia sa zaoberala využitím Royovej modelu v starostlivosti o pacientov so sklerózou multiplex. Model ošetrovateľskej starostlivosti založený na teórii Callisty Royovej sa tu ukázal ako veľmi užitočný v procese starostlivosti o pacienta, keďže zaručoval uspokojovanie jeho potrieb z hľadiska bio-psycho-sociálneho aspektu, ale tiež dával možnosť získať zručnosti na zvládanie problémov vyplývajúcich z choroby. Ošetrovateľský proces založený na teórii Callisty Royovej vyžaduje od sestry individuálny a holistický prístup k pacientovi a jeho problémom. Modelová štruktúra umožňuje komplexné poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti a zabezpečuje nepretržitý kontakt s pacientom (Rozinczuk et al., 2015).

Využitie RAM sa preukázalo ako opodstatnené i v oblasti zlepšenia kvality života pacientov. Borzou et al. (2015) publikovali štúdiu, ktorej cieľom bolo zhodnotiť účinky využitia RAM na kvalitu života pacientov s ochorením diabetes mellitus II. typu. Podľa ich výsledkov má využitie RAM pozitívne účinky na niektoré dimenzie kvality života u pacientov s diabetom II. typu a to doménu: kontrola diabetu, energia a mobilita, a sociálna podpora. Mansouri et al. (2019) skúmali vplyv edukačného programu založeného na RAM na kvalitu života pacientov so srdcovým zlyhaním. Intervenovaní pacienti vykazovali štatisticky signifikantne zlepšené skóre vo všetkých štyroch adaptačných módoch a preto ho autori odporúčajú využívať ako štandard na zlepšenie adaptácie a kvality života pacientov.

V rámci psychiatrického ošetrovateľstva sme vyhľadali štúdiu autora Jennings (2017) zaoberajúcu sa pacientmi s mentálnou anorexiou. Štúdia preukázala, že je zrejmé, že RAM funguje ako teoretický rámec pri vytváraní vedomostí a výskumu súvisiaceho s mentálnou anorexiou. Využitie RAM ako teoretického rámca môže pomôcť vysvetliť heterogenitu medzi jednotlivcami s mentálnou anorexiou a uľahčiť vývoj nových liečebných zásahov, ktoré sú viac individualizované a zamerané na pacienta v porovnaní s univerzálnymi (Jennings, 2017).

Oblasť vojnovnej medicíny bola zastúpená štúdiou Farsi a Azarmi (2016), ktorej cieľom bolo preskúmať vplyv vzdelávania riadeného adaptačným modelom na stratégie zvládania veteránov s amputáciou dolných končatín. Zistenia tohto výskumu ukázali, že vzdelávanie vedené RAM zlepšilo väčšinu stratégií zvládania u veteránov s amputáciou dolných končatín.

Uplatnenie Royovej adaptačného modelu v ošetrovateľskej praxi je širokospektrálne. Potvrďuje to i prehľadová štúdia autorov Kaas a Tóthová (2015), ktorí jeho uplatnenie popisujú okrem nami zmienených oblastiach i v oblasti seniorskej populácie, starostlivosti o ženu a dieťa, v chirurgickom ošetrovatelstve, intenzívnej starostlivosti, prevencii, či v ošetrovateľskom výskume a vzdelávaní.

ZÁVER

Adaptačný model Calisty Royovej je možné aplikovať vo všetkých situáciách, pri ktorých dochádza k vzájomnej interakcii medzi osobou a prostredím, pretože práve tieto dve metaparadigmatické koncepcie sú tu chápané ako ústredné a najdôležitejšie (Kass, Tóthová, 2015). Aplikácia modelu v našich podmienkach by mohla prispieť ku kultúrnej citlivejšiemu a špecifickému poznatku napríklad o behaviorálnych odpovediach jednotlivcov či komunit v rámci štyroch adaptačných módoch, o vplyve vybraných podnetov a kopingových mechanizmov na adaptáciu a pod., pri výbere a testovaní intervencií, a tak prispieť k podpore praxe založenej na dôkazoch ako aj k rozšíreniu teoretickej bázy ošetrovatelstva ako vednej disciplíny v našom sociálnokultúrnom prostredí (Sováriová Soósová, 2011).

RAM je podložený mnohými teoretickými konceptami a predpokladmi. Na základe našej prehľadovej štúdie je možné konštatovať, že model Calisty Royovej je flexibilným a široko uplatniteľným rámcom a niet pochyb o tom, že má potenciál pozitívne ovplyvniť starostlivosť o pacienta a prispieť k autonómii ošetrovateľskej praxe. Analýza jednotlivých štúdií priniesla pohľad na jeho využitie v rámci starostlivosti o chronicky i akútne chorých pacientov. Jeho výraznou výhodou je nesporné ponímanie pacienta ako holistickej bytosti, podpora pacientovho zapájania do starostlivosti, dôraz na podporu zdravia a tiež to, že ho možno využiť bez ohľadu na vek, pohlavie či národnosť. Za mierne negatívum modelu možno považovať, vzhľadom na jeho komplexnosť, časovú náročnosť jeho využitia v praxi. Napriek tomu odporúčame vykonať štúdie, ktoré budú zamerané na jeho aplikáciu do bežnej praxe s využitím metódy ošetrovateľského procesu a ošetrovateľských diagnóz.

Literatura

AFRASIABIFAR, A., KARIMI, Z. and HASSANI, P. Roy's Adaptation Model-Based Patient Education for Promoting the Adaptation of Hemodialysis Patients. *Iran Red Crescent Medical Journal*. 2013, vol. 15, no. 7, p. 566–572. ISSN 2074-1812.

AKYIL, R. C. and ERGÜNEY, S. Roy's adaptation model-guided education for adaptation to chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Advanced Nursing*. 2013, vol. 69, no. 5, p. 1063–75. ISSN 1365-2648.

ALIMOHAMMADI, N. et al. Effect of a care plan based on Roy adaptation model biological dimension on stroke patients' physiologic adaptation level. *Iran Journal of Nursing Midwifery Research*. 2015, vol. 20, no. 2, p. 275–281. ISSN 2228-5504.

BADR NAGA, B. S. H. and AL-KHASIB, E. A. Roy Adaptation Model: Application of Theoretical Framework. *MiddleEast Journal of Family Medicine*. 2014, vol. 12, no. 8, p. 48–51. ISSN 1839-0196.

BORZOU, S. R. et al. Effects of roy's adaptation model in nursing practice on the quality of life in patients with type II diabetes. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*. 2015, vol. 2, no. 4, p. 1–7. ISSN 2345-5764.

FARKAŠOVÁ, D. et al. *Ošetrovatelstvo – teória*. Martin: Osveta, 2005. ISBN 80-8063-182-4.

FARSI, Z. and AZARMI, S. Effect of Roy's Adaptation Model-Guided Education on Coping Strategies of the Veterans with Lower Extremities Amputation: A Double-Blind Randomized Controlled Clinical Trial. *International Journal of Community Based Nurs Midwifery*. 2016, vol. 4, no. 2, p. 127–136. ISSN 2322-2476.

FAWCETT, J. Using the Roy Adaptation Model to Guide Research and/or Practice: Construction of Conceptual-Theoretical-Empirical Systems of Knowledge. *Aquichan*. 2009, vol. 9, no. 9, p. 297–306. ISSN 2027-5374.

JENNINGS, K. M. The Roy Adaptation Model: A Theoretical Framework for Nurses Providing Care to Individuals with Anorexia Nervosa. *Advances in Nursing Science*. 2017, vol. 40, no. 4, p. 370–383. ISSN 1550-5014.

KAAS, J. and TÓTHOVÁ, V. Možnosti využiti adaptačného modelu Calisty Royové v súčasnom ošetrovatelstvi. *Ošetrovatelstvo – teória – výskum – vzdelávanie*. 2015, roč. 5., č. 2, s. 43–49. ISSN 1338-6263.

KUBICOVÁ, L. Ošetrovatelský model Royové. In: FARKAŠOVÁ, D. *Ošetrovatelství - teorie*. 1. české vyd. Martin: Osveta, 2006, s. 114–119. ISBN 80-8063-227-8.

MACHOVÁ, A. Vybrané konceptuální modely a teorie ošetrovatelství. In: PLEVOVÁ, I. *Ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, s. 130–186. ISBN 978-80-247-3557-3.

MANSOURI, A. et al. The effect of an educational program based on Roy's adaptation model on the quality of life of patients suffering from heart failure: A clinical trial study. *Japan Journal of Nursing Science*. 2019, vol. 16, no. 4, p. 459–467. ISSN 1742-7932.

ORDIN, Y. S., KARAYURT, O. and WELLARD, S. Investigation of adaptation after liver transplantation using Roy's Adaptation Model. *Nursing and Health Sciences*. 2013, vol. 15, no. 1, p. 31–38. ISSN 1442-2018.

PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1211-3.

ROY, C. *The Roy Adaptation Model*. New Jersey: Pearson Prentice Hall, 2008. ISBN 978-0-13-038497-3.

ROY, C. and ANDREWS, H. A. *The Roy adaptation model*. 2nd ed. Norwalk, CT: Appleton and Lange, 1999. ISBN 0-8385-8248-0.

ROZINCZUK, J. et al. The Application of Callista Roy Adaptation Model in the Care of Patients with Multiple Sclerosis – Case Report. *The Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing*. 2015, vol. 4, no. 3, p. 121–129. ISSN 2299-0321.

SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, M. Royovej adaptačný model ako teoretické východisko v ošetrovateľskom výskume. *Profese online*. 2011, roč. 4, s. 17–21. ISSN 1803-4330.

TOMEY, A. M. and ALLIGOOD, M. R. *Nursing Theorists and Their Work*. 6th ed. St. Louis Missouri: Mosby, 2007. ISBN 978-0-323-03010-6.

URSAVAŞ, F. E., KARAYURT, O. and İŞERI, O. Nursing Approach Based on Roy Adaptation Model in a Patient Undergoing Breast Conserving Surgery for Breast Cancer. *Journal Breast Health*. 2014, vol. 10, no. 3, p. 134–140. ISSN 1306-0945.

Kontakt

PhDr. Olga Kabátová, PhD. MPH
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita
Katedra ošetrovatelstva
Univerzitné nám. 1, 917 43 Trnava, Slovenská republika
olga.kabatova@truni.sk

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

RECENZE KNIHY VEŘEJNÉ ZDRAVOTNICTVÍ A VÝCHOVA KE ZDRAVÍ PRO ZDRAVOTNICKÉ OBORY

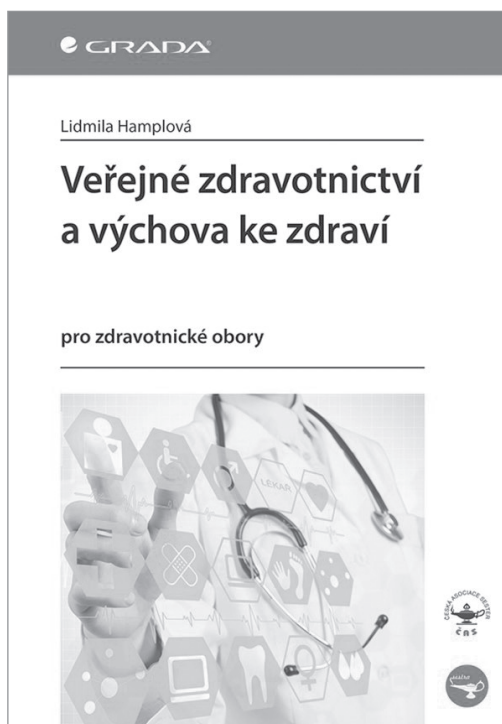
Autorka: Lidmila Hamplová

Praha: Grada Publishing, 1. vydání, 2019, 120 stran, ISBN 978-80-271-0568-7.

Kniha *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví pro zdravotnické obory* od autorky Lidmily Hamplové poskytuje ucelený a podrobný přehled aktuální problematiky veřejného zdravotnictví a výchovy ke zdraví.

Kniha je psána velmi srozumitelným a strukturovaným způsobem, jednotlivé kapitoly na sebe logicky navazují, což umožňuje čtenářům snadné porozumění a absorbování informací. Primárně je publikace určena studentům nelékařských zdravotnických bakalářských oborů a studentům oborů vyučovaných na vyšších odborných zdravotnických školách. Zcela jistě však v ní naleznou potřebné informace také odborní zaměstnanci působících v sektorech veřejného zdravotnictví či žáci středních zdravotnických škol.

Autorka se ve dvanácti kapitolách zaměřuje na různé aspekty veřejného zdravotnictví a výchovy ke zdraví, včetně historie a vývoje zdravotnického systému, epidemiologie, prevence nemocí, hygieny, rizikových a nutričních aspektů. V publikaci jsou rovněž zmíněny role Světové zdravotnické organizace a Evropské unie při ochraně a podpoře zdraví obyvatel a aktuální strategické dokumenty, které jsou implementovány vládou České republiky do národní zdravotní politiky státu. V publikaci jsou uvedeny také metody výchovy ke zdraví a způsoby, jak zvýšit povědomí o zdravotní gramotnosti v populaci. V závěru autorka představuje recentní plošné zdravotnické a screeningové programy, které jsou v České republice realizovány.



Jedním z hlavních benefitů této knihy je, že se snaží o konceptuální uchopení významu a role odborných pracovníků ve zdravotnictví v oblasti výchovy ke zdraví v rámci jejich každodenní zdravotnické praxe.

Odborná publikace *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví pro zdravotnické obory* od autorky Lidmily Hamplové je přehledná, čtivá a přínosná pro širokou škálu čtenářů s různými úrovněmi vstupních znalostí. Je velmi užitečným zdrojem nejen pro zdravotnické pracovníky a studenty zdravotnických škol, ale i pro všechny, kteří se o oblast veřejného zdraví zajímají nebo v ní aktivně působí. Díky svému srozumitelnému a komplexnímu přístupu pomůže čtenářům lépe porozumět a uchopit důležité aspekty prevence, výchovy a podpory veřejného zdraví napříč populacemi a komunitami.

Kontakt

Ing. Iveta Bryjová
Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě
Ústav nelékařských zdravotnických studií
Bezručovo náměstí 885/14, 746 01 Opava, Česká republika
iveta.bryjova@fvp.slu.cz

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

KOŽNÍ TRHLINY

Skin Tears, Saibertová Simona, Pokorná Andrea, Randová Kamila, Vaculíková Magda, Veverková Lenka

Praha: Grada, 88 stran, ISBN 978-80-271-5197-4

<https://www.grada.cz/kozni-trhliny-13636/>

Předností této publikace je komplexní souhrn informací o problematice pergamenové kůže a kožních trhlin, doplněný četnou fotodokumentací a vysoká praktická využitelnost v klinické praxi.

Publikace čtenáře seznamuje s příčinami vzniku pergamenové kůže, preventivní ošetrovatelskou intervencí i s komplikacemi ve formě kožních trhlin. Nedílnou součástí je rovněž diagnostika poranění křehké kůže pomocí standardizovaných doporučených objektivizujících škál a výčet vhodných terapeutických intervencí. Kniha je i doplňujícím studijním materiálem ke stávající odborné literatuře zabývající se hojením ran.

Publikace je jedinečnou svého druhu, žádná obdobně zaměřená publikace na českém knižním trhu zatím není k dispozici.



ANGLIČTINA PRO NELÉKAŘSKÉ ZDRAVOTNICKÉ OBORY

Wright Markéta

Praha: Grada, 344 stran, ISBN 978-80-271-1229-6

<https://www.grada.cz/anglictina-11976/>

Kniha je určena nejen sestrám, které chtějí pracovat v zahraničí, ale všem, kdo se chtějí zdokonalit v anglickém jazyce. Stručně seznamuje sestry s podmínkami získání licence pro práci v zahraničí, se vzděláním a registrací sester. Stěžejní část knihy je věnována komunikaci s pacientem. Kromě dialogů sestry s pacientem obsahuje vysvětlení výrazů z každodenní komunikace, které se ve slovnících běžně nevyskytují. Kniha bude velmi přínosná i pro učitele angličtiny a překladatele odborných textů či tlumočníky. Vzhledem ke svému praktickému zaměření je také vhodnou pomůckou k výuce angličtiny studentů ošetrovatelství na vyšších odborných a vysokých školách.



TECHNIKA V PŘEDNEMOCNICNÍ NEODKLADNÉ PÉČI V KOSTCE

Zemanová Jitka, Gřegoř Roman, Matouch Petr, Vařeková Vlasta

Praha: Grada, 124 stran, ISBN 978-80-271-2835-8

<https://www.grada.cz/technika-v-prednemocnicni-neodkladne-peci-v-kostce-13403/>

Kniha kapesního formátu obsahuje základní informace a postupy pro bezpečné zvládnutí péče o pacienta v přednemocniční neodkladné péči po technické stránce. Jde o stručný, ale komplexní přehled praktických postupů a návodů pro každodenní klinickou praxi.

Současný dynamický rozvoj technologií uplatňujících se v monitoringu, umělé plicní ventilaci, přenosu dat, diagnostických a vyšetřovacích metodách tzv. u pacienta, ale i nárůst sekundárních transportů pacientů se specifickými potřebami orgánové podpory klade na pracovníky v terénu vysoké nároky. Jejich zvládnutí bude s touto knihou snazší.



PATOLÓGIA PRE NELEKÁRSKE ODBORY

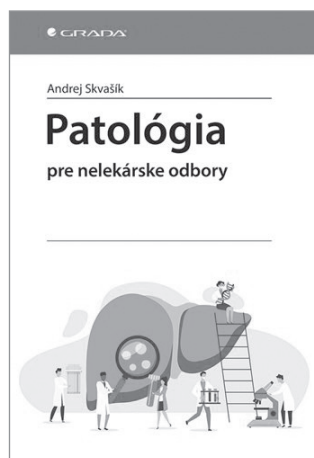
Skvašík Andrej

Praga: Grada, 160 stran, ISBN 978-80-271-5098-4

<https://www.grada.cz/patologia-13834/>

Základy patológie sú učebnicou určenou pre nelekárske študijné odbory vysokých škôl a študentov stredných zdravotníckych škôl. Učebnica bola vytvorená za účelom nahradit' súčasnú učebnicu patológie z roku 1978. Nový učebný text v otázke odbornosti korešponduje so súčasnými poznatkami v odbore, informácie pochádzajú z recenzovaných a overených zdrojov a učebných textov používaných na výučbu patológie na stredných aj vysokých školách doma aj v zahraničí.

Kostra učebnice kopíruje ministerstvom schválené učebné štandardy a čitateľov postupne sprevádza všeobecnou aj špeciálnou patológiou. Ponúka náhľad do histórie, rozdelenia a základných vyšetřovacích metód v patológii, zoznámi študentov so základnými patologickými zmenami v organizme. Druhá časť učebnice sa venuje patológii orgánových systémov. To celé je zabalené v atraktívnom dizajne, ktorý má tých, ktorí učebnicu vezmú do ruky, motivovať k štúdiu tohto zaujímavého odbor medicíny.



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 s 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 mohou být uvedeny pouze zdroje, které jsou v textu řádně odcitovány.

Rozsah: 3–8 stran, tj. max. 38 000 znaků.

Příspěvky přehledového a teoretického charakteru

Název příspěvku, abstrakt, klíčová slova se řídí stejnými pokyny jako příspěvky výzkumného charakteru.

Text rukopisu: podnadpisy kapitoly psát tučně na samostatném řádku, velkými písmeny.

Struktura textu: úvod, popis rešeršní strategie, text literárního přehledu, výstupy, referenční seznam.

Referenční seznam: uvádění citací v textu dle platné citační normy (harvardský systém). Zdroje jsou seřazeny podle abecedy. V případě více zdrojů v jedné závorce za odstavcem, oddělujte jednotlivé zdroje středníkem. V seznamu literatury mohou být uvedeny pouze zdroje, které jsou v textu řádně odcitovány.

Recenze aktuálních publikací

Název příspěvku: citace recenzovaného díla v platné citační normě, s uvedením ISSN, ISBN.

Text rukopisu: souvislý, nestrukturovaný, obsahuje informace o autorovi, jeho odbornosti. Specifika díla, odborné zaměření publikace, komu je určena, členění publikace a její

rozsah, stručný popis obsahu, význam publikace, její specifity, kladné stránky, případné omezení a nedostatky.

Rozsah: max. 9 000 znaků.

Náhled obálky: připojuje se za textem rukopisu, pokud se stáhne z webu vydavatele, musí se uvést přesný odkaz: „Zdroj obrázku: webová adresa (RRRR-MM-DD)”.

Formální požadavky rukopisu:

Rukopis zasílejte v textovém editoru MS Word.

Font písma: Times New Roman.

Velikost písma: 16 b název příspěvku (tučně), 14 b podnadpisy (podkapitoly – tučně), 12 b základní text. Za podnadpisem se vkládá vertikální mezera 6 b.

Řádkování 1, zarovnání vlevo, okraje 2,5 cm.

Odstavce: první řádek odstavce neodsazujte, ale mezi odstavci udělejte mezeru o velikosti 6 b. ENTER použijte pouze v případě nového odstavce.

Jazyk příspěvku: časopis přijímá články v českém, slovenském a anglickém jazyce.

V textu nepodtrhávájte.

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.

