

III. Mezinárodní konference Kvalita a její perspektivy s podtitulem **Péče o psychiku ve zdraví a nemoci**



SBORNÍK PŘÍSPĚVKŮ

20. dubna 2016

**Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií,
Průmyslová 395, Pardubice**

Akte se koná pod záštitou Ministerstva zdravotnictví České republiky
a I. náměstka hejtmana Pardubického kraje Ing. Romana Linka.
Záštitu nad akcí převzal primátor statutárního města Pardubic Ing. Martin Charvát.

Obsah

SESTRY, KVALITA A PERSPEKTIVY aneb O milosrdenství, čistotě a spolupráci	5
Cancer Outpatients' Self-Care Deficit in Greece, Based on Orem's Theory <i>Adamakidou, T.; Athanasopoulou, M.; Kalokairinos, Ch.; Kalokairinou, A.</i>	6
Naděje v procesu zdravotní péče <i>Adamczyk, R.</i>	17
Mental health risk, safety, and the lost soul <i>Buckingham, C.; Adams, A.; Ahmed A.?</i> ²⁵	
Screeningové metody vyšetření seniorů s diagnózou demence <i>Čermák, Z.</i>	35
Význam znalostí v péči o orální zdraví <i>Chrudimská, L.; Šoukalová, K.</i>	41
Kulturně ohleduplná péče pohledem rodiček vietnamského etnika <i>Lamková, I.; Šalanská, E.</i>	48
Podpora rodiny pečující o dítě s poruchou autistického spektra neziskovými zařízeními <i>Marešová, J.; Faltová, B.</i>	56
Zdravotně-sociální práce v transitním táboře pro migranty <i>Nová, M.</i>	64
Interní audity z pohledu všeobecných sester <i>Ochtinská, H.; Paprštejnová, M.; Špičková, N.</i>	71
Hodnocení kvality spokojenosti pacientů <i>Pokorná, B.; Holá, J.</i>	78
Škála perinatálního zármutku <i>Ratislavová, K.; Hendrych Lorenzová, E.</i>	86
Kvalita života rodičů dětí s chronickým onemocněním <i>Sikorová, L.</i>	92
Subjektivní pocity klientek po absolvování kurzu psychoprophylaxe <i>Škorníčková, Z.; Petržílková, H.; Sobotková, L.</i>	101
Jak ovlivňuje menopauza kvalitu života ženy? <i>Urbánková, M.; Moravcová, M.; Dopitová, D.</i>	110
Ošetřovatelská péče o pacienta se syndromem Guillaine-Barrého <i>Zatočilová, J.; Ehler, E.; Mandysová, P.</i>	119

SESTRY, KVALITA A PERSPEKTIVY

aneb O milosrdenství, čistotě a spolupráci

Byly nebyly SESTRY. Ve vydání Ottova slovníku naučného z roku 1904 se tak stále ještě nazývají „členové panenských řádů řeholních, vedoucí život pospolitý v klášterích jako ve vlastní rodině“. S řeholicemi přicházela do nemocnic služba milosrdenství založená na soucitu s trpícími, čepeček skrývající vlasy a praktická uniforma – šaty kryté zástěrou. Zástěra byla neprakticky světlá. Obnovovat její vzhled po kontaktu s bezmocnou tělesností – krví, stolicí, zvratky – stálo úsilí. Se sestrami přišla též čistota.

Samozřejmě byla i Florence Nightingale. Čistota řeholní se u této bohaté Angličanky setkávala s důrazem na čistotu podle hygienických pravidel. V sedmnácti si do deníku poznamenala, že k ní promluvil Bůh a povolal ji do služby. Šla se učit ošetřovatelské péči k sestram diakonkám do Düsseldorfu. V Krymské válce „řídila ve svých ambulancích zpočátku 40, později 150 ošetřovatelek“ a „činnost její vzbudila značné nadšení“, jak uznává ve stručné zmínce o tehdy ještě žijící „lidumilce“ Ottův slovník. Dnes je Florence považována za zakladatelku novodobého ošetřovatelství, za symbol soucívivé péče i manažerské zdatnosti.

Já se narodila v době, kdy se nový režim vášnivě snažil zničit řehole i povědomí o Anglii a jiných imperialistických částech světa. Zdravotním sestram však naškrobené řeholní čepečky a bílou zástěru ponechal. I milosrdnou službu: modré šaty se u krku sepínaly odznakem Sloužíme lidu.

Dožila jsem se i dalšího režimu. S nabytím svobody zdravotní sestry odložily čepečky a chopily se imperialistických učebnic. Do českých nemocnic vstoupily standardy řízení kvality a bezpečí. „Služba“ se dostala do zákona jako synonymum pro vztah založený na kupní smlouvě. Její dobrý smysl převzala „spolupráce“.

Ošetřovatelství se dnes u nás studuje na vysokých školách a pražskou nemocnici pod Petřínem znovu zřizují Milosrdné sestry sv. Karla Boromejského. Věřící i nevěřící sestry se metodou ošetřovatelského procesu učí podle standardů „aktivně vyhledávat a uspokojovat biologické, psychické, sociální, spirituální a specifické potřeby nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví“.

Současně se ve Velké Británii i v jiných západních státech bije na poplach. Země Florence Nightingale se potýká s ošetřovatelskými skandály. Jejich společným jmenovatelem je mizení soucitu ze zdravotní péče. Před sto padesáti lety Florence, vojáky nazývaná „anděl služby“, považovala soucítění za základní rys všech dobrých sester. Dnes se hledají způsoby, jak zdravotníky v soucitu školit a jak zařadit soucívivou péči mezi práva pacientů.

Jaké jsou tedy perspektivy kvality, na něž se III. Mezinárodní konference Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice zaměřuje? Co možná bude, a co nebude v budoucím rozmanitém světě?

I kdyby nebyly řeholní a zdravotní sestry, budeme asi dál toužit po bělostných andělech milosrdenství schopných pečovat o bezmocnou tělesnost. I kdyby nebyl zdravotnický obor ošetřovatelství, bude jeho etika angažované péče a spolupráce nadále vyvažovat lékařský důraz na autonomii a spravedlnost. Možná nebude všezahrnující „kvalita“. Pojem se pravděpodobně ještě více rozrůzní, neboť označuje nespécifické dobro, které zkonkrétňují teprve hodnoty a jejich nositelé – zdravotníci, pacienti a další zainteresovaní.

Americký Institute of Medicine při pohledu do budoucna nepochybuje, že ošetřovatelství se stane hlavní silou novodobého zdravotnictví a že nositelkami změn v kýženém směru komunitní péče zaměřené na pacienta budou sestry jako členky či vedoucí mezioborových týmů. Předpokládá se, že sestry umějí spolupracovat a že se naučí i vést.

Budoucnost se neodchyluje od odkazu zakladatelek. Nadále znamená soucit s trpícími na úrovni jedinců, spolupráci mezi lidmi a obory na úrovni týmů a síťování jako novodobou podobu organizačního řízení. Možná si za těmito slovy dokážeme představit prostředí, v němž by se dobře žilo – a je jedno, jestli bychom zrovna zaujímali roli pacienta, nebo zdravotníka. Pěstujme ho: za nejlepší péči o psychiku se dnes považuje péče o společné (mezilidské) prostředí.

*PhDr. Bohumila Baštecká, Ph.D.
Evangelická teologická fakulta Univerzity Karlovy*

Cancer Outpatients' Self-Care Deficit in Greece, Based on Orem's Theory

Adamakidou, T.¹; Athanasopoulou, M.²; Kalokairinos, Ch.²;
Kalokairinou, A.²

¹Nursing Department, Technological Educational Institute (TEI) of Athens, Greece

²Nursing Department, National and Kapodistrian University of Athens, Greece

Abstract

Introduction and Aim: The purpose of study was to investigate the self-care deficit of cancer patients receiving outpatient health care in Greece based on Orem's Self-Care deficit Nursing Theory.

Methods: The sample consisted of 113 patients from home care unit and outpatient unit from 2 public oncology hospitals in Athens. The questionnaire developed by researchers based on modes of intervention according to Orem's nursing theory which are acting or doing for others, guiding physical and psychological support, maintaining an appropriate environment and teaching. The questionnaire had dichotomy answers. Statistical analysis was done with SPSS using student's t-test analysis and statistical significance level was set to $p < 0.05$.

Results: The 61.9% ($n = 70$) of sample were female, 36.3% were aged more than 70 years, while 66.3% ($n = 75$) were patients of day care unit. Functional status was 39.8% stage ECOG I. Home Care's patients focused support needs for self-care in reporting issues such as information about the treatment ($p = 0.021$), economic issues ($p = 0.000$), and practical issues such as supply of medicine ($p = 0.01$), rights and insurance coverage ($p = 0.000$). Day care unit patients had greater self-care ability, focus on meeting emotional needs such as respect ($p = 0.000$), attention and care by the family ($p = 0.010$) and teaching for changes in the environment ($p = 0.028$), skills development for handling O₂ ($p = 0.014$), lymphedema care ($p = 0.045$) and caring for wounds ($p = 0.013$).

Conclusions: Awareness of patients self-care different needs by nurses, could guide the care provided, in the context of individualized and holistic approach for greatest satisfaction.

Keywords: cancer patient, day care unit, Greece, home care nursing unit, nursing care

Introduction

The home health nursing care is the nursing care provided to patients and their families in the area where patients live in their home (American Nurses Association, 2008, p. 2–3). The care must be based on the needs of each patient and caregiver (Marrelli, 2012, p. 2–3, p. 77) and one of its objectives is to maximize the self-care ability of the patient (Marrelli, 2012, p. 91–92) or the reduction of self-care deficit (Orem, 2001). The literature review reveals a wide range of care needs of cancer patients (Fernsler, 1986; Molassiotis et al., 2010; Akechi et al., 2011; McCorkle et al., 2011; Puts et al., 2012). Wingate and Lacey (1989) mentioned six types of cancer patient's needs; the information needs, the household management, physical needs, and psychological, spiritual, economic and respective needs of caregivers. In the study by Longman et al. (1992) patients have described as very important

needs are: a) personal care (safe care techniques, application of treatment guidelines, relieve stress with information on symptoms), b) the involvement their care (honestly inform, information in understandable language) and c) interaction (respect, courtesy, friendliness, hearing problems). Potter et al. (2010) in their study designed to test the skills required for the care and education needs of cancer patients and their caregivers, came and ranking 16 major activities for patients are: bath, meal, movement, monitored for infections, the symptoms management, cooking, management of cancer emotions, managing finances, treatment of wounds, the changes of bandages, aid to non-medical issues, the urinary catheter, the administration of intravenous therapy, oxygen, changing panels and feeding by tube. Tamburini et al. (2000) in their study of 392 inpatients for the synthesis of a questionnaire for the assessment of cancer patient's needs, found that the participants were most concerned for the need for information on the way forward (74%), for diagnosis (56%), diagnostic tests (52%), for the treatment (51%) better communication with their caregivers (57%) and better care in hospital (56%). Wong et al. (2002) who investigated educational needs of outpatients receiving radiation for structuring the content of an educational program, found that more important issues was the management of pain, fatigue and availability of palliative homecare. According to Polat et al. (2014) the learning needs of hospitalized non-cancer patients concerning of drugs, activities of living, community and follow up, treatment and complications, feelings related to their condition, and skin care.

The research of Osse et al. (2005) about met and unmet needs and problems of cancer patients revealed that the most important were difficult households, fatigue, disappointment about the decreased stamina, anxiety about the future and fear of metastasis, informational needs, the physical suffering. It is interesting to mention that the problems that patients experienced were not similarly to the patients unmet needs for professional care. The systematic review of Harrison et al. (2009) about the unmet needs of cancer patients revealed that the most prevalence needs concerned domains of physical functioning, psychosocial, information, spiritual, communication, sexuality. In another research referred that the higher number of needs expressed by patients the greater interest of supportive services expressed (Janda et al., 2008).

The purpose of this study is to investigate the self-care deficit patients with cancer receiving outpatient health care in Greece, the home care service compared with patients of the day care unit.

The theoretical framework

The theory of Orem of self-care deficit, is nowadays one of the most widely applied theories in nursing practice (Taylor et al., 2000), in patients with a wide range of diagnoses, including pediatric patients (Moore and Beckwitt, 2006), primary health care (Geden et al., 2001), cancer patients (Rehwaltdt et al., 2009), elderly patients with ostomy (Sampaio et al., 2008), patients with AIDS (Barroso et al., 2010), heart failure, patients with diabetes, and other. According to this theory, patients and their families are urged and encouraged to take their self-care according to their abilities. Nurses compensate the patient's self-care deficit when needed, according to the total, the partial and the educational/supportive compensatory support. Therefore, nursing (nursing agency) refers to the actions of specially trained people capable of dealing with the actual or potential self-care deficit and help to maintain or to change themselves or their environment (Orem, 2001, p. 518). Orem

considers nursing (nursing system) as an empowerment service and support of the individual, which achieves the goal with five methods of helping: a) acting or doing for others, b) guiding c) physical and psychological support, d) maintaining an appropriate environment, and e) teaching (Orem, 2001, p. 58).

Methods

Sample

In total 113 patients with cancer were enrolled in the present study, which was conducted in two anticancer hospitals: “Metaxa Hospital” and “Agiol Anargyroi Hospital”. The research was conducted during the period July 2011 – August 2011. Criteria for participation in the study were: the positive diagnosis of cancer, the ability to read and speak Greek and consent to participate in the study.

Questionnaire

The questionnaire included demographic (age, sex, education, work, income, cohabitation, caregiver, access to community services) and clinical characteristics of patient (diagnosis, metastasis, past treatments, health assessment). The performance status of patients was assessed using the tool of Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG). The performance status is rated from 0 which means full activity to 5 when patient dies (Oken et al., 1982).

Researchers sought to create a questionnaire evaluation of the patients self-care deficit which is based on Orem’s Self-Care Deficit Nursing Theory. Considering that nursing capacity in Orem’s nursing theory, achieves the objective of measures a) acting or doing for others, b) guiding, c) physical psychological support d) maintaining an appropriate environment e) teaching, researchers agreed to creating a questionnaire, which will be grouped according to the types of interventions into five groups according by Orem’s theory. Questions of each group were result of the literature review and researchers’ experience in the field of home health care. Answers of the questions were dichotomy “Yes” and “No”. In each group of questions was provided the opportunity to complete and other needs of the patient, which are not included in the questionnaire.

Procedure

A total 147 cancer patients met the inclusion criteria and were followed by the home care service and the day care unit of both hospitals. Out of the 147 patients 113 agreed to complete questionnaires, 8 home care patients (6.14%) refused to participate because the study was not interested in them, 5 home care patients (3.84%) were negative receive to visit of a person (researcher) other than nurse at home, 12 patients (9.22%) by the day care unit refused to participate because the study was not interested in them, and 9 patients (6.9%) from the day care unit refused to participate without mentioning any specific reason. The researcher took interview from patient at home care for completing the questionnaire. During the interview present was only the patient. The patients of day care unit completed the questionnaire alone during the waiting section. The researcher was in place to provide clarification when needed.

Statistical analysis

After pilot testing of patients’ self-care needs investigation questionnaire in 20 patients was found to be understood, it is short, and patients responded to all questions without

difficulty. It was checking the reliability coefficient Cronbach alpha and found to be 0.73 which is acceptable in accordance with the literature. Followed correlations of demographic and clinical characteristics of patients with self-care needs of the questionnaire items. We used a standard parametric statistical technique, t-test for statistical analysis of independent data. Tables were made with means, standard deviations, p-values, which present the correlation between the two means of patients, those who receiving care from home care unit with those from day care unit. The statistical significance level was set at $p < 0.05$.

Results

The final sample consisting of 113 patients. Most of the patients were women, 70 women (61.9%). Of these 38 patients (33.6%) were from the home care unit and 75 (66.4%) from the day care unit. The demographic and clinical characteristics of the patients are shown in Table 1.

Tab. 1 Demographic and clinical characteristics of the patients

Characteristics		N	%
Sex	Male	43	38.1
	Female	70	61.9
Age	31–40	2	1.8
	41–50	14	12.4
	51–60	28	24.8
	61–70	28	24.8
	> 70	41	36.3
Unit/Department	Home care	38	33.6
	Day care	75	66.3
Income	< 600 euro	38	33.6
	600–1300 euro	54	47.6
	> 1300 euro	21	18.6
Main caregiver	Husband/housewife	67	59.3
	Daughter	22	19.5
	Son	5	4.4
	Other	6	5.4
Diagnosis	Digestive cancer	21	18.6
	Genital cancer	12	10.6
	Respiratory cancer	14	12.4
	Breast cancer	41	36.3
	Hematopoietic	16	14.2
Metastases	Yes	28	24.8
	No	85	72.5
Hospitalization in the last year	Yes	60	53.1
	No	53	46.9
ECOG Performance status	Stage 0	29	25.7
	Stage 1	45	39.8
	Stage 2	25	22.1
	Stage 3	14	12.4

Patients' self-care deficit on the guidance and direction received from nurses to improve self-care ability is shown in Table 2.

Tab. 2 Patients self-care deficit on 'guiding' in home care and day care unit

'Guiding' Questions	Unit	N	Mean	Std. Deviation	p value
I communicate with my therapists	Day care	75	1.2000	.40269	.654
	Home care	38	1.2368	.43085	
be more involved in decisions	Day care	75	1.4800	.50296	.470
	Home care	38	1.5526	.50390	
better check my pain	Day care	75	1.5067	.50332	.394
	Home care	38	1.4211	.50036	
better check the symptoms	Day care	75	1.3333	.47458	.450
	Home care	38	1.2632	.44626	
to have more information for diagnosis	Day care	75	1.3200	.46962	.112
	Home care	38	1.4737	.50601	
to have more information for the future development	Day care	75	1.3067	.46421	.011
	Home care	38	1.5526	.50390	
to have more information on the examinations	Day care	75	1.2267	.42149	.062
	Home care	38	1.3947	.49536	
to have information for the treatment	Day care	75	1.2800	.45202	.021
	Home care	38	1.5000	.50671	
guiding the search for financial assistance	Day care	75	1.1067	.31077	.000
	Home care	38	1.5263	.50601	

Student's t-test, $p \leq 0.05$, CI 95%

Patients' self-care deficit to perform tasks and self-care acts is shown in Table 3.

Tab. 3 Patients' self-care deficit to perform tasks and self-care in home care and day care unit

'doing for others' questions	Unit	N	Mean	Std. Deviation	p value
to look after the wound, stoma, catheter	Day care	75	1.8000	.40269	.001
	Home care	38	1.5000	.50671	
to take a blood sample	Day care	75	1.2267	.42149	.671
	Home care	38	1.2632	.44626	
make an appointment with my doctor	Day care	75	1.2000	.40269	.013
	Home care	38	1.4211	.50036	
to procure my drugs	Day care	75	1.1733	.38108	.010
	Home care	38	1.3947	.49536	
to supply equipments for my care	Day care	75	1.6533	.20240	.454
	Home care	38	1.5000	.50671	
to be scheduled chemotherapy or blood transfusion	Day care	75	1.2667	.44519	.006
	Home care	38	1.5263	.50601	

Student's t-test, $p \leq 0.05$, CI 95%

For procedural issues such as helping to ‘make an appointment with their doctor’ ($p = 0.013$), ‘to procure my drugs’ ($p = 0.010$) and ‘be scheduled chemotherapy or transfusion’ ($p = 0.006$) seems the home care patients to entirely need help more than patients from the day care unit, significantly.

Patients’ self-care deficit and their need for the participation of the nurse in the physical and psychological support for their self-care are shown in Table 4. Important for home care patients is the physical and psychological support for their self-care ‘do not depend on others’ ($p = 0.040$).

Tab. 4 Patients self-care deficit and their need for ‘physical and psychological support’ in home care and day care unit

‘physical and psychological support’ questions	Unit	N	Mean	Std. Deviation	p value
independently to eat, to take a bath	Day care	75	1.8000	.40269	.053
	Home care	38	1.6316	.48885	
moving on my own or with little help	Day care	75	1.8400	.36907	.001
	Home care	38	1.5526	.50390	
to take care of myself	Day care	75	1.5867	.49575	.385
	Home care	38	1.5000	.50671	
to feel better	Day care	75	1.3600	.48323	.853
	Home care	38	1.3421	.48078	
to share and manage my feelings	Day care	75	1.4000	.49320	.831
	Home care	38	1.4211	.50036	
to manage my feelings about the change in my body image	Day care	75	1.5867	.49575	.938
	Home care	38	1.5789	.50036	
to take control of my life	Day care	75	1.6667	.47458	.523
	Home care	38	1.6053	.49536	
do not depend on others	Day care	75	1.4267	.49792	.040
	Home care	38	1.6316	.48885	
to talk to people with the same problem	Day care	75	1.5600	.49973	.649
	Home care	38	1.6053	.49536	
to talk about what is happening to me	Day care	75	1.3333	.47458	.927
	Home care	38	1.3421	.48078	
to feel useful for others	Day care	75	1.6000	.49320	.748
	Home care	38	1.6316	.48885	
to manage the death meaning	Day care	75	1.7600	.42996	.089
	Home care	38	1.6053	.49536	
To feel less isolated / alienated	Day care	75	1.5733	.49792	.208
	Home care	38	1.4474	.50390	

Student’s t-test, $p \leq 0.05$, CI 95%

Patients’ self-care deficits on ‘maintaining an appropriate environment’ are shown in Table 5. The day care patients referred that they need help by the nurse to maintain and improve the environment on ‘to have more respect from my family’ ($p = 0.000$), ‘to have more attention and care from my family’ ($p = 0.010$), ‘to learn to do light households’

($p = 0.013$), 'to make the necessary changes in the environment' ($p = 0.028$), compared with patients in the home care significantly. Unlike the home care patients need 'to have more information about their rights and insurance coverage' ($p = 0.000$) compared with patients in the day care.

Tab. 5 Patients self-care deficit on 'maintaining an appropriate environment' in home care and day care unit

'maintaining an appropriate environment' questions	Unit	N	Mean	Std. Deviation	p value
have more respect from my family	Day care	75	1.9467	.22621	.000
	Home care	38	1.7105	.45961	
have more respect from health professionals	Day care	75	1.3333	.47458	.853
	Home care	38	1.3158	.47107	
get more attention and care from my family	Day care	75	1.9467	.22621	.010
	Home care	38	1.7895	.41315	
get more attention and care from health professionals	Day care	75	1.3067	.46421	.706
	Home care	38	1.3421	.48078	
get more help with the housework	Day care	75	1.4133	.49575	.385
	Home care	38	1.5000	.50671	
learn to do light housework	Day care	75	1.8000	.40269	.013
	Home care	38	1.5789	.50036	
to make the necessary changes in the environment	Day care	75	1.8400	.36907	.028
	Home care	38	1.6579	.48078	
have more information about my rights and insurance coverage	Day care	75	1.0133	.11547	.000
	Home care	38	1.2105	.41315	

Student's t-test, $p \leq 0.05$, CI 95%

Patients' self-care deficit on 'teaching subjects' and their desire to be trained in skills that would improve their self-care, are shown in Table 6. The training needs of patients receiving care from day care unit differ significantly from those in patients of home care and focus 'to be trained in insulin-therapy' ($p = 0.020$), 'to learn to handle oxygen' ($p = 0.014$), 'learning to care for the wound, stoma, catheter' ($p = 0.013$) and 'learning to care for lymphedema' ($p = 0.045$).

Tab. 6 Patients self-care deficit on 'teaching subjects' in home care and day care unit

'teaching' questions	Unit	N	Mean	Std. Deviation	p value
to be trained in insulin-therapy	Day care	75	1.9200	.27312	.020
	Home care	38	1.7632	.43085	
to make decisions about my nutrition	Day care	75	1.3067	.46421	.634
	Home care	38	1.2632	.44626	
learning to handle oxygen	Day care	75	1.8933	.31077	.014
	Home care	38	1.7105	.45961	
learn to recognize the infections promptly	Day care	75	1.4667	.50225	.324
	Home care	38	1.3684	.48885	
to learn the medication management	Day care	75	1.4000	.49320	.633
	Home care	38	1.4474	.50390	
learning to care for the wound, stoma, catheter	Day care	75	1.8000	.40269	.013
	Home care	38	1.5789	.50036	
learning to care lymphedema	Day care	75	2.0000	.00000	.045
	Home care	38	1.9474	.22629	

Student's t-test, $p \leq 0.05$, CI 95%

Discussion

This study investigated the self-care deficit patients with cancer receiving outpatient health care in Greece based on the theory of Orem self-care deficit. Differences were indicated between patients receiving care from home care unit comparing with those receiving care from the day care unit. Patients in the home care considered that health professionals can assist them in practical matters (providing information about the disease, treatment, economics, supply of materials and medicines, scheduling transfusion or chemotherapy, rights and insurance coverage) compared with patients in the day care unit. The need for more information refers to be present to the first stages of the disease (Tamburini et al., 2000, p. 35) but also patients in palliative care wanted more information to increase the sense of control of the situation (Osse et al., 2005, p. 728). The severe situation of home care patients or adjustment to the disease (Mizunoh et al., 2005) or the potential emotional coverage of patients from their caregivers (close family ties in Greece) or even more the economic crisis, maybe related to the increase of the practical issues that are referred to as deficits in self-care. The economic burden on patients due to the chronicity of the disease brings self-care deficit in this area (Blank et al., 1989) or maybe these need for professional attention on finances indicates deficits in care coordination (Osse et al., 2005, p. 728). The need for co-ordination and continuity of care (McIlfatrick, 2007, p. 83) through the necessary scheduling of interventions may be essential to care illness trajectory. Maintaining the balance between the needs and the capacity for self-care, for example 'to maintain the independence', is an important dimension in the care and main goal of home care (Adamakidou, 2009; Marrelli, 2012). The absence of reference in self-care deficit of ADL maybe was related with the fact that home care nurses paid major attention in that field (Osse et al., 2005, p. 728).

The self-care deficit in satisfaction emotional needs such as respect ($p = 0.004$), the attention and care by the family ($p = 0.03$), the empowerment to maintain functionality ($p = 0.003$) positively correlated with patients in day care unit (Mizunoh et al., 2005; McIlfratrick, 2007). Perhaps, their experiences adduce and magnify the emotional needs and indicate their need to be accompanied in this journey by loved ones and competent professionals (Osse et al., 2005, p. 728). It mentioned that a high percentage of patients needed to feel useful within their family (Tamburini et al., 2000, p. 35). Patients best functional status, compared with that of patients in the home care, and the new role of the patient in the disease management (Tamburini et al., 2000, p. 35) have resulted in active participation in their care and for this reason seek training for their daily care. Patients treated in day care unit usually have recently had a surgery and their contact with the disease is in their memory. Therefore show self-care deficit in wound care, ostomy and lymphedema care and need training and assistance on these issues (Potter et al., 2010, p. 541). The absence of reference of similar training needs of patients in home care may be associated with the chronicity of their condition, which results in these requirements have been covered in the past.

The ability to self-care or self-care deficit of the patients seems to guide and their reported needs. Nurses must investigate individually the reported deficit or self-care ability and support depending on the patient and the family environment. Designing a self-care deficit support program for ambulatory patients should take into account the capabilities and characteristics of the target population.

Conclusion

The self-care deficit which was expressed from the patients and differences founded between patients in the day care and home care could be key determinants for nurses and other health care providers. These determinants will be able to support and guide the providing care in order to increase the patients' satisfaction from the care and to improve their quality of life.

Conflicts of interest

None

References

- ADAMAKIDOU, T., 2009. *Cancer patients' self-assessment of quality of life at home in comparison with nursing assessment*. Athens. PhD Thesis. National and Kapodistrian University of Athens, Nursing Department.
- AKECHI, T. et al., 2011. *Patient's perceived need and psychosocial distress and/or quality of life in ambulatory breast cancer patients in Japan*. *Psycho-Oncology*. **20**(5), 497–505.
- AMERICAN NURSES ASSOCIATION, 2008. *Home health nursing: scope and standards of practice*. Silver Spring: American Nurses Association. ISBN 978-1-55810-255-2.
- BARROSO, L. M. et al., 2010. *Utility of the self-care theory to assist the bearer of human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome*. *Acta Paul Enferm*. **23**(4), 562–7.
- BLANK, J., CLARK, L., LONGMAN, A. a ATWOOD, J., 1989. Perceived home care needs of cancer patients and their caregivers. *Cancer Nursing*. **12**(2), 78–84.

- FERNSELER, J., 1986. A comparison of patient and nurse perceptions of patients self-care deficits associated with cancer chemotherapy. *Cancer Nursing*. **9**(2), 50–57.
- GEDEN, E., ISARAMALAI, S. a TAYLOR, S., 2001. Self-care deficit theory and the nurse practitioner's practice in primary care setting. *Nurs Sci Q*. **14**, 29–33.
- HARRISON, J. et al., 2009. What are the unmet supportive care needs of people with cancer? A systematic review. *Support Care Cancer*. **17**, 1117–1128.
- JANDA, M. et al., 2008. Unmet supportive needs and interest in services among patients with tumour and their carers. *Patient Education and Counseling*. **71**, 251–258.
- LONGMAN, A. J. et al., 1992. Care needs of home based cancer patients and their caregivers. *Cancer Nursing*. **15**(3), 182–190.
- MCCORKLE, R., ERCOLANO, E., LAZENBY, M., SCHULMAN-GREEN, D. et al., 2011. Self-Management: Enabling and empowering patients living with cancer as a chronic illness. *CA Cancer J Clin*. **61**(1), 50–62.
- MARRELLI, T., 2012. *Home health Standards: quality, documentation and reimbursement*. 5th ed. Missouri: Elsevier. ISBN 978-0-323-08440-6.
- MCILFATRICK, S., 2007. Assessing palliative care needs: views of patients, informal carers and healthcare professionals. *Journal of Advanced Nursing*. **57**(1), 77–86.
- MIZUNOH, M., ARITA, H. a KAKUTA, M., 2005. Needs of ambulatory patients with cancer who visited outpatient units in Japanese hospitals. *Oncol Nurs Forum*. **32**(3), 544.
- MOLASSIOTIS, A. et al., 2010. Unmet supportive care needs, psychological well-being and quality of life in patients living with multiple myeloma and their partners. *Psycho-Oncology*. **20**(1), 88–97.
- MOORE, J. B. a BECKWITT, A., 2006. Self-Care Operations and Nursing Interventions for Children with Cancer and Their Parents. *Nurs Sci Q*. **19**, 147–156.
- OKEN, M. M., CREECH, R. H., TORMEY, D. C., HORTON, J., DAVIS, T. E., MCFADDEN, E. T. a CARBONE, P. P., 1982. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Clin Oncol*. **5**(6), 649–655.
- OREM, D. E., 2001. *Nursing: Concepts of practice*. 6th ed. St. Louis, MO: Mosby. ISBN 9870323008648.
- OSSE, B., VERNOOIJ-DASSEN, M., SCHADÉ, E. a GROL, R., 2005. The problems experienced by patients with cancer and their needs for palliative care. *Supportive Cancer Care*. **13**(9), 722–732.
- POLAT, S., CELIK, S., ERKAN, H. a KASALI, K., 2014. Identification of learning needs of patients hospitalized at a University hospital. *Pak J Med Sci*. **30**(6), 1253–1258.
- POTTER, P. et al., 2010. An Analysis of Educational and Learning Needs of Cancer Patients and Unrelated Family Caregivers. *J Canc Educ*. **25**, 538–542.
- PUTS, M. T. E. et al., 2012. A systematic review of unmet needs of newly diagnosed older cancer patients undergoing active cancer treatment. *Support Cancer Care*. **20**, 1377–1394.
- REHWALDT, M. et al., 2009. Self-care strategies to cope with taste changes after chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*. **36**(2), 47–56.
- SAMPAIO, F. A. A. et al., 2008. Nursing care to an ostomy patient: application of the Orem's theory. *Acta Paul Enferm*. **21**(1), 94–100.
- TAMBURINI, M. et al., 2000. Assessment of hospitalised cancer patients' needs by the Needs Evaluation Questionnaire. *Annals of Oncology*. **11**, 31–37.

TAYLOR, S. G., GEDEN, E., ISARAMALAI, S. a WONGVATUNYA, S., 2000. Orem's self-care deficit nursing theory: Its philosophic foundation and the state of the science. *Nursing Science Quarterly*. **13**(2), 104–110.

WINGATE, A. a LACLEY, N., 1989. A description of the needs of non institutionalized cancer patients and their primary caregivers. *Cancer Nursing*. **12**(4), 216–225.

WONG, R. K. et al., 2002. What do patients living with advanced cancer and their careers want to know? – A needs assessment. *Support Care Cancer*. **10**, 408–415.

Theodoula Adamakidou, RN, MSc, Ph.D.

Lecturer in Nursing Department
Technological Educational Institute (TEI) of Athens, Greece
e-mail: adamakidou@yahoo.gr

Maria Athanasopoulou, RN, MSc, Ph.D.

Nursing Department
National and Kapodistrian University of Athens
e-mail: athmari@yahoo.com

Charalambos Kalokairinos, Physicist, MSc

Nursing Department
National and Kapodistrian University of Athens
e-mail: kal_cha@yahoo.gr

Athina Kalokairinou, RN, MSc, Ph.D.

Professor in Community Nursing, Nursing Department
National and Kapodistrian University of Athens
e-mail: athkal@nurs.uoa.gr

Naděje v procesu zdravotní péče

Adamczyk, R.

Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě

Abstrakt

Úvod: Naděje je formou pozitivního očekávání, které zdravému i nemocnému člověku poskytuje klíčové opěrné body v nejistém, stochastickém systému života. Pro pacienta v systému zdravotní péče je naděje klíčovou psychologickou veličinou, která napomáhá ke zvládnání (copingu) a uzdravení.

Cíl: Cílem příspěvku je podat přehled vybraných filozofických, psychologických a medicínsko-ošetrovatelských aspektů problematiky naděje ve vztahu k existenciálnímu prožívání a ke zdravotní péči.

Metodika: Článek vychází z bibliografického šetření a autorovy zkušenosti. V rámci přípravy článku byla realizována rešerše relevantní knižní a časopisecké literatury a on-line zdrojů s využitím vybraných databází.

Výsledky: Naděje se ve světle mnoha osobních zkušeností pacientů a současně ve světle odborného zkoumání jeví jako významný salutogenní a provitální faktor. Klinické zkoumání i epizodické důkazy odvozené od konkrétních životních osudů poukazují na velký filozofický, psychologický, behaviorální a dokonce fyziologický význam naděje s relevancí pro ošetrovatelskou a medicínskou péči.

Závěr: Naděje je podstatným článkem kvality života, a to zejména v nepříznivých situacích a stavech nemoci. Další zkoumání naděje prismaťem filozofie, psychologie, psychoneuroimunologie, sociálního lékařství a různých klinických oborů je jistě opodstatněné a může přinést ovoce v podobě vyšší kvality života nespočtu pacientů.

Klíčová slova: hledisko filozofické, hledisko psychologické, kvalita života, naděje, zdravotní péče

Abstract

Introduction: Hope is a form of positive expectation. It provides key stepping stones to both healthy and diseased subjects in the unpredictable, stochastic system of life. Hope is a major psychological variable helping individuals in the process of coping and recovery.

Aim: The present article intends to provide an overview of selected philosophical, psychological, medical and nursing aspects of the issue of hope in relation to existential experience and to health care.

Method: The article is based on a bibliographical survey and author's experience. A literature search was performed for relevant monographs, journals and on-line resources and pertinent databases were employed.

Results: In the perspective of numerous individual experiences of patients and of respective research studies, hope appears to be a major salutogenic and life-promoting factor. Clinical research and anecdotal evidence derived from life experiences underscore the prominent importance of hope in the philosophical, psychological, behavioral and even physiological domain, as well as its relevance to nursing and medical care.

Conclusion: Hope represents a pivotal element of the quality of life, especially in dire situations and in illness. Further research of hope in the philosophical, psychological, psychoneuroimmunological, social health and other clinical perspectives is warranted and can contribute to a higher quality of life in countless individual patients.

Keywords: philosophical aspects, psychological aspects, quality of life, hope, health care

Úvod

Naděje je formou pozitivního očekávání, které zdravému i nemocnému člověku poskytuje klíčové opěrné body v nejistém, stochastickém systému života. Pro pacienta v systému zdravotní péče a jeho příbuzné je naděje klíčovou psychologickou veličinou, která nejen pomáhá snášet uvedené nejistoty, budovat útěchu, ale také si zachovat vyvážený náhled na věci, motivovat k pozitivní činnosti a podporovat některé žádoucí fyziologické funkce, které napomáhají ke zvládnání (copingu) a uzdravení.

Cíl

Cílem příspěvku je podat přehled vybraných filozofických, psychologických a medicínsko-ošetrovatelských aspektů problematiky naděje ve vztahu k existenciálnímu prožívání a ke zdravotní péči.

Metodika

Článek vychází z bibliografického šetření a epizodických zkušeností. V rámci přípravy článku byla realizována rešerše relevantní knižní a časopisecké literatury a on-line zdrojů s využitím databází ScienceDirect, SpringerLink, GoogleScholar a PubMed a knihovních katalogů. Rešeršní strategie byla pro jednotlivé zdroje následující: 1. anglicky psané časopisecké zdroje – klíčová slova s užitím booleovského operátoru AND, viz tabulka 1, 2. česky a anglicky psané knižní zdroje s užitím klíčových slov a booleovského operátoru AND v souborném katalogu ČR (Národní knihovna Praha, viz tabulka 2). Manuálním zúžením výběru dle relevance názvů a abstraktů byly vybrány plnotextové články (včetně referenčních), monografie a slovníky k využití v následujícím textu pro podoblast naděje v kontextu uvedených klíčových slov. Publikační rozpětí bylo stanoveno primárně na 1993-2015, starší zdroje byly uplatněny selektivně zejména u monografií filozofické povahy (Marcel, 1973, 1978) a časopiseckých statí zásadního charakteru (Korner, 1970).

Tab. 1 Základní kvantitativní rešeršní ukazatele časopiseckých článků

Klíčová slova/ databáze	Science Direct (Abstract/Title/ Keywords)	Springer Link	Google Scholar	PubMed
hope	1724 (Topic: hope, patient)	8683 (Topic: medicine, SoS)	cca. 14000 (Title)	753 (Title, free full text)
role and hope	1800 (Topic: all)	6851 (Topic: medicine, SoS)	255 (Title)	5 (Title, free full text)
hope and treatment	862 (Topic: patient, treatment, cancer)	4855 (Topic: medicine, SoS)	394 (Title)	44 (Title, free full text)

hope and health and care	622 (Topic: all)	5777 (Topic: medicine, SoS)	98 (Title)	4 (Title, free full text)
hopelessness	785 (Topic: all)	750 (Topic: medicine, SoS)	1110 (Title)	52 (Title, free full text)
positive and psychology	934 (Topic: all)	10916 (Topic: medicine, SoS)	1840 (Title)	20 (Title, free full text)

Pozn.: SoS – Social Sciences

Tab. 2 Základní kvantitativní rešeršní ukazatele knižních publikací

Klíčová slova/ počet entit	naděje	hope	pozitivní psychologie	positive psychology
(v názvu publikace)	791	726	13	48

Výsledky

Hartl a Hartlová (2004, s. 338) definují naději jako „emoční postoj charakteristický očekáváním něčeho příznivého, např. výsledku léčby“. Takové vymezení naděje zdůrazňuje její selektivní zaměření na pozitivní fenomény, případně – ve zdravotnickém kontextu – na úspěch terapie. Z existenciálního pohledu je možné naději chápat jako nástroj zvládnání obtížných situací, které v krajním případě mohou mít charakter ohrožení života nebo jeho základních hodnot. Naděje je tak důležitá při očekávání diagnostických informací, stejně jako při prožívání terapeutického procesu a očekávání jeho výsledku.

V existenciální filozofii věnoval pojmu naděje detailní pozornost Gabriel Marcel (1889-1973), který zkušenost naděje klade vedle lásky a věrnosti jako základní pilíře filozofie existence. Podle Marcela může přetrvávat naděje navzdory tvrdým datům a kalkulacím a je potvrzením smyslu lidského života. Marcel odlišuje naději od optimizmu a zdůrazňuje její perseverační charakter, její nezdolnost navzdory faktům a anticipacím (Marcel, 1973; Michelman, 2008). Naděje v tomto pojetí je triumfem nad možným, potenciálním zoufalstvím. Je cestou z nevolnictví, zoufalství a vzdání se, ačkoli ne vždy musí zřetelně znát způsob vysvobození se z obtížné, znesvobodňující situace, mezi jejíž typické příklady můžeme řadit i nemoc (Marcel, 1978).

V přístupu k naději bylo identifikováno několik abstraktních, zčásti metaforických vzorců. Scioli a Biller uvádějí zejména metaforu „chráněného území“, ve které je naděje vnímána jako psychologické útočiště či pevnost, metaforu mostu, založenou na „imaginativním přenosu sebe sama na lepší místo nebo do lepší doby“, a dále obraz naděje jako životního (život podporujícího) principu, obraz naděje jako životní dovednosti, a konečně obraz naděje jako cíle samého o sobě (Scioli a Biller, 2009, s. 25).

Konotace naděje však nejsou jen ryze filozofické. Naděje je vysoce relevantní pojem pro psychologii a psychoterapii, neboť snížená hladina naděje koreluje s mírou depresivity a dalších klinicky relevantních stavů (srov. Watson et al., 1988). Naděje v psychologickém kontextu je součástí duševního zdraví a rovnováhy a je významnou pozitivní expektační emocií (Elliott, 2005). Z pohledu moderních neurověd je naděje a nálada úzce spojena s fungováním imunitního systému a může tak teoreticky přispívat k lepší šanci na přežití

nemoci i ryze fyziologickým způsobem (Azar, 2001). Těto možnosti nasvědčují i data, která potvrzují účinnost antidepresiv jako imunomodulátorů *sui generis* a souvislost deprese s imunosupresí, případně neuroinflamatorními procesy (Maes, 2001; Müller, 2014).

Z pohledu pozitivní psychologie je naděje klíčovou veličinou procesu lidského života spolu s optimismem, zdravím, láskou, kreativitou, smyslem, humorem, silnými stránkami jedince a dalšími kladnými aspekty existence (Snyder a Lopez, 2002; Seligman, 2015). Zvláště vztah naděje a optimismu je velmi těsný. Optimizmem můžeme rozumět pozitivní nastavení člověka spočívající v očekávání lepších variant budoucnosti (de facto provitálních variant) v konkurenci variant horších, nepříznivějších. Optimismus je opakem pesimismu. Naděje se naproti tomu jeví jako pojem abstraktnější, spirituálnější, který je například u Marcela úzce spojen s absolutnem a je podobně nepopiratelný a situačně nezávislý (tedy realizovatelný i ve stavu mimořádné tísně) jako Franklův koncept postojových hodnot. Frankl se sám o naději vyjadřuje v kontextu svého tvrzení, že vše odžitě je nesmazatelně zapsáno do „manuskriptu“ či „protokolu“ světa, a říká: „A protokol světa se nemůže ztratit, to tvoří útěchu a naši naději“ (Frankl, 1994, s. 39). Takové pojetí naděje je odvozeno nejen z toho, co bude či může být v budoucnosti, ale paralelně též z toho, co již bylo, co bylo prožito a petrifikováno ve vrstvách dějin a osobního životního příběhu.

U Frankla je ústředním pojmem „smysl“, tento smysl je však také určitým druhem naděje – naděje, že život člověka není jen bezcílným během na relativně krátkou trať. Z toho pohledu může Franklova „lékařská péče o duši“ (Frankl sám byl především neurolog a psychiatr) posilovat naději člověka ve světě zdůrazněním smyslu jeho pobytu (Frankl, 2015).

Na platformě medicíny a ošetřovatelství bylo vykonáno poměrně mnoho práce v oblasti výzkumu naděje a její role v procesu léčby a uzdravování. V doméně 6 (Sebepercepce) ošetřovatelské taxonomie NANDA jsou zařazeny dvě diagnózy související s dimenzí naděje – kód 00124 – Beznaděj a 00185 – Snaha zvýšit naději. Přítomnost dimenze naděje v NANDA diagnostice nasvědčuje významnosti tohoto emočně-kognitivního nastavení pro péči o člověka a pro kvalitu života jedince (Herdman a Kamitsuru, 2014).

Jacksonová (1993) rozlišuje tři úrovně naděje – elementární, sekundární a terciární. Zmaření elementárních nadějí (jako je koupě nových šatů) nevede k závažné frustraci. U sekundárních nadějí (jako nalezení partnerského vztahu) je frustrace větší. Nejsilnější emoční náboj má dle Jacksonové terciární naděje – například naděje na úlevu od bolesti či překonání osobní tísně. Benzeinová a Savemanová na základě pojmové analýzy dospěly k závěru, že k základním charakteristikám naděje, zkoumané v tomto případě ve vztahu k ošetřovatelství, patří orientace na budoucnost, pozitivní očekávání, intencionalita, realizmus, aktivita a stanovování cílů (Benzein a Saveman, 1998; Jacoby a Keinan, 2003). V tom se částečně rozcházejí s Marcelovou idealistickou interpretací pojmu, nicméně vrhají na něj pragmatičtější světlo, které je v prostředí zdravotní péče v mnoha ohledech významné.

Proserpio et al. (2015) na základě dotazníkového šetření mezi 320 onkologickými pacienty identifikovali velmi významnou roli vztahů s přímými poskytovateli péče pro míru naděje. Naděje je ke kvalitě vztahů s pečujícími, včetně zdravotnických pracovníků, výrazně senzitivní. S tímto vědomím by zdravotnická zařízení měla pozitivně rozvíjet citlivý psychologický přístup svých zaměstnanců k pacientům, zejména těm, kteří trpí závažnými, bolestivými a jinak existenciálně zatěžujícími onemocněními. Kvalita vztahu mezi personálem a pacien-

tem je bezpochyby nedílnou součástí celkové kvality péče a podpůrným faktorem nejen ve vztahu k naději, ale potažmo i ve vztahu k celkové kvalitě života uživatele zdravotní péče.

Benzeinová a Bergová (2005) poukazují na zajímavé korelace mezi nadějí, beznadějí, únavou a věkem u pacientů v paliativní péči a jejich rodinných příslušníků s použitím Indexu naděje dle Herthové (Herth Hope Index) a Beckovy škály beznaděje (Beck Hopelessness Scale). Překvapivě vykazovali rodinní příslušníci signifikantně nižší hladinu naděje než pacienti. Naděje u členů rodiny středně negativně korelovala s věkem a únavou (-0.358, respektive -0.439). Naděje také u řady onemocnění, kupříkladu u schizofrenie, renálního selhávání a nádorů prsu, významně koreluje s kvalitou života (Landeem et al., 2000; Jo a Son, 2004).

Z dostupných experimentálních studií vyplývá, že naděje může mít dokonce modulační efekt na vnímání bolesti a dá se v tomto smyslu terapeuticky využívat. Bergová, Snyder a Hamiltonová (2008) při pokusech s aplikací bolestivého chladového podnětu (akutní experimentální bolest) zjistili, že krátká intervence zaměřená na indukci naděje (řízená imaginace, dovednostní edukace) zvýšila toleranci bolesti, zejména u žen. Práh bolesti přitom zůstal nezměněn.

Korner již v roce 1970 charakterizuje naději jako specifický druh „kognitivního chování“ a fenomén nezbytný pro zdravý coping a boj se zoufalstvím. (Podobně jako zlo bývá někdy interpretováno jako „privatio bon“, tedy absence dobra, lze chápat zoufalství jako „absenci naděje“.) Korner zároveň poukazuje na sekundární funkci naděje jako psychologického nástroje k přemostění období stresujících a nepříjemných okolností. Korner odlišuje naději od pouhého jalového „přání si“ a od prostého pozitivního očekávání, které může mít jen slabou afektivní komponentu. Poukazuje na nebezpečí ztráty naděje a dopady této ztráty na psychologickou i tělesnou komponentu jedince, a – což je obzvláště cenné – nabízí některé metody aktivace naděje či její mobilizace proti zoufalství v procesu copingu. Korner v naději rozlišuje emoční komponentu – procítěné ujištění o pozitivní budoucnosti – a intelektuální komponentu – racionalizační řetězec důvodů pro naději. V obou směrech naděje může působit jako „náravník“ či pufr posilující odolnost vůči stresorům, včetně nemoci (Korner, 1970).

Naděje podle našeho názoru souvisí také s managementem informací. Pokud jsou pacientovi předkládány informace, které mohou přinášet důvod pro naději, lze očekávat jejich salutogenní působení ve prospěch pacienta. Jak uvádějí Scioli a Biller (2009), jedním z mechanismů naděje je monitoring reality s cílem najít její pozitivní aspekty. Taková schopnost je člověku obecně vlastní, může být pěstována a podporována v terapeutickém procesu a vybavuje jedince i sociální skupiny nejen potenciálem obstát tvář v tvář ekonomickým a společenským obtížím a přírodním neštěstím, ale též tváří v tvář nemoci a s ní spojené kaskádě konsekvencí, včetně možné nepříjemné a zatěžující léčby.

Stephen Jay Gould, známý biolog a popularizátor vědy, kterému byl v roce 1982 diagnostikován abdominální mesotheliom (u něhož byl tehdy uváděn medián přežití 8 měsíců), na základě osobní zkušenosti zdůrazňoval, že postoj hraje v případě tohoto typu diagnózy nezanedbatelnou roli, a s oblibou dodával známý Disraeliho výrok, že existují tři druhy lži – lži úmyslné, neúmyslné a statistika. Stephen Gould přežil statistické prognózy zhruba o 20 let (Gould, 2002). Čistě z pragmatického pohledu je tedy podle Gouldovy zkušenosti výhodnější naději mít, než nemít. Naděje je svým způsobem psychologickým nakládáním s příznivými a nepříznivými pravděpodobnostmi. Jak ukazují Frankl, Marcel a další autoři,

je však více než tím – je multidimenzionálním fenoménem s prolínáním do různých vrstev lidského života.

Diskuze

Naděje se ve světle mnoha osobních zkušeností pacientů a současně ve světle odborného zkoumání jeví jako významný salutogenní a provitální faktor. Z Franklových prací plyne jasná existenciální spojitost mezi nadějí a smyslem. Ve filozofické rovině je koncept naděje propracován Marcelem zejména ve významu absolutní, transcendentní naděje, a to v úzkém vztahu k optimismu, který je však považován za odlišnou entitu (Marcel, 1973, 1978). Na rozdíl od Marcela však Snyder a Lopez chápou naději a optimismus jako jevy kognitivně zakotvené (expektačně-atribuční povahy), spíše než transcendentní, i když taktéž uznávají jejich funkci „nárazníkového mechanismu“ v procesu copingu (včetně schopnosti čelit onkologickým a jiným onemocněním, neplodnosti a jiným nepříznivým faktorům). V podobném smyslu se již počátkem 70. let vyjadřoval Korner ve svém průkopnickém článku o naději jako nástroji copingu (Korner, 1970).

Pojem naděje se dočkal konceptuálního rozpracování u Jacksonové (1993), která se opírá o emoční potenciál primární, sekundární a terciární naděje Benzeinové a Savemanové (1998), jejichž pojmová analýza je však spíše komponentní než emočně zakotvená, a některých dalších autorů. Jako podstatnější z pragmatického pohledu zdravotních věd se však jeví odborné příspěvky badatelů v oblasti medicíny, ošetrovatelství a psychoterapie. Jacksonová (1993) dokonce přichází s postulátem, že naděje může prostřednictvím elektrochemických procesů (ovlivnění monocytů autonomními a endokrinními mechanismy) podpořit proces hojení. Korner (1970) dokládá, že osoby zachovávající si naději mají větší šance na přežití v kritických podmínkách. Podle Carpenitové (2010), která je známa svým rozpracováním ošetrovatelské diagnostiky, je u lidí, kteří projevují naději, vyšší šance na zapojení do aktivit podporujících zdraví a sebepěči a utvářejících zdravý životní styl. O pozitivním vlivu naděje na zdravotní stav a prognózu svědčí i opakované epizodické zkušenosti jednotlivců, mezi nimiž figuruje i známý biolog 20. století Stephen Jay Gould (Gould, 2002).

Závěr

Klinické zkoumání i epizodické důkazy odvozené od konkrétních životních osudů poukazují na velký filozofický, psychologický, behaviorální a dokonce fyziologický význam naděje s relevancí pro ošetrovatelskou a medicínskou péči. Naděje je podstatným článkem kvality života, a to zejména v nepříznivých situacích a stavech nemoci. Další zkoumání naděje prismatem filozofie, psychologie, psychoneuroimunologie, sociálního lékařství a různých klinických oborů je jistě opodstatněné a může přinést ovoce v podobě vyšší kvality života nespočtu pacientů a zlepšení kvality péče v oblasti psychologických a duchovních potřeb. Důležité je však nevnímat naději jen jako objektivně zkoumaný fenomén, ale též jako subjektivně prožívanou zkušenost, o jejíž hodnotě nemůže být z psychologického ani filozofického pohledu sporu.

Etické aspekty a konflikt zájmu

Autor neuvádí žádný konflikt zájmu.

Bibliografické odkazy

- AZAR, Beth, 2001. A new take on psychoneuroimmunology. Research pointing to a circuit linking the immune system and brain connects illness, stress, mood and thought in a whole new way. *Monitor on Psychology*. **32**(11), 34.
- BENZEIN, Eva G. a SAVEMAN, Britt-Inger, 1998. One step towards the understanding of hope: a concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*. **35**(6), 322–329.
- BENZEIN, Eva G. a BERG, Agenta C., 2005. The level of and relation between hope, hopelessness and fatigue in patients and family members in palliative care. *Palliative Medicine*. **19**(3), 234–240.
- BERG, Carla J., SNYDER, Charles R. a HAMILTON, Nancy, 2008. The effectiveness of a hope intervention in coping with cold pressor pain. *Journal of Health Psychology*. **13**(6), 804–809.
- CARPENITO-MOYET, Lynda Juall, 2010. *Nursing Diagnosis: Application to Clinical Practice*. 13th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer. ISBN 978-0-7817-7792-6.
- ELIOTT, Jaklin A., 2005. *Interdisciplinary Perspectives on Hope*. 1st ed. New York: Nova Science Publishers. ISBN 1-5945-4166-3.
- FRANKL, Viktor, 1994. *Vůle ke smyslu*. Vyd. 1. Brno: Cesta. ISBN 80-85139-29-2.
- FRANKL, Viktor, 2015. *Lékařská péče o duši*. Vyd. 3. Brno: Cesta. ISBN 978-80-7295-195-6.
- GOULD, Stephen Jay. *The Median Isn't the Message* [online]. May 31, 2002 [cit. 2016-02-11]. Dostupné z: http://cancerguide.org/median_not_msg.html
- HARTL, Pavel a HARTLOVÁ, Helena, 2004. *Psychologický slovník*. Vyd. 1., opravený dotisk. Praha: Portál. ISBN 80-7178-303-X.
- HERDMAN, T. Heather a KAMITSURU, Shigemi, eds., 2014. *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification, 2015-2017*. 10th ed. Chichester: Wiley Blackwell. ISBN 978-1118-91493-9.
- JACKSON, Betty S., 1993. Hope and wound healing. *Journal of Enterostomal Therapy in Nursing*. **20**(2), 73–77.
- JACOBY, Rebecca a KEINAN, Giora, 2003. *Between Stress and Hope. From a Disease-Centered to a Health-Centered Perspective*. 1st ed. Westport: Praeger. ISBN 0-275-97640-8.
- JO, Kae-Hwa a SON, Bo-Kyung, 2004. The relationship of uncertainty, hope and quality of life in patients with breast cancer. *Taehan Kanho Hakhoe chi*. **34**(7), 1184–1193.
- KORNER, Ija N., 1970. Hope as a method of coping. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. **34**(2), 134–139.
- LANDEEN, Janet, PAWLICK, Julie, WOODSIDE, Harriet, KIRKPATRICK, Helen a BYRNE, Carolyn, 2000. Hope, quality of life, and symptom severity in individuals with schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. **23**(4), 364–369.
- MAES, M., 2001. The immunoregulatory effects of antidepressants. *Human Psychopharmacology*. **16**(1), 95–103.
- MARCEL, Gabriel, 1973. *The Philosophy of Existentialism*. 12th paperbound print. Secaucus: Citadel Press. ISBN 0-8065-0079-4.
- MARCEL, Gabriel, 1978. *Homo Viator: Introduction to a Metaphysics of Hope*. Gloucester: Smith. ISBN 0-8446-2529-9.
- MICHELMAN, Stephen, 2008. *Historical Dictionary of Existentialism*. 1st ed. Lanham: The Scarecrow Press. ISBN 978-0-8108-5493-2.
- MÜLLER, Norbert, 2014. Immunology of major depression. *Neuroimmunomodulation*. **21**, 2–3, 123–130.

PROSERPIO, Tullio Ferrari, LO VULLO, Andrea, MASSIMINO, Salvatore, CLERICI, Maura, VENERONI, Carlo Alfredo, BRESCIANI, Laura, CASALI, Carlo, FERRARI, Paolo G., BOSSI, Mauro, GALMOZZI, Paolo, PIERANTOZZI, Gustavo, LICITRA, Andrea, MARCEGLIA, Lisa a MARIANI, Sara, 2015. Hope in cancer patients: the relational domain as a crucial factor. *Tumori*. 101(4), 447–454.

SCIOLI, Anthony a BILLER, Henry, 2009. *Hope in the Age of Anxiety*. 1st ed. Oxford: Oxford University Press. ISBN 978-0-19-538035-4.

SELIGMAN, Martin E., 2015. *Opravdové štěstí: pozitivní psychologie v praxi*. Vyd. 2. Praha: Ikar. ISBN 978-80-249-2944-6.

SNYDER, Charles R. a LOPEZ, Shane J., 2002. *Handbook of Positive Psychology*. 1st ed. Oxford: Oxford University Press. ISBN 0-19-513533-4.

WATSON, David, CLARK, Lee A a CAREY, Greg, 1988. Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. *Journal of Abnormal Psychology*. 97(3), 346–353.

Mgr. et Bc. Roman Adamczyk, Ph.D.

Fakulta veřejných politik v Opavě

Slezská univerzita v Opavě

e-mail: roman.adamczyk@fvp.slu.cz

Mental health risk, safety, and the lost soul

Buckingham, C.¹; Adams, A.²; Ahmed A.³

¹Aston University

²University of Warwick

³Aston University

Abstract

Introduction: People's lives depend on mental-health problems being recognised at an early stage so that risks such as suicide and harm to others can be detected and appropriately managed. This was the motivation for the GRiST web-based decision support system. It was developed to bring mental-health expertise into the community so that people can detect risks even if they do not have specialist mental-health training themselves.

Methods: The research started in 2002 using a mixture of methods, including interviews, thematic analysis represented by mind maps, focus groups, and action research, all realised within the evolving GRiST software.

Results: The GRiST web version was adopted in earnest from 2010. It has now accumulated nearly one million risk assessments from practitioners in specialist mental-health services. The latest research has reached out to people in the community by providing a new self-assessment version, myGRaCE. People can use myGRaCE to help understand their own mental health problems, find out where the main issues and risks reside, and create a comprehensive report that helps them receive appropriate support.

Conclusions: The paper describes the development of GRiST and how it has tried to shift the focus from organisations to the individual. Pressure to constrain risk evaluation to include only risk-specific symptoms has been resisted because the prevailing context and long-term causes are all fundamental to detecting and managing risks. The whole person has to be understood: body and soul.

Keywords: decision support, GRiST, mental health, myGRaCE, risk assessment

Introduction

Mental health is rising up the political agenda and its importance is confirmed by statistics: 16.2% of adults in England have at least one common mental-health disorder (The Information Centre for Health and Social Care, 2009). These disorders increase the risk of suicide 11-fold (Harris and Barraclough, 1997) and contribute to suicidal behaviour being a leading cause of injury and death across the globe (Nock et al., 2008). And yet mental health remains underfunded, often being the service that has a chunk taken out of it when austerity bites, which looks like being an omnipresent threat unless wealth is generated and distributed more fairly.

The problem is that mental health is rooted in complex causes that require strategic planning and a change in societal values. The best way to reduce the load on mental-health services is to address these causes but it is a long-term solution that politicians not only fail to address but don't agree on in the first place. Instead, when government funding is tight, mental health services are the first to be squeezed because the need for treatment and saving lives is more obvious in acute services. In short, mental health problems are

chronic, hard to see, difficult to treat and not easily directly connected to outcomes. Bad press and government opprobrium are more likely to come from problems with acute care and governments spend money where they think it will improve their image.

This is the backdrop for the research programme described in this paper. It reports on how the Galatean Risk and Safety Tool, (GRiST, 2016), was developed and implemented in mental health services that are struggling with both information technology and understaffing. GRiST was designed to help detect and manage risks associated with mental-health problems, including suicide, self harm, harm to others, self neglect, and vulnerability. The goal was to bring practitioners and service users closer together, with service users being equal partners in collaborative care.

The theme running through the research is how risk and safety issues cannot be understood and managed without looking at the contexts of people's life histories and current social circumstances. This was not always how clinical services saw it, though; time pressures and limited resources meant they initially wanted to limit assessments to risk-specific symptoms only, such as previous risk episodes and current intention.

The reduction of people to specific risk behaviours in isolation from a holistic view of their mental, physical, social, and historic life impacts on the accuracy of risk evaluations as well as decision making for addressing risks. A person's soul or spirit is fundamental to their mental health and people cannot be understood without it. This paper will describe how GRiST keeps hold of the soul and connects people to mental-health expertise. The motivation and objectives of the research is followed by the methods used for developing GRiST over a fifteen year period. Results from implementing GRiST in practice show how it meets the needs of different types of people and assessment contexts. The discussion will review how well the holistic person has been retained and the paper will conclude with the next steps for GRiST.

Objectives

The precursor to GRiST was funded by a mental health Trust in England with the aim of producing a rapid screening tool for assessing multiple risks. It was organisationally motivated in that their current tool was deemed too long and unwieldy: time and resources were the drivers.

Interviews with mental-health practitioners were conducted to determine the most important factors for evaluating risks. It soon became clear that the number of items identified would make the tool much longer than the commissioners wanted. This was an early warning of the paradox that GRiST has faced throughout its development and implementation: evaluating and managing mental-health risks is a complex process that requires good quality information that nobody has time to collect.

The pilot outcome led to a much larger grant from the Department of Health in England for developing a web-based decision support system (DSS), GRiST. The objectives stated in that proposal were ambitious and are given here in some detail:

A decision support system for mental-health risk assessments that will be a constantly-evolving, evidence-based, world-wide web site for mental-health risk assessment. It will contain resources of three types:

1. a database of client cues and associated risk judgements provided by practitioners as part of their clinical practice;
2. a suite of statistical and pattern recognition tools for analysing the database and elucidating the association of cues and risk;
3. a validated psychological model of risk assessment based on multi-disciplinary clinical expertise; it will provide a full analysis of how clinicians perceive the contribution cues make to different forms of mental-health risk.

Specific components of the DSS include:

The Galatean Risk Screening Tool, GRiST, for collecting client risk data

The tool identifies the information relevant to risk assessments and provides the means for recording it, both in a downloadable (paper) format and directly through the web browser. The information can then be used to generate statistical or expert-based risk assessments.

The galatean model of mental-health risk assessment

Risk categories are represented by hierarchical knowledge structures called galateas (Buckingham, 2002), elicited from a multi-disciplinary group of expert mental-health clinicians. They have facilities for tracing and explaining the generation of risk from client cues, through a hierarchy of concepts underlying risks, to the high-level risks themselves. The explanations will be intuitive, resonate with the clinician's own understanding of risk, and be fully comprehensible, partly because galateas are based on a psychological model of classification.

A database of anonymous client information

Data from the application of GRiST in clinical practice will be stored in a database and contribute to the general evidence base for mental-health risk, as well as being available for analysis within the DSS itself.

General clinical outcomes associated with the DSS are expected to be: better identification of people at risk; a reduction of inappropriate referrals; earlier risk detection; knowledge about risk-assessment expertise; knowledge about mental-health risk; support for education and training of mental-health practitioners; better interdisciplinary communication of risk; increased consumer awareness of mental-health risk and appropriate interventions; and improved clinical governance.

These were extremely ambitious objectives that are hard to measure let alone deliver. This paper will describe the main methods and provide the latest results.

Methods

Mixed methods were used, including qualitative interviews, thematic analysis, focus groups, and action research. The software development was designed to produce versions of GRiST that evolved over a sequence of iterations. The flexible delivery of end-user functionality was built into the underlying knowledge base, which integrated clinical expertise with organisational requirements. These could easily be changed in the knowledge without having to update the end-user software.

Interviews and thematic analysis

The initial method was to conduct interviews with 46 multidisciplinary mental-health practitioners (Buckingham et al., 2008). The initial question was open ended, simply asking the practitioner to imagine they were in their normal environment and assessing a service user for mental-health problems and associated risks. What are the most important factors that need to be explored? The interviews were audiotaped and transcribed before each one was made into a mind map (Buzan, 2003) using the open-source Freemind software (Freemind, 2014).

These mind maps were then combined into a single consensual model (Figure 1 shows a small portion of it) and converted into a hierarchical knowledge structure of the risk expertise (Buckingham et al., 2007). This knowledge structure was based on how mental-health practitioners think and reason about mental health risks. It identified the concepts and underlying data that need to be collected, in a format that was close to the experts' own representations. This is the strength of cognitive modelling (Farrell and Lewandowsky, 2011) for building decision support systems: it brings the computer and human closer together, with less need for translation and more intuitive interactions.

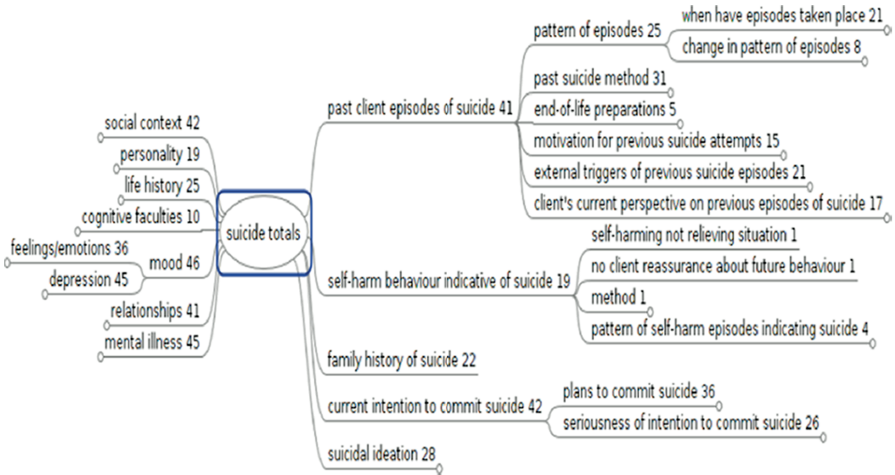


Fig. 1 Part of the mind map for suicide risk resulting from analysing the practitioner interviews

The number on each branch is for the total number of interviews that mentioned that particular node or any of the nodes within it. Nodes with a little circle on the end indicate that there are branches within it that have not been expanded.

Focus groups and action research

The original knowledge structure was for working-age adults only. It was refined through focus groups and as part of discussions with service providers prior to its implementation within their organisations. Pilots were set up within the GRiST website, which meant organisations could trial the system without having to link it to their own information technology. The pilots were able to demonstrate the core functionality to end users while the GRiST team negotiated with the managers over a full implementation. The key to success

was flexibility: make the route to implementation as easy as possible and ensure GRiST meshes with the existing information flow and practices.

Results

The first secondary-care mental-health trust to use GRiST started in 2010 with just the working age adult version. Since then, more trusts have adopted it and new versions of GRiST have become available, including ones for older adults, children and young people, learning disabilities, forensic services, primary care, carers without any clinical training, and service users for self-assessments.

Tab. 1 The actual risk judgements given by assessors and the mathematical predictions generated by GRiST

Actual Risk	Predicted Risk										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	7566	4891	957	161	37	10	5	0	0	0	0
1	4328	8362	3538	807	196	55	18	9	0	0	0
2	1186	4669	5695	2713	780	229	66	14	4	2	0
3	198	1248	2904	3543	1929	630	150	34	11	4	1
4	30	198	603	1266	1670	961	362	97	23	3	1
5	8	73	223	544	993	1067	694	246	72	12	3
6	3	7	39	90	265	414	516	334	102	27	1
7	3	9	14	59	93	201	338	483	340	75	10
8	2	2	4	18	28	71	139	206	325	219	36
9	0	0	1	4	5	11	21	48	81	110	72
10	1	0	1	1	2	0	5	4	11	31	43

On March 11th, 2016, the database contained a combined total of 968,593 completed assessments across all the risks. The totals for each risk were: suicide, 177,853; self harm, 165,074; harm to others, 164,324; risk to dependents, 142,589; self neglect, 147,375; and vulnerability, 171,377. The clinical risk judgements themselves can go from zero (none) to ten (maximum). The distribution is skewed towards the lower end, with frequencies of assessments for each risk level being: zero, 144,161; one, 85,301; two, 71,712; three, 53,436; four, 35,884; five, 31,360; six, 16,473; seven, 14,686; eight, 11,671; nine, 4,535; and ten, 3,024. Either assessors are reluctant to give maximum risk or, thankfully, they are very rare.

The system is used 24 hours a day, every day of the week by nearly 3,000 clinicians, with about 3,000 logins a week. The total number of service users assessed so far is 99,241. Of these, the maximum number of assessments for one person is 143 but the average number is 2.21.

When we started the project, many practitioners were skeptical that they make consistent risk judgements or that their judgements would agree with their colleagues. The challenge for GRiST was considerable because it asked for judgements along an eleven-point scale (0 to 10), whereas many tools limited the levels to low, medium, or high. It turns out that GRiST can actually predict the suicide risk judgement given by an assessor within plus or minus one of the assessor’s judgement for more than 80% of the assessments (Saleh,

Buckingham, 2014). The confusion matrix in Table 1 shows how the actual and predicted judgements correlate much better than the practitioners thought. The figures combine clinical disciplines from different organisations but still confirm the consistency and expertise of the practitioners.

The general risk knowledge structure and coverage

Figure 1 shows part of the collective knowledge obtained from the original mental-health experts interviewed for GRiST. The numbers against each branch are the total number of experts who mentioned the topic in their interview or some sub-branch of it. It is clear from the map that both suicide-specific factors such as history and current intention are important as one would expect, but so also are generic factors such as a person’s social context (living arrangements and any detrimental changes in particular), mood, relationships and their general life history. This is because evaluating risks goes hand-in-hand with managing them, with the former addressing predominantly the symptoms, which tend to be more risk-specific, and the latter considering the underlying causes, which will be rooted in the holistic person.

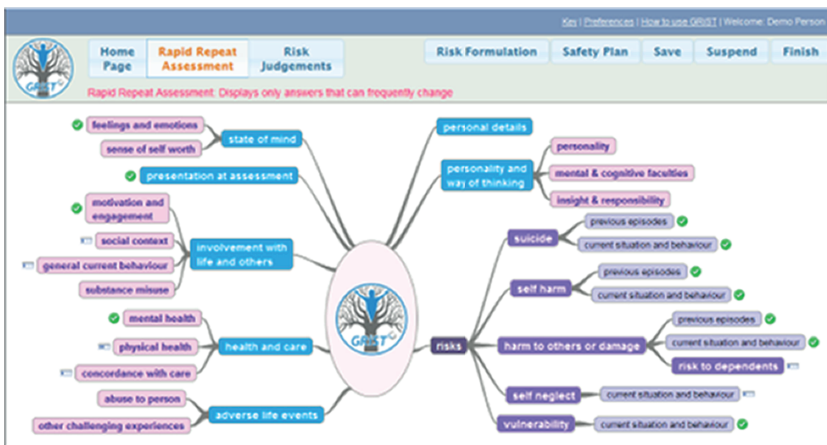


Fig. 2 The mind-map screen for the dynamic version of GRiST

Each branch of the mind map can be selected and it takes you to the screen showing only questions associated with that branch. The particular mode is for rapid-repeat assessments so the small “progress bars” show those branches with rapid-repeat questions that frequently change their values. Ticks next to branches mean all the questions have been answered for those branches.

Even risk judgements (as opposed to management) are not entirely reliant on risk-specific data. Our mathematical analyses (Saleh and Buckingham, 2014) demonstrate the important influence that hopelessness, impulsivity, feelings and emotions, and current mental illness have on clinical risk evaluations. If risk tools split such generic information from the risk data, there is a danger that risks may not be correctly calibrated as well as being disconnected from the information needed to manage them. The folly of such separation was confirmed by an exploratory study of risk management in a secondary care Trust (Gilbert et

al., 2011). It is why GRiST keeps everything together, as shown by the mind map overview of GRiST knowledge that provides access to questions in the web-based system (Figure 2).

Different interfaces and collaborative care

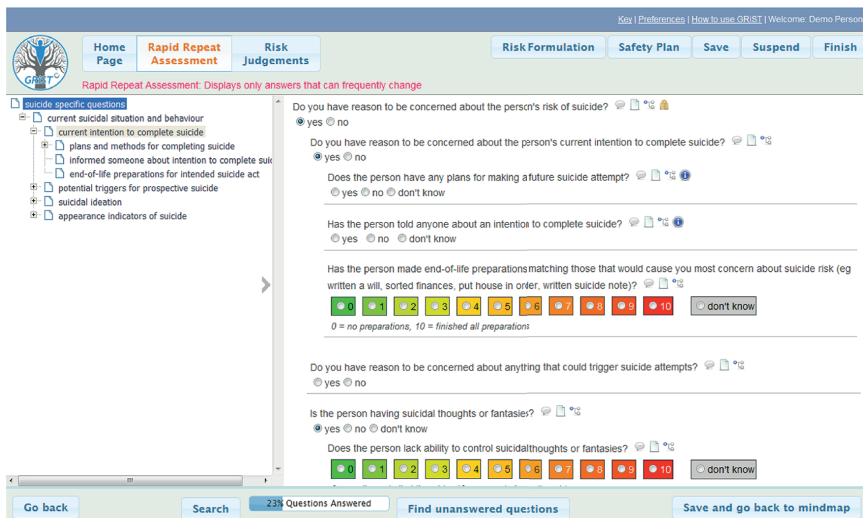


Fig. 3 Data-collection screen for the dynamic GRiST version

The questions are in the right-hand panel and the selected branch of the mind map is the knowledge “subtree” in the left-hand panel. Any part of the left-hand panel tree can be selected and then only those questions associated with it will show in the right-hand panel.

Mental health and risk assessments in particular are sensitive issues, with stigma and vulnerability at their heart. Common complaints of service users are that their independence and autonomy are compromised. Things are done “to” them rather than “with” them. This has begun to change more recently. The UK Health Foundation has campaigned for “co-creation” of health where the service users and providers work together in an equal partnership. Shared decision making is a related policy that has equally gained credence. The upshot is that people should actively participate in and have responsibility for their health care, alongside the health professionals. For GRiST, this meant using the decision support system during the assessment to support the process rather than simply record it. The original practitioner interface was designed for the latter: rapid and efficient data entry after the event. The more recent interfaces show how selecting any part of the mind map (Figure 2) can take you directly to the related questions in the resulting data-collection interface (Figure 3). Together, these interfaces make it very easy to find the relevant questions in real time, without interfering with the natural flow of assessments. Both interfaces can be tried out at the GRiST website, www.egrlist.org.

Self assessments

The final transfer of control to service users is to give them independent and autonomous access to the GRiST decision support system. A self-assessment version of GRiST was

developed in parallel with the practitioner version (Buckingham et al., 2015). It is a direct consequence of our central theme that problems are embedded in people's holistic life circumstances and histories and it is the people themselves who know the most about them. The self-assessment version of GRiST was designed to tap into their expertise and ally it with the embedded expertise of all the practitioners who have helped develop GRiST.

The resulting system was called GRaCE: the Galatean Risk and Care Environment that now encompasses the wider remit of integrating service user and practitioner expertise to produce well grounded and clearly understood plans for reducing risks and improving mental health and wellbeing. Self assessments using myGRaCE can be linked to practitioner assessments within the web-based system to help monitor and support people remotely in the community. This accords with the changing priorities of mental health care, which is to support people at home rather than within institutions.

Discussion

This journey from a practitioner centric view of mental health risk and safety management to a shared activity between equals is about prioritising the person rather than organisational processes. GRiST has shifted from the original data-collection role to a fully-fledged decision support system. The collective wisdom embedded in the GRiST database through its associations of patient data and clinical risk judgements is now being used to provide evidence-based advice for both individual practitioners and service users.

People's lives depend on mental-health problems being recognised at an early stage so that risks can be detected and appropriately managed. The continuing stigma attached to mental health problems and the underfunding of services obstruct early recognition. The steadily decreasing suicide rate in the UK since the late 1980s has stopped since about 2008 and, in England, has begun to rise again (Office of National Statistics, 2016). More needs to be done and particularly with better access to support services.

GRiST was developed to address access by bringing mental-health expertise into the community so that people can detect risks even if they do not have specialist mental-health training themselves. Social services, housing associations, emergency services, and primary care practitioners would all benefit, with some now using GRiST.

However, embedding information technology into organisations is a difficult process because of the politics and change-management issues to be addressed. The self-assessment version of GRiST, myGRaCE, circumvents the process. Rather than going through organisations to reach people, myGRaCE gives people direct access. They can use myGRaCE to help understand their own mental health problems, find out where the main issues and risks reside, and create a comprehensive report that explains their situation to the appropriate clinical services. The service user is spared providing a repeated and painful narrative of their lives that is difficult to express under the best of circumstances, let alone when the practitioner is aware of an impatient queue outside the consulting room. Instead, the practitioner can focus on the areas of most importance but without losing the full context, which is fully explained in the report.

Conclusion

The GRaCE research is now working on helping support older adults so that they can live safely in the community rather than in managed residential care. The idea behind this GRaCE-AGE project is to deploy a variety of sensors in the home to pick up information related to risks and safety management, which can then be automatically entered into GRaCE. This would reduce the burden of data input required by the older adults themselves but also provide a mechanism for monitoring their safety on a continuous basis. If GRaCE detects problems, the care network of family, friends, carers, or mental-health practitioners can be alerted appropriately, but where the older adults are in complete control of how and who is alerted.

Information is the key to better risk management and if this information can be collected and used to support people in the community, this is beneficial to all concerned. People do not have to be wrenched from their social and physical roots and organisations can release residential services for those who most need it. GRaCE is an important resource for collecting this information efficiently, comprehensively, and ecologically, within people's natural environment, which includes their soul, not risk solely.

Ethical aspects and conflicts of interest

Separate ethics approval was obtained for the development of GRiST and myGRaCE, and for data analysis of the anonymous risk database. The authors are all members of the team developing the software.

References

- BUCKINGHAM, C. D., 2002. *Psychological cue use and implications for a clinical decision support system. Medical Informatics and the Internet in Medicine.* **27**(4), 237–251.
- BUCKINGHAM, C. D., AHMED, A. a ADAMS, A. E., 2007. Using XML and XSLT for flexible elicitation of mental-health risk knowledge. *Medical Informatics and the Internet in Medicine.* **32**(1), 65–81.
- BUCKINGHAM, C. D., ADAMS, A., E. a MACE, C., 2008. Cues and knowledge structures used by mental-health professionals when making risk assessments. *Journal of Mental Health.* **17**(3), 299–314.
- BUCKINGHAM, C. D., AHMED, A. a ADAMS, A., 2013. Designing multiple user perspectives and functionality for clinical decision support systems. In: GANZHA, M., MACIASZEK, L. a PAPRZYCKI, M., eds. *Proceedings of the 2013 Federated Conference on Computer Science and Information Systems.* s. 211–218. ISBN 978-1-4673-4471-5.
- BUCKINGHAM, C. D., ADAMS, A., VAIL, L., KUMAR, A., AHMED, A., WHELAN, A. a KARASOULI, E., 2015. Integrating service user and practitioner expertise within a web-based system for collaborative mental-health risk and safety management. *Patient Education and Counseling.* **98**(10), 1189–1196.
- BUZAN, T., 2003. *The mind map book.* London: BBC Consumer Publishing. ISBN 978-1406647167.
- FARRELL, S. a LEWANDOWSKY, S., 2011. *Computational modeling in cognition: Principles and practice.* London: Sage. ISBN 978-1-4129-7076-1.
- FreeMind [online]. 2014. [cit. 2014-04-01].
Dostupné z: http://freemind.sourceforge.net/wiki/index.php/Main_Page

GILBERT, E., ADAMS, A. a BUCKINGHAM, C. D., 2011. Examining the relationship between risk assessment and risk management in mental health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. **18**(10), 862–868.

GRiST: *Galatean Risk and Safety Tool* [online]. 2016 [cit. 2016-03-11]. Dostupné z: www.egrlist.org

HARRIS, E. C. a BARRACLOUGH, B., 1997. Suicide as an outcome for mental disorder. a meta analysis. *British Journal of Psychiatry*. **170**, 205–228.

NOCK, M. K., BORGES, G., BROMET, E. J., CHA, C. B., KESSLER, R. C. a LEE, S., 2008. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic reviews*. **30**(1), 133–154.

OFFICE FOR NATIONAL STATISTICS. *Suicides in the United Kingdom: 2014 registrations* [online]. 2016. [cit. 2016-03-12]. Dostupné z: www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity

SALEH, S. N. a BUCKINGHAM, C. D., 2014. Handling varying amounts of missing data when classifying mental-health risk levels. *Studies in Health Technology and Informatics*. **207**, 92–101.

THE INFORMATION CENTRE FOR HEALTH AND SOCIAL CARE. *Adult psychiatric morbidity in England, 2007: Results of a household survey* [online]. 2009. [cit. 2016-03-12].

Dostupné z: <http://www.hscic.gov.uk/catalogue/PUB02931/adul-psyc-morb-res-hou-sur-eng>

Christopher Buckingham, Ph.D.

Aston University

e-mail: c.d.buckingham@aston.ac.uk

Ann Adams, Ph.D.

University of Warwick

e-mail: a.d.adams@warwick.ac.uk

Abu Ahmed, Ph.D.

Aston University

e-mail: abu@aston.ac.uk

Screeningové metody vyšetření seniorů s diagnózou demence

Čermák, Z.

Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice

Abstrakt

Úvod: Tento příspěvek představuje možnosti použití základní screeningové diagnostiky u osob s demencí nebo osob ohrožených syndromem demence, a to zejména pro zdravotnický nelékařský personál a pro odborníky jiných odvětví (sociální pracovníky, sociálně-zdravotní pracovníky, logopedy, speciální pedagogy, ergoterapeuty apod.), kteří se seniory pracují.

V úvodu představuji současnou situaci v oblasti prevalence demence v ČR a specificky pak v rezidenčních zařízeních určených pro seniory. V dalších kapitolách prezentuji možnosti diagnostické práce s jednotlivými screeningovými metodami v oblasti screeningu demence (MMSE, ACE – R, 7 minutový test), deprese (GDS) a soběstačnosti (ADL, IADL) s přihlédnutím k tomu, v jakém vztahu se tyto jednotlivé komponenty osobnosti seniora nacházejí.

Cíl: Předložit základní možnosti použití screeningových metod pro testování seniorů s demencí nebo ohrožených syndromem demence, s přihlédnutím k využití těchto metod v praxi nelékařských zdravotnických pracovníků a nezdravotnických pracovníků.

Metodika: Vzhledem k teoretické povaze příspěvku byla použita metoda desk research.

Výsledky: Počet seniorů s demencí každoročně narůstá a s tím se zvyšuje i apel na správnou a včasnou diagnostiku demence, obzvláště v zařízeních poskytujících rezidenční péči. Předkládané screeningové metody jsou pro základní diagnostiku demence nezbytné. Jejich účinnost, citlivost a praktické využití jsou dlouhodobě zkoumány a v praxi ověřovány s pozitivním efektem.

Závěr: Příspěvek předkládá možnosti použití screeningové diagnostiky osob s demencí nebo ohrožených syndromem demence v praxi nelékařského zdravotnického personálu a nezdravotnického personálu. K tomuto tématu představuje 6 základních diagnostických screeningových materiálů.

Klíčová slova: demence, nelékařský personál, nezdravotnický personál, screening

Abstract

Introduction: This paper presents the possibility of using the screening diagnosis of people with dementia or people at risk of dementia, especially for medical paramedical staff, professionals in other sectors (social workers, social and health workers, speech therapists, special educators, occupational therapists, etc.). In the introduction represents the current situation in the prevalence of dementia in the Czech Republic and specifically in residential services for seniors. In subsequent chapters then I present the possibility of working with different methods of screening for dementia (MMSE, ACE – R, 7-minute test), depression (GDS) and self-sufficiency (ADL, IADL) with regard to what relationship these individual components of an older person located.

Aim: To present basic options use screening methods for testing the elderly with dementia or dementia at risk with regard to the use of these methods in practice paramedical staff and non-paramedical personnel.

Method: In the paper the method used desk research.

Results: The number of seniors with dementia increases every year, and with it increases the appeal to correct and timely diagnosis of dementia, particularly in facilities providing residential care. Screening methods are presented for primary diagnosis of dementia is necessary. Their efficiency, sensitivity and practical use has long been studied and verified in practice with a positive effect.

Conclusion: This paper presents the possibility of using the screening diagnosis of people with dementia or people at risk of dementia, especially for medical paramedical staff and non-paramedical personnel. This topic presents six basic diagnostic screening materials.

Keywords: dementia, paramedical staff, non-paramedical personnel, screening

Úvod

Demence je v současné době celosvětovým problémem, kterému je třeba věnovat značnou pozornost. Tuto skutečnost potvrzují i závěry z tiskové zprávy Alzheimer Europ (srov. Česká alzheimerská společnost, 2009), podle kterých žilo v roce 2009 v Evropě 7,3 milionů seniorů s demencí ve věku do 85 let. V roce 2009 byl v České republice (ČR) odhadovaný počet seniorů s demencí 123 194 (Česká alzheimerská společnost, 2009), pro rok 2015 byl expertní odhad 124 000 osob (Válková et al., 2010).

Včasná diagnostika a s ní související včasná intervence demence a dalších psychických komponent, které s ní souvisejí, podle Topinkové (2005) snižují riziko institucionalizace péče o seniora, vyčerpání pečujících, dále snižují riziko poruch chování u seniorů, které mají dopad na subjektivní i objektivní míru kvality psychického, fyzického i sociálního života seniorů.

Právě proto je nezbytné seznámit zdravotnickou i nezdravotnickou odbornou veřejnost s možnostmi screeningové diagnostiky demence a dalších komponent osobnosti seniora s ní souvisejících, tak abychom dokázali symptomy demence co nejdříve zachytit a diferenciatně je oddělit od symptomů jiných onemocnění (Topinková et al., 2002).

Screeningová diagnostika demence by měla být zásadním tématem obzvláště pro zdravotnické i nezdravotnické pracovníky působící v oblasti rezidenční péče o seniory v Čechách. Z posledních výzkumů totiž vyplývá, že v rezidenčních zařízeních sociálních služeb pro seniory, které nejsou primárně určeny pro seniory s demencí, tedy v domovech pro seniory, žilo až 67 % seniorů postižených syndromem demence (Vaňková et al., 2013). Ve srovnávacím pohledu s obdobným výzkumem z roku 2007 došlo k nárůstu počtu seniorů s demencí v domovech pro seniory o 29 %, což je alarmující zjištění, a to i vzhledem k tomu, že podstatná část těchto seniorů neměla demenci vůbec diagnostikovanou (Vaňková et al., 2008, 2013).

Cíl

Předložit základní možnosti použití screeningových metod pro testování seniorů s demencí nebo ohrožených syndromem demence s přihlédnutím k využití těchto metod v praxi nelékařských zdravotnických pracovníků a nezdravotnických pracovníků.

Metodika

Vzhledem k teoretické povaze textu byla zvolena metoda „Desk research“. V rámci tohoto výzkumného designu jsem pracoval především s monografiemi, internetovými zdroji a odbornými články.

Výsledky

Počet seniorů s demencí meziročně narůstá, což je nejvíce patrné v oblasti rezidenční péče o seniory. Předkládaná koncepce možných screeningových metod zaměřených na demenci představuje 6 základních diagnostických materiálů, které nemají za cíl aspirovat na nástroje tzv. komplexní lékařské (či psychologické) diagnostiky demence. Jejich cílem je zjištění, zda je či není senior ohrožen syndromem demence a následně díky tomuto zjištění seniora postoupit odborné psychiatrické a psychologické diagnostice, tak aby mohl být co nejdříve farmakologicky i nefarmakologicky intervenován. Veškeré níže zmíněné screeningové metody jsou volně dostupné na následujícím odkaze: <http://www.nudz.cz/adcentrum>.

Komplexní screening seniorů s demencí nebo ohrožených demencí

Základní triádu testovacích metod, které se užívají v praxi pro zjištění základní informace o přítomnosti nebo nepřítomnosti demence u seniora tvoří především metody, které screenují soběstačnost, demenci a geriatrickou depresi (Topinková et al., 2002). Takto komplexní přístup volíme proto, abychom dokázali odlišit demenci od jiných stavů (například od geriatrické deprese, která se může projevovat jako tzv. stav pseudodemence), ale také proto, že například pokles úrovně tzv. instrumentální soběstačnosti může značit riziko vzniku demence u seniora (Holmerová et al., 2007; Dostál, 2011). Komplexní screeningovou diagnostiku seniorů je vhodné provádět metodou screeningového plánu (Pokorná, 2013; Kotalová, 2015).

Komplexní screeningovou diagnostiku může po bližším seznámení s podmínkami administrace (které jsou součástí testovacího materiálu) provádět nelékařský i nezdravotnický personál bez psychologického nebo psychiatrického vzdělání. Pro většinu níže zmíněných testovacích metod je charakteristické, že jsou časově úsporné a z hlediska náročnosti pro administrátora i testovaného nenáročné (Kotalová, 2015).

Metoda screeningového plánu

Metoda screeningového plánu stanovuje, kdy a v jakých situacích bude screening v zařízeních a především u konkrétních seniorů probíhat (Kotalová, 2015). Jedná se zejména o situace spojené s nástupem seniora do zařízení, před zásadním rozhodnutím (o dalším pokračování léčby), při výskytu pro seniora neobvyklého chování (s ohledem na vznik poruch chování) nebo při propuštění seniora. Jednodušeji může být screeningový plán nastaven také podle časové osy například jednou měsíčně (Pokorná, 2013; Kotalová, 2015).

Základní přehled testovacích nástrojů

Minimal state examination (MMSE)

Patří mezi základní screeningové testy, které v současné době slouží k diagnostice demence. Průměrná délka testování je cca 15 min. Test obsahuje 9 subtestů skórovaných různým bodovým ohodnocením, kdy maximální součet činí třicet bodů (Štěpánková et al., 2015).

Současné užívání tohoto materiálu je řadou odborníků (srov. Štěpánková et al., 2015) kritizováno, a to zejména proto, že test je založen na verbální reprodukci testovaného. Je prokázáno, že výsledek testu může ovlivnit například i vzdělání, a není zcela zřejmé, jak tímto testem testovat například seniora s fatickou poruchou.

V současné době existují i nejasnosti ohledně interpretace výsledného skóre testu (Štěpánková et al., 2015). V ČR zatím existuje obecná shoda mezi odborníky, že rozmezí mezi 27-30 body je bráno jako norma, 24-26 hraniční pásmo, 24-18 lehká demence, 17-6 středně těžká demence a méně jak 6 těžká demence (Kotalová, 2015; Štěpánková et al., 2015).

Adenbrookský kognitivní test (ACE – R)

ACE – R je diagnostický nástroj, který je schopen provést diferenciální diagnostiku Alzheimerovy demence od dalších typů demence. Je citlivější také k zachycení počátečních stadií demence a dobře se uplatňuje při složitě diagnostice atypických demencí (Mioschi et al., 2006; Bartoš et al. 2011). V ČR je k dispozici od roku 2008 a v současné době je zde dostupná druhá revidovaná verze. Jeho součástí je i test MMSE.

Tento diagnostický nástroj testuje oblasti jako je paměť, verbální fluence, jazykové schopnosti a zrakově-prostorové schopnosti. Maximální výsledek je 100 bodů, přičemž za signifikantní hodnotu je pro demenci považováno skóre 82 bodů (Štěpánková et al., 2015).

7 minutový test

Sedmiminutový test patří k základním screeningovým metodám užívaným v ČR, kterou v české podmínky adaptoval tým vedený prof. MUDr. Evou Topinkovou, CSc. (Topinková et al., 2002). U tohoto testu byla v opakovaných studiích prokázána vysoká senzitivita pro Alzheimerovu demenci a také vysoká spolehlivost v odlišení od intaktní populace (srov. Preiss a Kučerová, 2006).

Tento test je časově opravdu minimálně náročný, tudíž je pro každodenní práci diagnostika velmi vhodný. Obsahuje 4 subtesty, jež testují především ty oblasti, ve kterých osoba s Alzheimerovou demencí v běžném životě selhává. Mezi tyto oblasti patří především paměť, orientace, konstrukční schopnosti a časová orientace (Topinková et al., 2002).

Škála deprese pro geriatrické pacienty (GDS)

Mitchell, Bird, Rizzo a Meader (2010) považují tento diagnostický nástroj jako nejvhodnější pro diferenciální diagnostiku demence a deprese v pobytových zařízeních sociálních a zdravotních služeb.

Jedná se o patnáctipoložkový dotazník, kdy se administrátor ptá seniora na otázky, týkající se jeho nálady v posledním týdnu. Senior odpovídá ano – ne. Administrátor skóruje odpovědi 1 bodem. Diagnosticky významné kritérium je od 6 získaných bodů, kdy usuzujeme na mírnou depresivitu. U skóre více než 11 se jedná o těžkou depresivitu. Existuje i zkrácená verze obsahující pouze pět otázek, z nich již dvě depresivní odpovědi jsou kritériem pro diagnózu deprese. GDS vyžaduje pro svou administraci podrobné zaškolení, vzhledem

k tomu, že testovaný odpovídá na velmi osobní dotazy, které mohou na jeho straně vyvolávat různé formy reaktivního chování (srov. Kotalová, 2015).

Test Activities of daily living (ADL)

Test ADL je jednoduchý screeningový test postihující oblasti jako je stravování, osobní hygiena, pohyb, kontinence.

V ČR i ve světě bývá tento test používán velmi často v přepracované formě od Barthelové (Barthel Index BI), která tento test upravila pro potřeby každodenní ošetrovatelské praxe. V testu je možno získat v deseti položkách maximálně 100 bodů. Přičemž platí, že čím je senior soběstačnější, tím více skóruje. Za kritickou hodnotu je považováno méně jak 40 bodů, kdy usuzujeme na to, že je daný senior zcela odkázán na péči druhé osoby (Kalvach, 2004).

Test Instrumental activities of daily living (IADL)

Test IADL je test, který postihuje oblasti života týkající se rozšířené soběstačnosti, kterou rozumíme především schopnost samostatně plnit základní sociální úkony spojené s nakupováním, přípravou jídla, manipulací s financemi a podobně. Nízké skóre v tomto testu neznamená sníženou soběstačnost člověka, vyžadujícího stálou péči druhé osoby, nýbrž sníženou kvalitu jeho života (Kalvach, 2004).

Diskuze

Předkládané metody screeningové diagnostiky seniorů s demencí nebo ohrožených demencí neplní funkci komplexní psychiatrické diagnostiky, na jejímž základě bychom mohli stanovit konečnou diagnózu. Ve vztahu ke komplexní diagnostice vždy musíme studovat komplexní anamnézu seniora, cílené fyzikální vyšetření a v neposlední řadě také řadu komplexních laboratorních vyšetření (Topinková et al., 2002). Na druhou stranu jsou předkládané metody prověřeny lety praxe a u řady z nich byla prokázána vysoká účinnost při testování daného jevu (zejména GDS, 7 minutový test, ACE – R), a to i přesto, že administrátor nemusí být psycholog nebo psychiatr (srov. Preiss a Kučerová, 2006).

Závěr

Předložená koncepce základních screeningových metod reflektuje současnou potřebu praxe reagovat na problematiku nárůstu seniorů se syndromem demence zejména v rezidenčních zařízeních sociálních a zdravotních služeb. Screeningová diagnostika demence by měla být v budoucnu součástí pravidelného vyšetřování všech seniorů, kteří již syndromem demence trpí nebo jsou jím ohroženi. Diagnostické nástroje zmíněné v tomto příspěvku jsou metody, pro jejichž administraci nepotřebuje administrátor žádné specializované vzdělání, navíc je většina z nich velmi časově úsporná, což je predikuje pro použití v dennodenní praxi.

Bibliografické odkazy

BARTOŠ, A., RAISOVÁ, M. a M. KOPEČEK, 2011. Důvody a průběh novelizace české verze Addenbrookského kognitivního testu (ACE-CZ). *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie* [online]. 74/107(6), 1–5 [cit. 2016-02-05]. Dostupné z: http://www.csnn.eu/ceska-slovenska-neurologie-clanek/duvody-a-prubeh-novelizace-ceske-verze-addenbrookského-kognitivního-testu-ace-cz-36320?confirm_rules=1

- ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. *Výskyt demence* [online]. Praha, 2009 [cit. 2016-02-04]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/vyskyt-demence/>
- DOSTÁL, V., 2011. Vztah demence a deprese. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 12(4), 145–148 [cit. 2016-02-04]. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2011/04/03.pdf>
- HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B. a ZIKMUNDOVÁ, K., 2007. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha: EV public relations. ISBN 978-80-254-0179-8.
- KALVACH, Z., 2004. *Geriatric a gerontologie*. Vyd. I. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 80-247-0548-6.
- KOTALOVÁ, T., 2015. *Screening kognitivních poruch, hloubkou odpovídajících syndromu demence, u klientů domova seniorů*. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Filozofická fakulta. Vedoucí diplomové práce Helena Klimusová. Dostupné také z: http://is.muni.cz/th/371355/ff_m/
- MIOSCHI, E., DAWSON, K., MITCHELL, J., ARNOLD, R. a HODGES, J. R., 2006. The Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R): a brief cognitive test battery for dementia screening. *Int J Geriatr Psychiatry*. 21(11), 1078–1085.
- MITCHELL, A. J., BIRD, V., RIZZO, M. a MEADER, N., 2010. Diagnostic validity and added value of the Geriatric Depression Scale for depression in primary care: a meta-analysis of GDS30 and GDS15. *Journal of Affective Disorders* [online]. 125(1–3), 10–17 [cit. 2016-02-04]. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032709004005>
- PREISS, M. a KUČEROVÁ, H., 2006. *Neuropsychologie v neurologii*. Vyd. I. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 80-247-0843-4.
- ŠTĚPÁNKOVÁ, H., HÖSCHL, C. a VIDOVIČOVÁ, L., 2014. *Gerontologie: současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. Vyd. I. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2628.
- TOPINKOVÁ, E., 2005. *Geriatric pro praxi*. Vyd. I. Praha: Galén. ISBN 80-7262-365-6.
- TOPINKOVÁ, E., JIRÁK, R. a BARTOŠ, A., 2002. *Doporučené postupy pro praktického lékaře: Kognitivní poruchy ve vyšším věku – diferenciální diagnostika* [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 2016-02-04]. Dostupné z: www.cls.cz/dokumenty2/os/t271.rtf
- TOPINKOVÁ, E., JIRÁK, R. a KOŽENÝ, J., 2002. Krátká neurokognitivní baterie pro screening demence v klinické praxi: Sedmiminutový screeningový test. *Neurologie pro praxi* [online]. 6, 323–328 [cit. 2016-02-04]. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2002/06/10.pdf>
- VÁLKOVÁ, M., KOJESOVÁ, M. a HOLMEROVÁ, I., 2010. *Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice*. Vyd. I. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. ISBN 978-80-7421-021-1.
- VAŇKOVÁ, H., HRADCOVÁ, D., JEDLINSKÁ, M. a HOLMEROVÁ, I., 2013. Prevalence kognitivních poruch v pobytových zařízeních pro seniory v ČR – nárůst mezi lety 2007 a 2013. *Geriatric a gerontologie* [online]. 2(3), 111–114 [cit. 2016-02-04]. Dostupné z: http://www.prolekare.cz/geriatric-gerontologie-clanek/prevalence-kognitivnich-poruch-v-pobytovych-zarizenich-pro-seniory-v-cr-narust-mezi-lety-2007-a-2013-41561?confirm_rules=1
- VAŇKOVÁ, H., BURÁŠKOVÁ, J. a HOLMEROVÁ, I., 2008. Prevalence kognitivních poruch v domovech pro seniory. *České geriatrické revue* [online]. 6(4), 232–234 [cit. 2016-02-05]. Dostupné z: http://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr_08_04_05.pdf

Mgr. Zdeněk Čermák
 Fakulta zdravotnických studií
 Univerzita Pardubice
 e-mail: zdenek.cermak@upce.cz

Význam znalostí v péči o orální zdraví

Chrudimská, L.; Šoukalová, K.

Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice

Abstrakt

Úvod: Orální hygiena je nedílnou součástí hygienické péče člověka, nicméně je často velmi opomíjena. Péče o orální zdraví vede k uspokojování lidských potřeb a celkové spokojenosti. Stav orálního zdraví v populaci není na žádoucí úrovni. Orální zdraví lze významně ovlivnit správnou péčí. Vhodným zdrojem informací v péči o chrup je dentální hygienistka.

Cíl: Zjistit, jaký je subjektivní pocit respondentů týkající se znalostí v oblasti péče o chrup. Zjistit, jaká je úroveň znalostí respondentů. Poukázat na to, jak je péče o chrup v holistickém pojetí člověka důležitá. Zdůraznit, že je nezbytné neustále zvyšovat povědomí lidí v problematice péče o chrup a dutinu ústní a podtrhnout význam služeb dentální hygienistky v otázce orálního zdraví.

Metodika: Pro sběr dat byl použit dotazník vlastní tvorby. Celkový počet respondentů byl 90. Dotazníky byly rozdány ve stomatologické ambulanci v Pardubickém kraji. Dotazník mohl vyplnit každý člověk starší 18 let.

Výsledky: Celkem 50 % dotázaných se cítí být dobře informovaných v péči o chrup. O více informací má zájem 39 % dotázaných. Další informace nepožaduje 11 % respondentů.

Na všechny znalostní otázky v dotazníku odpověděli lépe dotázaní, kteří na začátku uvedli, že někdy využili služeb dentální hygienistky.

Závěr: Z výzkumu plyne, že respondenti využívající služeb dentální hygienistky mají lepší znalosti v péči o chrup – na všechny znalostní otázky v dotazníku odpověděli lépe. Tento fakt podporuje domněnku, že péče dentální hygienistky je klíčová pro prevenci v oblasti orálního zdraví. Je třeba klást větší důraz na význam péče dentální hygienistky.

Klíčová slova: dentální hygienistka, orální zdraví, znalosti

Abstract

Introduction: Oral hygiene is an essential part of the hygienic care of human body, but it is often neglected. Oral health care leads to satisfaction of human needs and overall satisfaction. Oral health status of the population is not at the desirable level. Oral health can be significantly affected by the proper care. A suitable source of information in dental care is a dental hygienist.

Aim: Find out what is a subjective feeling of respondents regarding knowledge in the field of dental care. Find out what is the level of respondents' knowledge and show how dental care is important for overall health. Emphasize that it is necessary to constantly raise people's awareness on the issue of dental and oral cavity care and underline the importance of the services of a dental hygienist in the issue of oral health.

Method: For data collection was used a questionnaire made by own. The total number of respondents was 90. Questionnaires were distributed at the dental clinic in the Pardubice region. The questionnaire could be filled by each person older than 18 years.

Results: A total of 50% of respondents felt well informed about dental care. About 39% of respondents were interested for more information. Additional information were required by 11% of respondents. All the knowledge questions were answered better by respondents who used the services of a dental hygienist.

Conclusion: The survey shows that respondents, using the services of a dental hygienist, have better knowledge of dental care – all the knowledge questions were responded better by them. This fact supports the hypothesis that dental hygienist care is the key to prevention in oral health. It is necessary to put more emphasis on the importance of dental hygienist caring.

Keywords: dental hygienist, oral health, knowledge

Úvod

Orální hygiena je nedílnou součástí hygienické péče člověka, nicméně je často velmi opomíjena a není jí vždy věnován dostatek pozornosti a času. Hygienická péče o dutinu ústní, prováděná důkladně každý den, je cestou k prevenci onemocnění měkkých i tvrdých tkání dutiny ústní, má vliv na celkové zdraví jedince a v neposlední řadě také na kvalitu života (Mazánek, 2004).

Péče o orální zdraví vede k uspokojování lidských potřeb a celkové spokojenosti. Potřebu čistoty obecně lze z holistického hlediska definovat ve třech rovinách (Vytejková, 2011): biologické (odstranění nečistot z těla, prevence rozvoje komplikací), psychologické (navození pohody a spokojenosti) a sociální (vliv na mezilidské vztahy). Z hlediska Maslowovy hierarchie lidských potřeb lze potřebu čistého chrupu také identifikovat ve všech oblastech. O orální hygieně jako o základní fyziologické potřebě není pochyb. Co se týče oblasti jistoty a bezpečí, tedy potřeby člověka bránit se potenciálním hrozbám a nebezpečí, zde je význam orální hygieny jakožto cesty k prevenci infekčních onemocnění v této oblasti a předcházení rozvoje komplikací s tím spojených. Třetí oblastí v Maslowově hierarchii potřeb je láska a sounáležitost, čtvrtou potřeba uznání, ocenění a sebeúcty. I tady má orální zdraví své místo. Zdravý, čistý a krásný chrup a dutina ústní bez zápachu je z hlediska mezilidských vztahů nezbytně nutná. Poslední oblastí potřeb je potřeba seberealizace a sebenaplnění. Touha po orálním zdraví je v každém z nás a právě orální zdraví může být klíčem k psychické spokojenosti člověka. Od klientů se očekává převzetí větší zodpovědnosti za své zdraví, a právě tento požadavek klade důraz na zvyšování znalostí a dovedností (Bastable, 2008).

Stav orálního zdraví v populaci bohužel není na takové úrovni, jaká je žádoucí. Analýza orálního zdraví vybraných věkových skupin obyvatel České republiky z roku 2003 udává, že ve skupině osob ve věku 18 let bylo pouhých 6,5 % osob s intaktním stálým chrupem a 57,7 % osob potřebovalo ošetření alespoň jednoho zubu. V další věkové skupině, kterou tvořily osoby ve věku 35–44 let, bylo pouze 0,2 % osob s intaktním stálým chrupem a 68,6 % osob potřebovalo stomatologické ošetření. Tato čísla jsou alarmující, neboť víme, jak se bránit vzniku zubního kazu, ale povědomí lidí o této problematice není příliš vysoké. Prevence onemocnění v dutině ústní je také zahrnuta v cílech projektu Světové zdravotnické organizace „Zdraví 21“ (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2008).

Drtivě většinou onemocnění chrupu se dá předcházet správnou péčí. V případě, že umíme problém pojmenovat, je třeba udělat vše pro to, abychom ho eliminovali. Je žádoucí neustále edukovat veřejnost v oblasti orálního zdraví a péči o chrup všude, kde jen to je možné. Vhodným zdrojem cenných informací v péči o chrup je důležitý člen stomatologického týmu, dentální hygienistka. Průzkum Orbit klubu, který se uskutečnil v roce 2013, ukazuje, že pravidelně navštěvuje dentální hygienistku pouhých 31 % Čechů, na rozdíl od západní Evropy, kde těchto služeb pravidelně využívá většina lidí. V zahraničí je tradice preventivní dentální hygieny obecně zakořeněnější a lidé berou tyto služby jako samozřejmost. V České republice nikdy nenavštívilo dentální hygienistku 55,2 % obyvatel, alespoň jednou ročně ji navštíví 44 % lidí (Orbit klub, 2013).

Podmínkou efektivní hygienické péče o orální zdraví je správná technika čištění chrupu a motivace člověka k péči o něj. Velmi důležitý je také správný výběr dentálních pomůcek a doplňků. Je to právě dentální hygienistka, kdo může každému se výše zmíněným pomoci.

Cíl

Zjistit, jaký je subjektivní pocit respondentů týkající se znalostí v oblasti péče o chrup. Zjistit, jaká je úroveň znalostí respondentů. Poukázat na to, jak je péče o chrup v holistickém pojetí člověka důležitá. Zdůraznit, že je nezbytné neustále zvyšovat povědomí lidí v problematice péče o chrup a dutinu ústní a podtrhnout význam služeb dentální hygienistky v otázce orálního zdraví.

Metodika

Pro sběr dat byla použita explorativní, tj. dotazovací kvantitativní metoda. K získání dat byl použit dotazník vlastní tvorby. Dotazník byl tvořen celkem 21 otázkami. V první části dotazníku byly otázky zaměřené na identifikaci respondenta a jeho přístupu k orálnímu zdraví. Druhá část dotazníku se skládala z otázek znalostních.

Vytvořený dotazník byl pilotně ověřen v dubnu 2015. Pilotního výzkumu se zúčastnilo 10 respondentů, kteří se následně po vyplnění měli vyjádřit k srozumitelnosti a užitečnosti jednotlivých otázek v dotazníku. Na základě připomínek respondentů z pilotního výzkumu byl dotazník upraven do finální podoby.

Samotný výzkum probíhal od května 2015 do srpna 2015. Bylo rozdáno celkem 100 dotazníků ve stomatologické ambulanci v Pardubickém kraji. Návratnost dotazníků byla 95 %. Pro nekompletní vyplnění bylo 5 dotazníků z výzkumného šetření vyřazeno. Celkový počet dotazníků zařazených do výzkumu byl 90. Výzkum sloužil jako sonda do znalostí respondentů v oblasti hygienické péče o chrup a byl i podnětem k návrhům, jak zlepšit podvědomí lidí o péči o chrup a o službách dentálních hygienistek.

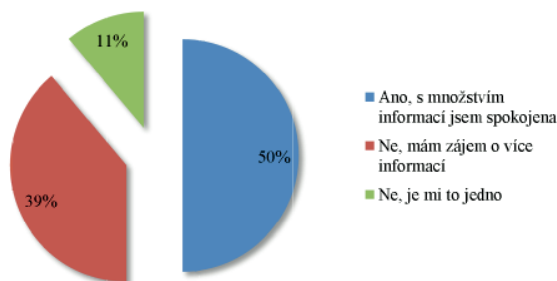
Zapojení do výzkumného šetření bylo anonymní a dobrovolné. Základním předpokladem pro uskutečnění výzkumného šetření byla ochota respondentů vyplnit dotazník. Dotazník mohl vyplnit každý člověk starší 18 let, přičemž nebyla vymezena žádná další věková kritéria či nebyl brán zřetel na stav dutiny ústní či pohlaví respondenta. Vyplněné dotazníky byly shromažďovány v uzamčené schránce v prostorách čekárny, čímž byla ošetřena anonymita výzkumu. Celkem 41 % respondentů bylo z řad lidí, kteří alespoň někdy využili služeb dentální hygienistky, zbytek (tedy 59 % dotázaných) tuto službu nikdy nevyužil.

Pro zpracování dat byla použita popisná statistika.

Výsledky a diskuze

Dále uvedené vybrané výsledky zhruba ilustrují výsledky výzkumu.

Výzkumná otázka: *Cítí se většina respondentů dobře informovaná o péči o chrup?* (Obr. 1)



Obr. 1 Graf informovanosti o péči o chrup

Cítíte se být subjektivně dobře informován/a o tom, jak správně pečovat o svůj chrup?

Z grafu vyplývá, že celkem 50 % dotázaných je s množstvím informací spokojena. O více informací má zájem 39 % dotázaných. Další informace nepožaduje 11 % respondentů.

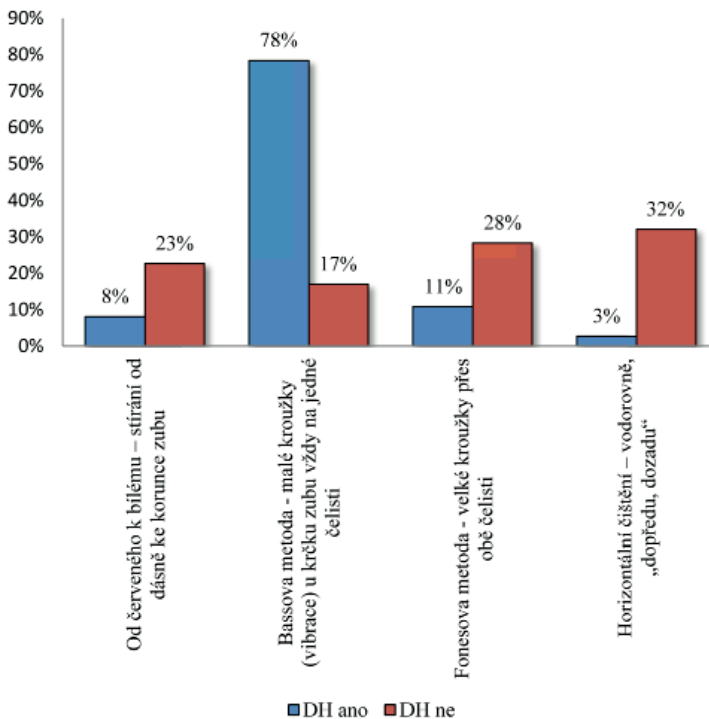
Tyto výsledky lze hodnotit neutrálně. Spokojenost 50 % dotázaných s množstvím informací vypadá celkem uspokojivě, je ovšem otázka, zda je laická veřejnost schopna sebekriticky správně zhodnotit, zda má nebo nemá dostačující (a hlavně správné) informace v péči o chrup. Subjektivní pocit není zcela vypovídající. Celkem vysoké číslo, 39 % těch, kteří cítí potřebu více informací, je spíše znepokojující. Toto číslo svědčí o tom, že relativně velké množství respondentů se necítí být s množstvím informací spokojeno a uvedlo, že by přivítali více informací.

Doplnění vědomostí v péči o chrup je jedním z hlavních posláních dentální hygienistky. Zvýšení povědomí lidí o těchto službách a zvýšení návštěvnosti tohoto specialisty by spolehlivě vyřešilo i subjektivní spokojenost lidí s množstvím informací v oblasti orálního zdraví.

Do jisté míry s touto výzkumnou otázkou souvisí i další otázky z dotazníku. Například otázka, která zjišťuje spokojenost respondenta se vzhledem svého chrupu. Výsledky ukazují, že celkem 60 % respondentů uvedlo, že jsou nespokojeni se vzhledem svého chrupu, pouhých 33 % pak uvedlo, že jsou spokojeni. Nezájem projevilo 7 % dotázaných. Spokojenost respondentů s vlastním chrupem tudíž není příliš vysoká. Jak již bylo zmíněno v úvodu, pojetí vlastního chrupu je součástí potřeb každého člověka.

Další výzkumná otázka: *Budou mít respondenti, kteří využívají služeb dentální hygienistky, lepší znalosti v oblasti orálního zdraví než ti, kteří těchto služeb nevyužívají?*

Na tuto výzkumnou otázku odpovídalo 10 znalostních otázek v dotazníku. Pro ilustraci je vybráno zpracování otázky týkající se metody čištění chrupu (Obr. 2).



Obr. 2 Graf metody čištění

Jak (jakou metodou) si čistíte zuby?

Z grafu vidíme, že respondenti, kteří navštěvují dentální hygienistku, si nejčastěji čistí zuby Bassovou metodou (78 %). Respondenti, kteří nenavštěvují hygienistku často čistí Fonesovu metodu (28 %) nebo čistí horizontálně (32 %), což je neuspokojiví.

Na všechny znalostní otázky v dotazníku odpověděli lépe dotázaní, kteří na začátku uvedli, že někdy využili služeb dentální hygienistky.

Vzhledem k tomu, že dentální hygienistka je zdrojem cenných informací v péči o chrup (Zouharová, 2009), dalo se již dopředu předpokládat, že respondenti, kteří využívají služeb dentální hygienistky, budou mít lepší znalosti v oblasti orálního zdraví než ti, kteří těchto služeb nevyužívají. Tato domněnka se potvrdila.

Znalostní otázky v dotazníku zkoumají teoretické znalosti respondentů v oblasti orálního zdraví. Všechny otázky byly lépe zodpovězeny respondenty, kteří uvedli, že alespoň jednou navštívili dentální hygienistku. Lze tedy říci, že skutečně mají respondenti, kteří využívají služeb dentální hygienistky, lepší znalosti v oblasti orálního zdraví než ti, kteří těchto služeb nevyužívají. Z toho plyne jediné, dentální hygienistka je efektivním článkem v prevenci ve stomatologii. Zvyšuje znalosti svých klientů v oblasti péče o chrup a přispívá tak k jejich nejlepšímu stavu orálního zdraví, které má vliv i na celkové duševní i fyzické zdraví.

Vynikající znalosti v péči o orální zdraví jsou klíčovým předpokladem dostatečné a efektivní hygienické péče v této oblasti. Je nezbytné, aby populace měla ty nejnovější informace potvrzené na základě Evidence Based Medicine. Domníváme se, že daleko lepší než letáky o péči bude, když co největší procento populace bude pravidelně navštěvovat dentální hygienistku. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že lepší povědomí o problematice mají respondenti, kteří navštěvují dentální hygienistku. Většina letáků a edukačních brožur je psána velmi složitě a mnohdy se stane, že pacient předloženým informacím nerozumí. Správnou péči o chrup nelze načíst a nastudovat, ovšem je potřeba odborného dohledu a kvalitních informací přímo od profesionála. Zubní lékaři by měli své pacienty o službách toho specialisty informovat.

Závěr

Cílem výzkumu bylo zjistit, zda se respondenti cítí být subjektivně dobře informováni v péči o chrup a zda existuje rozdíl v úrovni znalostí o péči o chrup mezi lidmi, kteří navštěvují dentální hygienistku, a těmi, kteří nikdy tuto službu nevyužili. Dalším cílem bylo zdůraznit, že je nezbytné neustále zvyšovat povědomí lidí v problematice péče o chrup a dutinu ústní a podtrhnout význam služeb dentální hygienistky v otázce orálního zdraví.

Z výzkumu vyplynulo, jak se dalo ostatně předpokládat, že respondentů, kteří uvedli, že navštěvují dentální hygienistku, je méně než těch, kteří ji nenavštěvují. Ukázalo se také, že respondenti, kteří využívají služeb dentální hygienistky, mají lepší znalosti o péči o chrup – na všechny znalostní otázky v dotazníku odpověděli lépe respondenti, kteří v úvodu uvedli, že využívají péče dentální hygienistky. Tento fakt podporuje domněnku, že péče dentální hygienistky je klíčová pro prevenci v oblasti orálního zdraví. Respondenti z výzkumného šetření, kteří chodí na dentální hygienu, mají lepší znalosti v oblasti orálního zdraví než ti, kteří těchto služeb nevyužívají. Subjektivně se cítí respondenti relativně dobře informováni o péči o své orální zdraví.

Praktickým výstupem uskutečněného výzkumného šetření bylo zdůraznění významu péče dentální hygienistky a důležitosti rozšiřovat povědomí lidí o těchto službách. Je třeba apelovat na odbornou společnost, aby se více věnovala osvětě orálního zdraví. Mělo by být automatické, že stomatolog v rámci preventivních prohlídek bude informovat své pacienty o důležitosti správné péče o chrup a možnosti využití služeb dentální hygienistky jakožto plnohodnotného člena komplexního stomatologického týmu. Zvyšování povědomí veřejnosti o efektivní péči o zdraví v dutině ústní ale zdaleka nemusí být pouze v rukou stomatologa. Ostatní lékaři primární péče by měli být také schopni své pacienty o této problematice informovat. Dále by měla být automatická osvěta v rámci vzdělávání dětí a mládeže ve školách a také dospělých prostřednictvím médií a informací na veřejných prostorech. Zvýšení znalostí lidí v oblasti péče o chrup je přínosem v prevenci onemocnění dutiny ústní. Uspokojující stav chrupu hraje důležitou roli v rámci celkového zdraví a spokojenosti člověka.

Bibliografické odkazy

BASTABLE, S. B., 2008. *Nurse as educator: Principles of Teaching and Learning for Nursing Practice*. Ontario, Canada: Jones and Bartless Publishers. ISBN 978-0-7637-4643-8.

BROUKAL, Z. a kol., 2004. *Analýza orálního zdraví vybraných věkových skupin obyvatel České republiky 2003*. Vyd. I. Praha.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Zdraví pro všechny v 21. století* [online]. MZČR, 2008 [cit. 2016-02-05]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html

ORBIT KLUB. Zubní poradna. *Orbit klub* [online]. 2012 [cit. 2015-10-13].

Dostupné z: http://www.orbitklub.cz/zubni-poradna/prevence-a-dentalni-hygiena/#hash_1

PLEVOVÁ, I., 2012 *Management v ošetrovatelství*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-3871-0.

VYTEJČKOVÁ, R., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-3419-4.

WORLD HEALTH ORGANISATION. *Úvod. World Health Organisation* [online]. 2011 [cit. 2016-02-05]. Dostupné z: <http://www.who.cz/>

ZOUHAROVÁ, Z., 2009. *Zdravý úsměv*. Vyd. 2. Vážany nad Litavou: JoshuaCreative, s. r. o. ISBN 978-80-904414-1-5.

Mgr. Lucie Chrudimská, DiS.

Fakulta zdravotnických studií

Univerzita Pardubice

e-mail: lucie.chrudimska@upce.cz

Mgr. Kristýna Šoukalová

Fakulta zdravotnických studií

Univerzita Pardubice

e-mail: kristyna.soukalova@upce.cz

Kulturně ohleduplná péče pohledem rodiček vietnamského etnika

Lamková, I.; Šalanská, E.

Fakulta zdravotnických studií, Univerzita J. E. Purkyně Ústí nad Labem

Abstrakt

Úvod: Majoritní skupina obyvatel v ČR se obává probíhajícího přílivu cizinců, to však nemůže být důvodem neposkytnutí adekvátní zdravotní péče migrantům, zvláště ženám rodičkám.

Cíl: Zmapovat specifické potřeby respondentek vietnamské národnosti, které se již setkaly s ošetrovatelskou péčí našich porodních asistentek v rámci poskytování ošetrovatelské péče při hospitalizaci. Byly formulovány čtyři výzkumné otázky: zda vietnamským ženám vyhovuje péče v těhotenství, za porodu a v šestinedělí vzhledem k jejich zvyklostem, jaké potřeby mají vietnamské rodičky v těhotenství, za porodu a v šestinedělí, zda hlavní překážkou při pobytu ve zdravotnickém zařízení je komunikační bariéra, zda by tyto rodičky volily porod raději v domácím prostředí nebo v nemocnici.

Metodika: K výzkumu dané problematiky byl zvolen kvalitativní přístup pomocí polostrukturovaného interview, který byl realizován se ženami po ukončení hospitalizace ve zdravotnickém zařízení v Ústeckém kraji. Výběr respondentek byl stratifikován příslušností k vietnamskému etniku, legálním trvalým pobytem v ČR a zkušeností s péčí při hospitalizaci. Rozhovor byl přítomen tlumočnicko nebo rodinný příslušník. Vzorek probandů byl 10 žen. Ke sběru a utřídění dat byl použit krátký etnoošetrovatelský odhad dle Leiningerové.

Výsledky: Vietnamské rodičky jsou spokojeny s prenatální péčí poskytovanou v ČR, jejich potřeby jsou uspokojovány částečně, hlavní překážkou při hospitalizaci je komunikační bariéra a vzhledem ke schopnosti přizpůsobit se rodí v ČR raději v nemocnici.

Závěr: Ženy rodičky vietnamského etnika jsou celkově spokojeny se zdravotnickou péčí, velkým problémem při sdělování svých potřeb zdravotníkům při hospitalizaci je jazyková bariéra. Je třeba vzít na vědomí uzavřenost členů tohoto etnika a aktivně pátrat po jejich potřebách.

Klíčová slova: kulturně ohleduplná péče, kulturní způsobilost, minorita, specifické potřeby, vietnamské etnikum

Abstract

Introduction: The concerns of the population majority in the Czech Republic regarding the ongoing influx of foreigners cannot justify a failure to provide adequate health care for migrants, especially pregnant women.

Aim: To map the specific needs of female Vietnamese respondents who have already come across with nursing care of our midwives during hospitalization. There were four research questions formulated. First, whether or not the care during pregnancy, at labour and at the postpartum period suits the Vietnamese women with respect to their habits. Second, what are the needs of Vietnamese women during pregnancy, labour and the postpartum period.

Third, whether the communication barrier is the main obstacle during hospitalization. Fourth, whether these women would prefer giving birth in a hospital or at home.

Method: The research was conducted with women after hospitalization in a medical facility in the Usti region, using the qualitative approach with the help of semi-structured interview. Selection of respondents was stratified by belonging to Vietnamese ethnic, permanent residence in the Czech Republic and experience with care during hospitalization. The interview attended an interpreter or family member. Interviewed sample included 10 randomly selected women. For data collection and categorization a short ethno-nursing assessment according to Leininger was used.

Results: Vietnamese mothers are satisfied with perinatal care provided in the Czech Republic. Their needs are partially satisfied with the main obstacle being the communication barrier during hospitalization. Due to their ability to adapt they prefer to give birth in the hospital.

Conclusion: Vietnamese women are generally satisfied with the medical care in Czech Republic. The major problem is the language barrier when communicating their needs to medical staff during hospitalization. In addition the closeness of this ethnic group member should be considered when actively seeking their needs.

Keywords: cultural competence, culturally respectful care, minority, specific needs, Vietnamese ethnic

Úvod

Naše země, patří k zemím postkomunistického bloku, byla v minulosti vzhledem k vnitropolitické situaci pro okolní svět poměrně uzavřená. Obyvatelé nebyli v předchozím období ve větší míře konfrontováni s problémy vyplývajícími ze soustavného soužití s jinými etniky a národnostmi. Do České republiky sice přicházeli již v předchozích letech studenti vietnamské a kubánské národnosti aj., avšak jejich výskyt v naší zemi byl pouze ohniskový a kontakt s majoritou omezený, neboť setrvali ve svých komunitách. Na počátku 90. let se Česká republika zásluhou změny politické situace otevřela okolnímu světu.

Organisation For Economic Co-Operation and Development (OECD) ve zprávě o sociální a ekonomické situaci v členských zemích konstatuje, že ČR v klíčových letech 1992–2002 byla ze všech zemí OECD zemí s největším přírůstkem cizinců. Celkový počet cizinců s legálním pobytem žijících v ČR je 439 189 ke dni 31. 12. 2014, což činí asi 4,4 % populace. Statistika uvádí 3 500 dětí narozených cizinkám v ČR v roce 2014 (zdroj Český statistický úřad). Přibližně 40 % cizinců má trvalý pobyt v ČR, mezi nimi je přibližně 40 % žen. Počet Vietnamců se pohybuje okolo 60 000, věkově se pohybují především mezi 30 a 50 lety, tedy v produktivním a fertlním věku.

Imigrační politika každého státu se odvíjí od charakteru migrace a počtu migrantů. Je vyjádřením postoje dané země k přistěhovalcům. K základním principům imigrační politiky v evropských demokratických společnostech patří princip rovnosti jako vyjádření respektu k obecným lidským právům a politika integrace a participace imigrantů na společenském životě. Vietnamci, kteří do Česka přijíždějí, využívají rozsáhlých rodinných vazeb k lepší pomoci při integraci. Tento fakt souvisí i s účelem pobytu v České republice (Trbola a Rákoczyová, 2010). Za zásadní moment určující novodobý přístup k migraci v Evropě je

považován masový příliv nových obyvatel do západoevropských států po rozpadu evropských federativních a koloniálních politických uskupení v druhé polovině dvacátého století, útek před vojenskými konflikty na počátku 21. století a rozmáhající se skrytá ekonomická migrace mladých lidí za lepším životním standardem.

Lidé z minoritních skupin pobývající na území České republiky přirozeně potřebují zdravotnickou péči. Právě na půdě ošetrovatelské praxe dochází ke střetu kultur, na který stále nejsou naše všeobecné sestry a porodní asistentky dostatečně odborně ani postojově připraveny. Dokladem toho jsou zaznamenávané konflikty vyplývající ze vzájemného neporozumění.

Někteří nemocní, kteří nemluví stejným jazykem nebo jejich komunikační schémata jsou odlišná, mohou mít pocit bezmoci a odsouzení (Giger a Davidhizar, 1999).

Vzniká nový druh nerovností při poskytování péče, která je odvislá od schopností jednotlivých členů minorit komunikovat a orientovat se v pro ně novém prostředí. Význam má i sociální status jedince (v tomto případě rodičky), odvíjející se od jejího postavení v majoritní společnosti. Všechny tyto atributy mohou významně zasahovat nejen do samotného průběhu jejího porodu, ale i do konečné volby porodnice, která sama o sobě podobu péče značně ovlivňuje (Hrešanová a Hasmanová Marhánková, 2008, s. 93).

Naše porodní asistentky poskytující odbornou péči těhotným a rodícím ženám zatím nebývají kulturně způsobilé poskytnout jim adekvátní, profesionální kulturně uzpůsobenou péči oproštěnou od etnocentrismu, předsudků a stereotypie. Tato péče zohledňující specifika kultur je stále vnímána společností i zdravotníky často jako nadstandardní.

Členové minorit, kteří přicházejí do země, ať už za účelem výtěžku nebo lepšího života jsou těmi, kteří by se měli seznámit s tradičními hodnotami majoritního obyvatelstva a přizpůsobit do určité míry své chování a zvyky. Přizpůsobení se běžným zvyklostem je na straně přicházejících a poté na toleranci majoritního obyvatelstva. Baršová a Barša (2005) uvádějí, že stěžejní odpovědnost je na těch, kteří žádají přijetí majoritou, nikoli na těch, kteří jsou v zemi starousedlíky. Tento model platí v případě, že imigranti jsou zdraví a jsou schopni se o sebe postarat, pak lze požadovat jejich aktivní integraci. Jiná situace nastává v okamžiku, kdy se cizinec dostává do náročné životní situace a potřebuje zdravotní péči z důvodu úrazu nebo onemocnění, u žen v případě porodu. V této situaci nelze od imigranta požadovat pokračování v jeho aktivní integraci. Je nezbytné co nejvíce mu usnadnit jeho postavení a účast při léčení nebo hospitalizaci. V tomto okamžiku jsou to zdravotníci, kteří přejímají zodpovědnost za pocit jistoty a bezpečí, za porozumění léčbě i za zachování důstojnosti a integrity osobnosti nemocného.

Získávání znalostí odlišností a specifík jednotlivých kultur a náboženství sestrami a porodními asistentkami se stává významnou složkou péče, ke které může značnou měrou pomoci i pohled členů minorit. Jedině s těmito znalostmi a informacemi budou schopny dostát všem požadavkům potřebným k dovednosti v realizaci kulturně ohleduplné péče v praxi.

Nemocnice realizují metodu péče prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Ustavené týmy vytvářejí standardy ošetrovatelské péče, ale zatím v nich nebývá zohledněn multikulturní přístup k nemocným cizincům.

Cíl

Studie si klade za cíl zmapovat specifické potřeby žen rodiček vietnamské národnosti ve zdravotnickém zařízení oslovením respondentek, které se již setkaly s péčí českých porodních asistentek v rámci poskytování ošetrovatelské péče při hospitalizaci. Na základě vlastní prožité zkušenosti jsou schopny identifikovat možné problémy, které vznikly při komunikaci a zohlednění resp. nezohlednění jejich specifických potřeb, rituálů, zvyklostí nebo hodnotové orientace v této pro ně náročné životní situaci.

Metodika

Byly stanoveny čtyři výzkumné otázky: jak vietnamským ženám v ČR vyhovuje péče v těhotenství, při porodu a v šestinedělí; jaké potřeby mají v tomto období; jaký vnímaly hlavní problém při pobytu ve zdravotnickém zařízení; zda by volily porod raději v domácím prostředí nebo v nemocnici.

Výběr zkoumaného souboru byl stratifikovaný, neboť výběr respondentů byl určen na základě základního kritéria etnické příslušnosti. Pro výběr respondentů byla použita následující kritéria: respondentka porodila v České republice, žije v České republice déle než 2 roky, žije v České republice legálně, bydlí v Ústeckém kraji, oba rodiče jsou vietnamské národnosti, rodila ve zdravotnickém zařízení.

Vietnamské rodičky byly oslovovány na oddělení šestinedělí ve zdravotnických zařízeních Krajské zdravotní a.s., která čítá pět regionálních nemocnic (Ústí nad Labem, Most, Děčín, Teplice a Chomutov), mj. bylo využito metody „snowball sampling“. Samotný rozhovor byl posléze realizován již mimo zdravotnické zařízení po předchozí domluvě s šestinedělkou.

Před výzkumem byl proveden u vietnamského etnika etnoošetrovatelský odhad A dle teorie Leiningerové se systematickým studiem charakteristických ošetrovatelských fenoménů.

Rozhovory byly realizovány pouze jednou osobou pro zachování jednoty pohledu a interpretace při pozdějším vyhodnocování dat. O každém jednotlivém interview byl proveden záznam, ze kterého byla data týkající se výzkumných otázek kategorizována. K jejich uspořádání byl použit etnoošetrovatelský odhad B.

Rozhovory byly vedeny v českém nebo mateřském jazyce (vietnamština) vždy za přítomnosti tlumočnicka, který byl většinou členem rodiny respondentky (třikrát byl přítomen profesionální tlumočnick – vždy žena). Volba prostředí pro rozhovor byla ponechána na respondentce. Délka interview se pohybovala v rozmezí 40–70 minut.

Výsledky

Interview bylo realizováno u 10 vietnamských rodiček. V případě vietnamského etnika jako dálně-východní kultury není téměř možné při prvním kontaktu s respondentkou získat souhlas k okamžité realizaci rozhovoru. Rozhovor je třeba naplánovat na další setkání v přítomnosti tlumočnicka nebo rodinného příslušníka. Celý proces je tak časově náročný. Některé dotazy musely být doplněny podotázkami pro potřebu do vysvětlení zkoumané problematiky. Ve studii uvádíme vybrané výsledky z realizovaných interview, které se týkají v této studii řešených výzkumných otázek.

Věk respondentek se pohyboval od 18 do 39 let, s průměrem 27,3 let. Počet porodů se pohyboval od jednoho do čtyř. Tři ženy byly svobodné a žily v nesezdaném páru, vdaných

bylo sedm. Nejvyšší ukončené základní vzdělání mělo pět žen, čtyři měly středoškolské, jedna byla vyučená, vysokoškolské neměla žádná. Délka pobytu respondentek je v průměru 9,75 roku. Jedna respondentka se v Čechách narodila, dvě zde žijí od útlého dětství, ostatní udávají délku pobytu od 2 do 9 let.

Za svůj rodný jazyk považuje devět respondentek vietnamštinu, jedna respondentka češtinu a vietnamštinu. Tři ženy se česky naučily ve škole, dvě chodily na kurz „Čeština pro cizince“ po dobu šesti měsíců, další způsoby učení českému jazyku byly knihy, slovníky, časopisy, televize, rodina, rádio.

Kulturní zvyky a tradice v rodině dodržují v určité míře všechny ženy, nejčastěji uváděly společně se sejit s rodinou u večeře a modlit se za příbuzné, kteří museli zůstat ve Vietnamu, pevnou soudržnost rodiny, patriarchy, úctu ke starším a důležitost vzdělání, víru. Důraz kladly i na stravu, její úpravu a složení.

Všechny respondentky považovaly za důležité navštěvovat prenatální poradnu, záleží jim na zdraví jejich dítěte, u některých výkonů nevěděly, proč se provádějí. V těhotenství nevykazovaly ženy významné zvláštnosti v chování a jednání, tři respondentky si čistily zuby slanou vodou; šest zdůraznilo teplé oblékání, aby neprochladly; polovina žen uvedla, že se vyhýbaly nadměrné zátěži.

Většina rodiček odpověděla, že na porod se nijak zvláště nepřipravují, tři rodičky navštěvovaly předporodní kurz, čtyři se připravovaly čtením knih, sledováním televize, dvě prováděly meditace a všechny dostávaly rady a zkušenosti od příbuzných žen. Všechny se těsně před samotným porodem koupaly.

Na otázku místa porodu by čtyři ženy raději volily porod doma, ale souhlasily s porodem v nemocnici, protože se bály komplikací během porodu a o zdraví svého dítěte.

Blízkou osobu při porodu mělo pět žen, druhá polovina si přála родit sama. Všechny ženy rodily vaginálně.

Spokojenost s péčí porodních asistentek vyjádřily všechny ženy, možné zlepšení vyjádřily čtyři v oblasti komunikace a tři v oblasti aktivního přístupu personálu. Nejvíce vnímaly respondentky při porodu a na oddělení šestinedělí absenci intimity a soukromí (pět žen) a vstřícný postoj porodních asistentek (čtyři ženy). Největší překážkou pro ně byla komunikační bariéra. Čtyři respondentky se domnívají, že zdravotnický personál by měl lépe poznat jejich kulturu.

Diskuze

Ve Vietnamu je celková porodnost 1,94 narozených dětí na 1 ženu. Kojenecká úmrtnost je 25,95/1000 živě narozených. Průměrný přírůstek obyvatelstva je 1,4 % (hanojská agentura OSN – UNFPA udává vysoký poměr potratovosti: 45 potratů/100 těhotenství, poměr ve skupině vdaných žen 15–49 let činí 65 %, tj. průměrně 2,5 potratů na 1 ženu!).

V naší studii pět žen, které rodily poprvé, bylo ve věku kolem 20 let. Tři ženy rodily podruhé, jedna potřetí a jedna počtvrté. Všechny respondentky měly partnera, žádná nebyla osamělá, což je zřejmě dáno jejich silným vztahem k rodině a rodinným vazbám. Tyto odpovědi potvrzují nejtýpickejší znak pro vietnamskou kulturu: na prvním místě žebříčku hodnot je rodina, která je pro ně velmi důležitá (Typická vietnamská rodina, 2011–2016).

Nejvyšší ukončené vzdělání bylo u poloviny žen základní. Jednalo se o ženy, které zde žily kratší dobu, ve Vietnamu neměly příležitost se vzdělávat. Mladší rodičky, které již žily na našem území více let, měly vzdělání střední a středoškolské. Vietnamci velmi dbají na vzdělání, rodiče kladou důraz na prospěch svých dětí ve škole.

Ženy žijící kratší dobu v ČR neumějí česky a vždy je doprovází osoba, která jim tlumočí. Vietnanky žijící delší dobu v Čechách, nebo které se zde narodily, nemají výraznější problémy s komunikací. Osm respondentek se snažilo o komunikaci v českém jazyce. Dvě ženy, které chodily na kurz češtiny pro cizince, zjistily, že se naučí pouze základy a gramatiku, ale mají problém s výslovností, protože nevyužily možnost komunikace v českém prostředí.

Všechny respondentky respektovaly nastavená pravidla prenatalní péče, protože jim velmi záleží na zdraví dítěte, i když ve Vietnamu není zvykem chodit tak často do poradny. Chodí pouze třikrát po dobu trvání těhotenství, a to v prvním trimestru, kolem 20. týdne a kolem 36. týdne. Vietnamské ženy přistupují k těhotenství velmi zodpovědně. Pokud jim však sestra nebo lékař nevsvětlí a nezdůrazní důležitost preventivních prohlídek, samy je vyhledávat nebudou. Některé ženy vypovídaly, že nevěděly, proč se jim některé výkony provádí. Příčinou je neochota resp. nedostatek času na vysvětlení zdravotnickým personálem pro časovou náročnost a jazykovou bariéru. Je tedy na ženách, zda si prosadí svůj zájem o vysvětlení.

V těhotenství dbají na zdravou výživu a dostatek odpočinku. Těhotenství věnují hodně pozornosti. Namáhavá činnost je pro ně nevhodná, zvláště pak v posledním trimestru. Vietnamci jako národ mají rádi teplo, nejinak je tomu i v těhotenství, což dokazují i preference našich respondentek. Zájem o jejich potřeby porodními asistentkami nebyl zaznamenán, což potvrzuje i studie Mockové (2012, s. 47).

I další zvyklosti potvrzuje naše studie: během těhotenství ženy o ni dbá celá rodina, soustředí se hlavně na to, aby jedla hodně vitamínů, masa a vejce – to vše pro zdraví dítěte. Mezi hygienické návyky v těhotenství patří dodržování speciální hygieny (např. čištění zubů slanou vodou, která má pro ně dezinfekční účinky bez vedlejších účinků). Osobní hygiena pro Vietnamky je velmi důležitá. Pokud to jde, raději vykonávají hygienu samy. V případě, že nemohou, chtějí, aby jim pomáhal člen z rodiny stejného pohlaví (toto je třeba, pokud to lze, respektovat i za hospitalizace). Pokud budoucí rodiče navštěvují předporodní kurz, otec dítěte bude chtít být přítomen i u porodu, což se týkalo dvou respondentek, které otce u porodu později skutečně měly.

Vietnamské ženy jsou při prožívání porodní bolesti velmi trpělivé. Dobrovolně nepožádají o léky na bolest, a to z důvodu strachu z návyku či z možnosti vedlejších účinků na dítě. Vietnamské rodičky trpí velmi tiše, proto i když nenařikají, trpí uvnitř a chtějí se s bolestí vypořádat samy. Zvláště pak jestliže je přítomen otec u porodu, chtějí mu dokázat, že jsou statečné a jsou na bolest připraveny a vydrží ji. Vietnamské ženy odmítají jakýkoliv pro ně „agresivní zákrok“, o všem se budou radit s manželem. Všechny zúčastněné ženy rodily vaginálně, tento způsob porodu upřednostňují, což potvrzují i Ivanová a kol. (2005, s. 196). Při jakékoli komplikaci při porodu dají na slovo lékaře, nechají si vše vysvětlit a souhlasí se všemi řešeními, které jsou nejlepší pro zdraví jejich dítěte. Vietnamské rodičky by raději volily porod v domácím prostředí mezi svými bližními, jak je zvykem ve Vietnamu. Ve Vietnamu se shromáždí celá rodina u porodu (hlavně ženy a otec dítěte), kteří podpoří rodičku, do domu přijde porodní asistentka nebo lékařka, nejlépe žena, která porod

odvede. Vietnamci si myslí, že domov je pro dítě přirozené prostředí, kde by se mělo narodit. Plně si však uvědomují rizika spojená s porodem a v České republice preferují porod v porodnici. Všechny respondenty se rozhodly rodit v nemocnici i přes případné obavy z neznámého prostředí a možné bariéry v komunikaci. Tento postoj souvisí se snahou kulturního přizpůsobení se našim zvykům. Těsně před porodem provádějí Vietnamky rituál očisty. Rády se před porodem vykoupu, a to za přítomnosti otce dítěte nebo samy. Tento rituál provedly všechny dotázané ženy.

Blízkou osobu při porodu mělo pět žen, tři měly partnera, jedna partnera a matku, jedna kamarádku. Druhá polovina rodila na své přání bez doprovodu, avšak tři z nich své rozhodnutí přehodnotily, příště by rodily s partnerem. Důvodem je cizí prostředí a jazyková bariéra v komunikaci, pocit opomíjení a nedostatek empatie.

Ačkoli všechny ženy na dotaz o spokojenosti s péčí odpovídaly v převážné většině ano, je třeba si uvědomit, že v rámci typického chování jejich kultury neříkají NE, ale spíše „Ano, byla jsem spokojená, ale...“. Negativní vyjádření je považováno za neslušné. Proto je třeba aktivně pátrat a dotazovat se na jejich potřeby.

Vietnamky jsou jako matky velice zodpovědné ke svému dítěti. Pokud se vyskytnou problémy s dítětem, je lepší prodiskutovat je nejprve s otcem dítěte nebo s jiným členem rodiny zodpovědným za ženu. Tato osoba se pak rozhodne, kdo problém oznámí matce. Jedná se o rituál sdělování informací. Pokud nastane situace, kdy by v případě úmrtí dítěte byla nutná pitva, prodiskutuje tento problém celá rodina. Podle vietnamské kultury by se vietnamské ženy v prvních dnech šestinedělí neměly vůbec koupat, ale protože si Vietnamky uvědomují, že v českých zdravotnických zařízeních by se nesetkaly s pochopením této tradice, podřídí se našim zvyklostem, které jsou pro nás základem a samozřejmostí, pro ně však porušováním „jejich“ pravidel.

Spokojenost s péčí porodních asistentek vyjádřily všechny ženy, přání možného zlepšení vyjádřily čtyři v oblasti komunikace a tři v oblasti aktivního přístupu personálu. Při porodu jim byla oporou mj. jejich víra. Nejvíce respondenty při porodu a na oddělení šestinedělí vnímaly absenci intimity a soukromí (pět žen) a postrádaly vstřícný postoj porodních asistentek (čtyři ženy). Největší překážkou pro ně byla komunikační bariéra. Čtyři respondenty se domnívají, že zdravotnický personál by měl lépe poznat jejich kulturu. Pocit nedostatku soukromí a nerespektování intimity u poloviny dotázaných během porodu a na oddělení šestinedělí se netýká pouze vietnamských žen. Potřeba intimity je stále opomíjena, a to nejen u žen jiných etnik a kultur. Pro Vietnamky je tato potřeba ve zvýšené míře významná nejen z osobního, ale i morálního hlediska, mají větší pocit studu než Evropanky.

Jako nezávažnější problém při hospitalizaci definovaly respondenty komunikační bariéru, a to nejen jazykovou, ale i neverbální. Jako řešení problému jmenují na prvním místě svůj vlastní jazykový handicap a naučit se česky, na druhém místě vyslovily přání, aby zdravotnický personál lépe poznal jejich kulturu.

Závěr

V naší studii jsme si stanovili čtyři výzkumné otázky, na které jsme hledali odpovědi: jak vietnamským ženám v ČR vyhovuje péče v těhotenství, při porodu a v šestinedělí; jaké potřeby mají v tomto období; jaký vnímaly hlavní problém při pobytu ve zdravotnickém zařízení; zda by volily porod raději v domácím prostředí nebo v nemocnici.

Vietnamským ženám, které mluví dobře česky, vyhovuje péče v těhotenství, za porodu a v šestinedělí. Ženy, které žijí v naší zemi kratší dobu a neznají jazyk, šly do českých porodnic přes obavy z jazykové bariéry a neznalosti cizího prostředí, což dokazuje jejich přizpůsobivost k jiné kultuře. Ze strany zdravotnického personálu by bylo vhodné vyvinout větší aktivitu ze strany zdravotnického personálu v navazování kontaktů s těmito ženami a snažit se najít řešení pro snazší komunikaci za hospitalizace, např. použití piktogramů, obrázků, brožur nejčastějších frází, využití světového jazyka apod. Zdravotnický personál, by se měl také více zajímat o specifika jiných etnik, zvláště v Ústeckém kraji, kde je oblast vysoké koncentrace nejen vietnamského etnika, ale i romského, arabského a ukrajinského. Kulturně ohleduplná péče je možností, jak docílit poskytování péče cizincům v souladu s jejich zvyky a tradicemi, přičemž umožňuje porodním asistentkám disponovat znalostmi z mnoha společenskovedních oblastí.

Chceme-li lépe porozumět zdraví a nemoci v kontextu kultury, je nezbytné hledat hlubší pochopení života lidí v odlišných kulturách a sociálních situacích.

Etické aspekty a konflikt zájmu

Příspěvek neporušuje etické principy a není v konfliktu zájmů účastníků studie.

Bibliografické odkazy

Baršová, Andrea a Barša, Pavel, 2005. *Od multikulturalismu k občanské integraci. Změny v západoevropských politikách integrace přistěhovalců*. Brno: Masarykova univerzita.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Populační prognóza ČR do r. 2050* [online]. Praha, 2004 [cit. 2015-11-26]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/cizinci.nsf/kapitola/ciz_zdravotni_pece

GIGER, Joyce Newman a DAVIDHIZAR, Ruth Elanie, 1999. *Transcultural nursing: Assessment and intervention*. St. Louis: Mosby. ISBN 0-3230-0287-0.

HREŠANOVÁ, Ema a HASMANOVÁ MARHÁNKOVÁ, Jaroslava, 2008. Nové trendy v českém porodnictví a sociální nerovnosti mezi rodičkami. *Sociologický časopis*. 44(1), 87–111.

IVANOVÁ, Kateřina, ŠPIRUDOVÁ, Lenka a KUTNOHORSKÁ, Jana, 2005. *Multikulturní ošetřovatelství*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN: 80-247-1212-1.

MOCKOVÁ, Markéta, 2012. *Vnímání těhotenství a porodu u vietnamské komunity*. Pardubice. Závěrečná práce. Univerzita Pardubice, Filozofická fakulta.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT, 2006. OECD: *Zpráva o sociální a ekonomické situaci v členských zemích*. Brusel: OECD.

Dostupné také z: <http://www.oecd.org/>

TRBOLA, Robert a RÁKOCZYOVÁ, Miroslava, 2010. *Vybrané aspekty života cizinců v České republice*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v.v.i.

Typická vietnamská rodina [online]. © Viet.cz, 2011–2016 [cit. 2016-03-25].

Dostupné z: <http://www.viet.cz/clanky/16-typicka-vietnamska-rodina>

Mgr. Ivana Lamková, Ph.D.
Fakulta zdravotnických studií
Univerzita J. E. Purkyně Ústí nad Labem
e-mail: ivana.lamkova@ujep.cz

Podpora rodiny pečující o dítě s poruchou autistického spektra neziskovými zařízeními

Marešová, J.; Faltová, B.

Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice

Abstrakt

Úvod: Pro rodinu samotnou je velice těžké vyrovnat se skutečností, že jejich dítě trpí poruchou autistického spektra. Péče o tyto děti je pro rodiny nesmírně náročnou životní cestou s konsekvencemi psychickými, zdravotními a sociálními. Důležitou funkci v podpoře těchto rodin plní zařízení neziskového sektoru, která se snaží pomáhat rodinám se vyrovnávat s obtížemi a přispívat tak k jejich autonomii a spokojenosti.

Cíl: Zjistit spokojenost rodin pečujících o dítě s poruchou autistického spektra s neziskovými zařízeními, které poskytují rodinám sociální a zdravotní péči.

Metodika: Vzorek respondentů byl osloven v několika neziskových zařízeních Pardubického a Královéhradeckého kraje. Výzkumné šetření probíhalo pomocí dotazníku vlastní konstrukce. Pro zpracování výsledků byly použity statistické metody absolutní a relativní četnosti.

Výsledky: Rodiny pečující o dítě s poruchou autistického spektra jsou s využívanými neziskovými zařízeními převážně spokojeni. Negativním zjištěním byla absence poskytování respitní služby, kterou většina respondentů považuje za velmi potřebnou.

Závěr: Rodiče pečující o dítě s poruchou autistického spektra aktivně využívají nezisková zařízení, která jim nabízejí celou řadu služeb účelně podporujících uspokojování jejich potřeb ve spektru zdravotní, sociální i psychické podpory. Je nezbytné udržet a lépe ještě i dále rozšiřovat služby neziskových organizací podporujících rodiny, které vlivem nemoci svého člena přicházejí o svou autonomii a stávají se tak v mnoha momentech závislými na ostatní společnosti. Návrhem k zlepšení situace je rozšiřovat chybějící respitní služby.

Klíčová slova: porucha autistického spektra, rodina, sociální péče

Abstract

Introduction: It is very hard for the family itself to cope with the fact that their child is suffering from autistic spectrum disorder. The care of these children is extremely hard life experience for a family with consequences of the mental, health and social. An important function in supporting these families fulfilling the device by the non-profit sector, which is trying to help families to cope with the difficulties and thus contribute to their autonomy and satisfaction.

Aim: To determine the satisfaction of families caring for a child with autistic spectrum disorder with non-profit facilities that provide families social and health care.

Method: The sample of respondents was approached in several non-profit facilities in the Pardubice and Hradec Králové region. The research investigation was conducted with using a questionnaire of our own design. For the results processing have been used the statistical method of absolute and relative frequency.

Results: Families caring for a child with autistic spectrum disorder are mostly satisfied with a use of non-profit facilities. The negative finding was the absence of the provision of respite services, which most respondents considered to be very necessary.

Conclusion: Parents caring for a child with autistic spectrum disorder use the non-profit facility actively, which offer a full range of services effectively supporting the satisfaction of their needs in the spectrum of health, social and psychological support. It is necessary to maintain and better to expand further services of non-profit organizations supporting families, which due to the illness of its member lose their autonomy and become, in many moments, dependent on other society. A proposal for improving the situation is to expand the lack of respite services.

Keywords: autism spectrum disorders, family, social care

Úvod

Poruchy autistického spektra náleží do kategorie pervazivních vývojových poruch, kdy se jedná o nejzávažnější narušení dětského mentálního vývoje. Termín pervazivní označuje, že mentální vývoj dítěte je narušen do hloubky v několika oblastech. Poruchy se projevují v oblastech představitosti, komunikace a sociálních interakcí. Manifestace s mírou projevů bývá variabilní, tudíž modelový příklad jedince s poruchou autistického spektra neexistuje. Také specifický projev deficitů se mění s věkem. Z důvodu vrozeného postižení funkcí mozku dochází k tomu, že dítě s poruchou autistického spektra nedokáže vyhodnocovat informace stejným způsobem jako zdravé děti stejného věku a mentální úrovně; jinak vnímá, prožívá, a proto se i odlišně chová (Thorová, 2006).

Jedinec s poruchou autistického spektra nedokáže pochopit svou vlastní identitu. Některé složky vlastní identity mohou být výrazně deformovány (sebeúcta, sebeláska). Ke svému tělu má jedinec s poruchou autistického spektra zvláštní vztah, vnímá své tělo pouze jako předmět. V důsledku chybění vědomí o celistvosti vlastní osoby a neuvědomování si odlišností v projevech chování od okolního světa nastává u jedince s poruchou autistického spektra problém v ovládnutí svého vlastního chování i v obsahu vědomí (Vágnerová, 2008).

Podle K. Thorové (2006) v průběhu života dítěte s poruchou autistického spektra dochází k obdobím, která jsou pro rodinu dítěte velice náročná. Zvýšenou zátěží pro rodinu jsou období spojená s diagnózou, nastoupením dítěte do předškolního a školního zařízení a také období puberty a dospělosti. Další krizová období však mohou být kontinuálně propojena v nepřetržitě péči o dítě s poruchou autistického spektra, kdy někteří rodiče odmítají své dítě svěřit do péče jiné osoby. Důvodem je zejména představa rodičů, že jen oni se o dítě dokáží patřičně postarat. Ve většině případů jeden z rodičů nedokáže se svou energií správně hospodařit a svému dítěti se tzv. obětuje. Počáteční nadšení rodiče z prováděné péče o jejich dítě nemá dlouhého trvání a u rodiče se postupně začínají vyskytovat projevy podrážděnosti, únavy a psychosomatické příznaky (bolest v zádech, nevolnost, bolest hlavy apod.). Později se k těmto příznakům přidávají také pocity deprese, zlosti a sebeodsuzování. Pokud si rodič včas neuvědomí vzniklou situaci bez perspektivy k žádoucí změně, nastoupí u něj tzv. destruktivní obrana (zanedbávání dítěte, alkohol). Dalším průvodním jevem psychické zátěže rodiče mohou být až fyzické tresty na jejich dítěti. Při nezvládané psychické zátěži rodičů v péči o postižené dítě dochází k postupující izolaci od společenských kontaktů, k fyzické únavě, poruchám spánku a destruktivním myšlenkám

viny a sebenávisti. Tyto destruktivní myšlenky mohou dovést člověka až k úplnému psychickému vyčerpání.

Sociální dopady na rodinu pečující o dítě s autismem popisuje Vágnerová (2008), kdy se rodiče těchto dětí často ve společnosti setkávají s nepochopením. Laická veřejnost tyto děti s poruchou autistického spektra většinou hodnotí stejně jako děti s mentální retardací. Děti s poruchou autistického spektra se na veřejnosti projevují svými typickými projevy v chování (agresivní projevy) a veřejnost považuje tyto děti za nevychované. Rodiče dětí s poruchou autistického spektra jsou označováni za špatné rodiče, kteří nedokáží své dítě správně vychovat. Veřejnost nespravedlivě rodičům dětí s poruchou autistického spektra přisuzuje vinu za vznik postižení a aktuální projevy v chování. Pro rodiče samotné je velice těžké přijmout atypické projevy v chování dítěte vůči většinové společnosti. Odlišné nápadnosti v chování dítěte s poruchou autistického spektra, jeho agresivní a autoagresivní projevy, pohybové automatismy bývají příčinou přerušeni mnoha sociálních kontaktů s dítětem a také způsobují izolaci celé rodiny. Neschopnost adaptace dítěte s poruchou autistického spektra na jakoukoliv změnu osob či prostředí znemožňují rodině běžně navazovat společenské styky, účastnit se různých společenských aktivit. Také je znemožněno běžné hlídání dítěte jinou osobou. Důsledkem bývá vyčerpání rodinných členů, kterým může být odlehčením umístění dítěte alespoň na část dne do speciálního zařízení, které poskytuje respitní služby. Člověk pečující o blízkou osobu potřebuje odpočinek a volný čas k realizaci svých zájmů, potřeb. Proto je nutné, aby mohl být ve své úloze zastoupen alespoň na krátký čas, například v podobě asistenta nebo stacionáře, který pečující osoby může zastoupit na několik hodin denně, ale i na několik týdnů v roce (Novosad, 2000). Služby respitní péče umožňují osobám trvale zajišťujícím péči žít i „svůj vlastní život“, nabízí jim možnost odpoutat se od každodenních starostí.

Další možností podpory rodin mohou být v podobě Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, dle Zákona o sociálních službách č.108/2006 Sb. (Česko, 2006) v platném znění, jsou poskytovány v terénní i ambulantní formě sociálních služeb rodinám s dítětem, u kterého je jeho vývoj ohrožen vlivem dlouhodobé krizové sociální situace, kterou rodina nedokáže sama bez pomoci zvládnout. Tyto sociální služby obsahují základní činnosti, mezi které náleží výchovně vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a pomoc při obstarávání osobních záležitostí.

Příkladem poskytované péče rodinám pečujícím o dítě s autismem příspěvkovou organizací je Dětské rehabilitační centrum, jehož cílovou skupinou jsou děti s tělesným postižením, poruchou autistického spektra, narušenými komunikačními schopnostmi a kombinovanými vadami. Nestátní zdravotnické zařízení poskytuje ambulantní služby od narození do 18 let věku a služby v denním stacionáři od 1,5 roku do 7 let. Ambulantní služby nabízejí využití fyzioterapie, ergoterapie a klinické logopedie. V denním stacionáři mohou děti využívat terapií, jako např. canisterapie, hipoterapie, muzikoterapie a arteterapie. V denním stacionáři je zřízena speciální třída přímo pro děti s poruchou autistického spektra.

S cílem výzkumné studie se váže termín „spokojenost“ vycházející ze životní spokojenosti propojené se subjektivní pohodou. Hamplová (2004) subjektivní pohodu považuje za zastřešující termín pro životní spokojenost a štěstí. V definici životní spokojenosti klade důraz na subjektivitu hodnocení: „Lidé jsou spokojeni tehdy, pokud se tak cítí nebo pokud

o sobě říkají, že se tak cítí“ (Hamplová, 2004, s. 13), přičemž má právě člověk v hodnocení svého života nejdůležitější slovo.

Cíl

Cílem bylo zjistit spokojenost rodin pečujících o dítě s poruchou autistického spektra (PAS) s neziskovými zařízeními, které poskytují rodinám sociální a zdravotní péči. Výzkumné otázky zjišťovaly, jaké možnosti sociální podpory využívají rodiny pečující o dítě s PAS. Jakým způsobem jsou poskytovány služby rodinám ve zkoumaných neziskových zařízeních, jaký mají rodiny přístup k informacím v oblasti odborné péče o děti s PAS a jaké konkrétní služby ve zkoumaných neziskových zařízeních rodinám pečujícím o děti s PAS chybí.

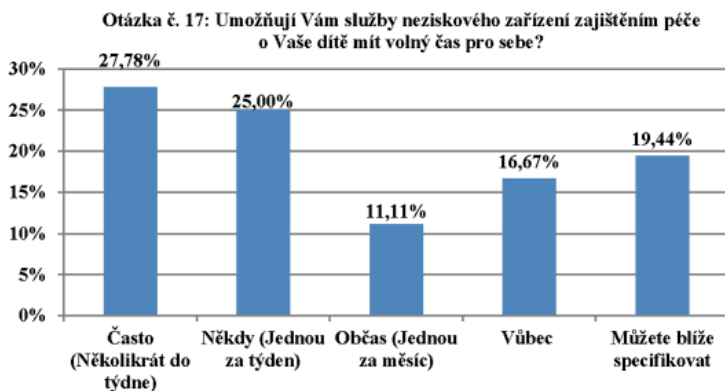
Metodika

K realizaci výzkumného záměru byla zvolena kvantitativní metoda formou dotazníkového šetření s počtem 21 otázek vlastní tvorby. Dotazník tvořily otázky dichotomické, polouzavřené a otevřené. Položky dotazníku byly vytvořeny s cílem oslovit co nejvíce zařízení v neziskovém sektoru sídlících v Pardubickém a Královéhradeckém kraji, které poskytují podporu rodinám pečujícím o dítě s poruchou autistického spektra. Výzkum byl realizován v období od prosince 2014 do května 2015. Dotazníky byly v oslovených zařízeních administrovány v elektronické i tištěné formě. Výzkumný vzorek tvořili rodiče dětí s poruchou autistického spektra využívající podpůrných služeb neziskových zařízení zaměřených na problematiku poruch autistického spektra. K dotazníku v tištěné formě obdržel každý rodič obálku, do které vložil vyplněný dotazník, pro zvýšení pocitu anonymity a objektivnosti odpovědí, které hodnotí oblast poskytování služeb i práci zaměstnanců. K vytvoření elektronické formy dotazníku byla využita internetová stránka Survio. V rámci výzkumu bylo do sedmi zařízení v neziskovém sektoru rozdáno 160 dotazníků v tištěné podobě, z nichž bylo vyplněno 52 dotazníků. V elektronické formě bylo vyplněno 9 dotazníků. Z tohoto celku bylo pro nesprávné vyplnění dotazníku vyřazeno 23 dotazníků v tištěné podobě a 2 dotazníky v elektronické formě. V rámci získávání dat bylo korektně vyplněných pouze 36 dotazníků z 61 získaných. Pro prezentaci výsledků byla využita metoda popisné statistiky s grafickým znázorněním absolutní a relativní četnosti. Absolutní četnost charakterizovala počet jednotlivých odpovědí respondentů u konkrétních otázek. Relativní četnost byla vypočítána podílem z absolutní četnosti a celkového počtu odpovědí na danou otázku.

Výsledky

Rodiny pečující o dítě s PAS využívají možností sociální podpory zejména v podobě příspěvku na péči 32 respondentů (39,02 %), průkaz pro osoby se zdravotním postižením využívá 24 respondentů (29,27 %), příspěvek na mobilitu 20 respondentů (24,39 %), příspěvek na zvláštní pomůcku má 5 respondentů (6,10 %) a žádné sociální dávky nevyužívá 1 respondent (1,22 %). V navštěvovaných neziskových zařízeních rodiny upřednostňují terénní formu služeb před ambulancí. Většina rodičů v počtu 20 respondentů (55,56 %) hodnotila míru informovanosti o odborné péči ze strany neziskového zařízení jako dostačující, nadstandardní míru informací uvedlo 10 respondentů (27,78 %) a nedostačující míru informovanosti uvedlo 6 respondentů (16,67 %). Zároveň respondenti uvedli zdroje informací o odborné péči o děti s PAS zejména v podobě internetu a médií 30 (30,61 %), od přátel a známých, kteří sami odbornou péči využívají 26 (26,53 %), z informačních letá-

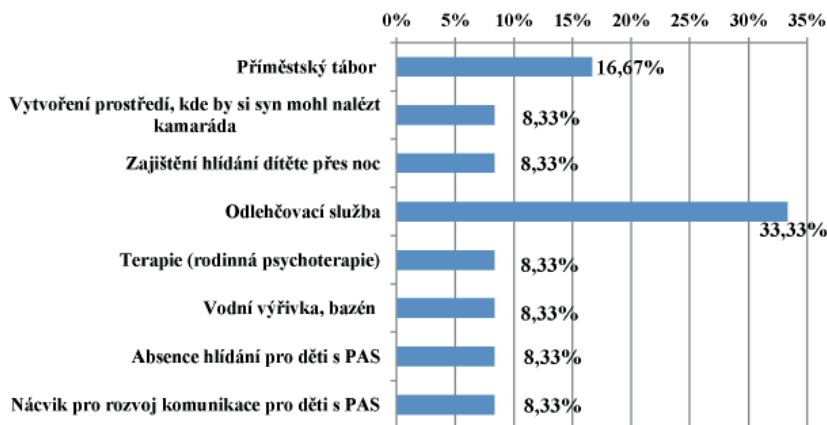
ků 17 (17,35 %), od spolupracujících dalších organizací 14 (14,29 %), z odborné literatury 6 (6,12 %), od pediatra 3 (3,06 %), speciální vysoké školy I (1,02 %) a od dorostového psychiatra I (1,02 %) z celkového počtu 36 respondentů (100 %). Výsledná zjištění přinesla také specifikace k problematice trávení volného času pečujících (Obr. 1) a odlehčení jejich péče.



Obr. 1 Grafické znázornění dotazníkové položky č. 17 vyhodnocující umožnění volného času pro rodiče pečující o dítě s autismem

Nejpočetněji zastoupenou kategorií je umožnění volného času pečujícím rodičům o dítě s autismem často (několikrát do týdne) v počtu 10 respondentů (27,78 %). Odpověď někdy (jednou za týden) zvolilo 9 respondentů (25,00 %). Kategorii s možností blíže specifikovat zvolilo 7 respondentů (19,44 %). V možnosti občas (jednou za měsíc) odpověděli 4 respondenti (11,11 %). Využívané neziskové zařízení neumožní 7 respondentům (19,44 %) vůbec žádný čas pro svou osobu. Prostřednictvím polouzavřené otázky v této dotazníkové položce respondenti mohli blíže specifikovat, jakým způsobem jim neziskové zařízení pomáhá zprostředkovat volný čas pro svou osobu. Zde byla zaznamenána odpověď hlídání dítěte na základě individuální dohody s osobní asistentkou. Dále byli respondenti vyzváni, aby hodnotili poskytované služby a specifikovali služby neziskového zařízení, které postrádají. Většina z celkového počtu 36 respondentů je spokojena s nabízenými službami ve stávající kvalitě a rozsahu. 12 respondentů specifikovalo služby, které postrádají (Obr. 2).

Otázka č. 18: Existuje nějaká konkrétní služba, která Vám ve využívaném zařízení chybí a Vy ji potřebujete?



Obr. 2 Grafické znázornění dotazníkové specifikace dotazníkové položky č. 18 vyhodnocující služby neziskových zařízení, které rodiče pečující o dítě s autismem považují za chybějící

Celkem 12 respondentů (100 %) specifikovalo chybějící služby ve využívaném neziskovém zařízení. Nejvíce chybějící službou pro rodiny pečující o dítě s autismem je odlehčovací služba, uvedena 4 respondenty (33,33 %). Příměstský tábor uvedli 2 respondenti (16,67 %). Chybějící možnost zajištění hlídání dítěte přes noc zvolil za odpověď 1 respondent (8,33 %). Chybějící možnost hlídání dětí uvedl 1 respondent (8,33 %). Absenci zařízení vodní vířivky či bazénu vnímá 1 respondent (8,33 %). Zájem o terapii, například o rodinnou psychoterapii, projevil 1 respondent (8,33 %). Nacvičovat ve využívaném neziskovém zařízení rozvoj komunikace u dítěte měl zájem 1 respondent (8,33 %). Pomoc dítěti v navázání přátelského vztahu s vrstevníky by potřeboval 1 respondent (8,33 %). Dále respondenti uvedli celkem 21 přínosů, které jim nezisková zařízení přináší (Tab. 1).

Tab. 1 Statistické vyhodnocení dotazníkové položky č. 19, co nejvíce respondenti ve využívaném neziskovém zařízení oceňují

Možnosti odpovědí k hodnocení pozitivních stránek využívaného neziskového zařízení	Absolutní četnosti	Relativní četnosti fi (%)
Odborná pomoc	12	21,80
Vstřícný přístup	8	14,54
Nalezení podpory	7	12,72
Ochota pomoci	5	9,09
Úžasný personál	3	5,45
Individuální přístup	2	3,64
Umožnění rodičovských skupin	2	3,64

Příjemné prostředí	2	3,64
Poskytované služby	2	3,64
Kvalitní přístup	1	1,82
Začlenění dítěte do kolektivu	1	1,82
Umožnění hlídání dítěte	1	1,82
Přístup sociálních pracovníků	1	1,82
Trpělivost personálu	1	1,82
Vedoucí pracovník v neziskovém zařízení	1	1,82
Práce s klienty	1	1,82
Nalezení vhodného místa pro dítě	1	1,82
Cením si všeho	1	1,82
Z části hrazeného pobytu (granty)	1	1,82
Lidský přístup	1	1,82
Komunikace	1	1,82
n	55	100,00

Mezi nejčastěji uváděné přínosy náleží odborná pomoc, vstřícnost, nalezení podpory, ochota pomoci a individuální přístup. Na dotaz negativních připomínek k práci zaměstnanců z celkového počtu 36 respondentů (100 %) odpovědělo 34 (94,44 %), že nemají žádné připomínky k práci zaměstnanců, a pouze 2 respondenti (5,56 %) uvedli, že připomínky k práci zaměstnanců mají. Z této výzkumné otázky je patrné, že jsou rodiče spokojeni s přístupem a odváděnou prací pracovníků ve využívaném neziskovém zařízení.

Diskuze

Rodiče pečující o dítě s autismem u pracovníků neziskového zařízení nacházejí pomoc, porozumění a individuální přístup pracovníků. Většina rodin je spokojena s informovaností o odborné péči pro své dítě s poruchou autistického spektra a zařízení je pro rodinu podporou, obzvláště na začátku po zjištění diagnózy rodiče vítají každou informaci a pomoc.

Péče o dítě s poruchou autistického spektra je pro rodiče nesmírně psychicky vyčerpávající a náročná, což potvrzují ve svých odpovědích respondenti výzkumu svým požadavkem na rozšíření jejich podpory o nabídku respitní služby. Jak uvádí ve své práci Krahulcová (2008), středisek, která by měla přímo ve svém názvu respitní péče, je v České republice velice málo. Často však tato péče bývá poskytována jinou službou (např. stacionáře, osobní asistence, pečovatelské služby), jejíž náplň se shoduje s posláním péče respitní.

Závěr

Podpora rodin pečujících o dítě s poruchou autistického spektra je součástí širokého spektra sociálních i zdravotních služeb nabízených neziskovými organizacemi rodinám v nepříznivé životní situaci. Většina rodin je ve využívaných zařízeních s nabídkou služeb spokojena, váží si odborné péče pracovníků. Zároveň by uvítala, pro větší pocit spokojenosti, rozšíření možnosti podpory o nabídku odlehčovací (respitní) služby. Ze závěru našeho výzkumného šetření vyplývá doporučení pro praxi zaměřit se na možnosti nabídky služeb

k odlehčení každodenní zátěže pečujícími rodinám o děti s autismem. Umožnit rodičům chvíle pro vlastní život, volný čas a znovuoobnovení sil pro další péči.

Etické aspekty a konflikt zájmu

Při provádění výzkumného šetření se postupovalo podle etických zásad. Od provozovatelů neziskových zařízení se získaly informované souhlasy o umožnění výzkumného šetření. Vyplněním dotazníku respondenti souhlasili s účastí ve výzkumném šetření. Byla dodržena anonymita respondentů.

Bibliografické odkazy

ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2006 [cit. 2015-07-11].

Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/108_2006_2015.pdf

HAMLOVÁ, Dana, 2004. *Životní spokojenost: rodina, práce a další faktory*. Praha: Sociologický ústav Akademie věd ČR. ISBN 80-7330-063-X.

KRAHULCOVÁ, Anna, 2008. *Význam odlehčovacích služeb pro rodiny pečující o dítě s těžkým postižením, zaměřeno na středisko Eliada*. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií. Vedoucí diplomové práce Mirka Nečasová.

MAREŠOVÁ, Jana, 2015. *Zdravotně sociální podpora rodin pečujících o dítě s autismem*. Pardubice. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí bakalářské práce Barbora Faltová.

NOVOSAD, Libor, 2000. *Základy speciálního poradenství*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-197-5.

THOROVÁ, Kateřina, 2006. *Poruchy autistického spektra: dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom, dezintegrační porucha*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-091-7.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2008. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumníků*. Vyd. 4. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-414-4.

ZEZULOVÁ, Marie, 2015. *Vliv respitního pobytu na dítě s PAS* [online]. Brno. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí bakalářské práce Soňa Chaloupková [cit. 2015-02-01]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/407107/pedf_b/

Bc. Jana Marešová

Fakulta zdravotnických studií

Univerzita Pardubice

e-mail: jana.maresova2@student.upce.cz

Mgr. Barbora Faltová

Fakulta zdravotnických studií

Univerzita Pardubice

e-mail: barbora.faltova@upce.cz

Zdravotně-sociální práce v transnitním táboře pro migranty

Nová, M.

Husitská teologická fakulta, Univerzita Karlova v Praze

Abstrakt

Úvod: Příspěvek pojednává o práci humanitárních pracovníků v zahraničí v souvislosti s humanitární prací v uprchlických táborech (Rakousko, Slovinsko, Turecko, Makedonie, Libanon). Autorka se argumentačně opírá i o své zkušenosti z humanitární pomoci nejenom z uprchlického tábora, ale i ze zemí zasaženými přírodními katastrofami.

Cíl: Představení kvalitativního výzkumu a poukázání na aspekt osobní zátěže humanitárních pracovníků.

Metodika: Zvolen byl kvalitativní výzkum a technika polostandardizovaného rozhovoru.

Výsledky: Z rozhovorů je viditelný rozdíl mezi profesně mladšími a staršími pracovníky, a to nejen z hlediska přístupu k práci, ale především z vlastní sebereflexe. U profesně starších pracovníků převládá náhled na potřeby při humanitární práci, jsou zkušenější a vědí, co mohou čekat od sebe i své vysílající organizace a po návratu domů nevyžadují jakoukoli odbornou péči o sebe.

Závěr: Cílem výzkumu bylo zjistit, jak ovlivňují zahraniční humanitární práce humanitárního pracovníka. Z výsledků výzkumu lze tedy vyvodit, že dlouhodobé mise jsou zátěží především z důvodu dlouhodobého odloučení od rodiny a přátel. Také každodenní žití v neobvyklých životních podmínkách. Je tedy důležité odjíždět a mít srovnané zásadní věci, jako např. vztahy, rodinné zázemí, osobní problémy atd. Prostředí, ve kterém je humanitární práce vykonávána, je sice různorodé, ale především tato různorodost od humanitárních pracovníků vyžaduje schopnost a ochotu se přizpůsobit, být připraven na měnící se podmínky a schopen na ně adekvátně reagovat.

Klíčová slova: humanitární práce, humanitární pracovník, psychická zátěž, sebereflexe

Abstract

Introduction: The presentation looks at the agenda that humanitarian workers have to pursue while being deployed abroad, particularly in the Austrian, Slovenian, Turkish, Macedonian and Lebanese refugee camps. The author supports her arguments with direct experience of humanitarian aid gained while working in a refugee camp near the Slovenia-Croatia border.

Aim: To introduce the qualitative research being conducted and to explore the burden placed on individual humanitarian workers.

Method: The effort relied on qualitative research and the technique of semi-standardized interview. The interview was pre-structured and the topics relevant to the research were also chosen in advance.

Results: The interviews indicated a distinct difference between younger persons with limited professional experience and more seasoned older staff members – not only in their approach to the job, but primarily in their capability of self-reflection. The more seasoned people are able to see their humanitarian mission in broader terms, they are experienced

and well aware of what they can expect of themselves and of the organization that deployed them. When back home, they do not claim any special care for themselves.

Conclusion: The research was to find out in which way the humanitarian work done abroad affects those who are engaged in it. The results lead us to believe that lengthy missions are burdensome particularly due to long separation from family and friends, aggravated by daily routine in unfamiliar living conditions. Consequently, before leaving for a mission, the workers should have the essential matters of their life settled, especially family and other relationships, personal problems and the like etc. Since the environment wherein the humanitarian activities are performed is greatly diversified, the workers should be flexible enough to adjust themselves to whatever changes they might encounter and should be prepared to respond to them adequately.

Keywords: humanitarian aid, humanitarian workers, mental burden, self-reflection

Úvod

Humanitární práce je aktuální součástí dnešního světa. I když se profese humanitárního pracovníka již několik posledních let etabluje na pracovním trhu a dochází k její profesionalizaci, tak stále vyvstává, kdo je a jaký má být humanitární pracovník. V ČR se kontinuální přípravou těchto pracovníků v porovnání s jinými zeměmi EU věnuje pouze pět neziskových organizací. Pokud však má být humanitární pracovník schopen svou činnost vykonávat účinně a efektivně, potřebuje přípravu a získat určité kompetence pro výkon tohoto povolání (Walker a Maxwell, 2008; Walker, 2010). Tato skutečnost je ještě zvýrazněna faktem, že humanitární práce často reaguje na náhlé krize a katastrofy, a tak důkladná příprava je nezbytná pro adekvátní reakci.

Specifika humanitární pomoci

Gushulak (2011) uvádí několik aspektů profese humanitárního pracovníka, se kterými se pracovníci setkávají v každodenním životě: vystavení nepříznivému prostředí souvisejícímu s humanitární katastrofou, mnoho hodin v práci, poškozená nebo chybějící infrastruktura v místě práce, omezená dostupnost potravy, vody, dopravních či zdravotních služeb, snížená úroveň ochrany a bezpečnosti, stres, nutnost řešit etická dilemata v souvislosti s omezenými zdroji a potřebou pomoci.

V rámci takových podmínek pak musí humanitární pracovník čelit řadě rizik, která ohrožují nejen jeho práci, ale především jeho samotné zdraví či život. Autoři McCormack, Joseph a Hagger (2009) uvádějí hlavní rizika, kterým jsou vystavováni humanitární pracovníci: „smrt, nemoc a psychické poruchy.“ Jde tedy o velmi náročné pracovní podmínky, které zatěžují psychickou stránku osobnosti humanitárního pracovníka. S tím také souvisí stres, kterému je humanitární pracovník často vystaven dlouhodobě.

Profil humanitárního pracovníka je nejednoznačně vymezený. Svým charakterem náleží do kategorie povolání „pomáhající profese“. Dle autora Kolínského (2015), který tvrdí, „... že, u většiny lidí sice panuje představa, že vykonávat toto povolání může každý, kdo má dobré srdce, ale toto povolání obsahuje tolik specifík, že mít 'jen' dobré srdce a nic víc nestačí.“ S tímto tvrzením se také ztotožňuje na základě praxe i autorka příspěvku.

Publikace od organizace Network of Humanitarian Assistance (NOHA) (1998) nabízí přehled deseti osobních znaků, které by měl potencionální či profesionální humanitární pracovník splňovat:

1. vytrvalost a schopnost práce;
2. interpersonální a interkulturní komunikační dovednosti;
3. schopnosti alternativního, laterálního myšlení;
4. pozitivní, demokratický a participativní postoj;
5. odpovědnost k organizaci, jejím cílům a k lidem;
6. odolnost vůči vyčerpanosti, frustraci a stresu;
7. sebeovládání a schopnost vést lidi a zvládat vzniklé situace;
8. schopnost rozhodování, dynamika a iniciativa;
9. nesobeckost a služba pro druhé;
10. čestnost, zodpovědnost a pozitivní sociální hodnoty.

Kolínský (2015) dále pojednává o dalších vlastnostech, kterými jsou např. schopnost reflektovat sebe i svoji činnost, tolerantnost, otevřenost jiným názorům, schopnost posoudit, kterou práci je lépe delegovat na druhé a v neposlední řadě být připraven to, že některé situace v rámci poskytované pomoci nebude moci vyřešit.

Pracovní pozice humanitárního pracovníka není určena každému typu charakteru člověku a vyžaduje určité předpoklady pro práci. Především je to vyzrálá osobnost, logické uvažování, schopnosti operačního myšlení, vzdělání i ve všeobecném společenském přehledu, adaptabilita na nové prostředí. Současně vedle odborné kvalifikace umět se také pohybovat, tzv. mezi obory a být schopen zasadit svoji práci do činností, které vykonávají jiní členové týmu. Taktéž autorka uvádí, že nelze vykonávat pracovní pozici humanitárního pracovníka v dlouhodobém měřítku několika let, z důvodu velké psychické zátěže a dopadu na zdraví.

Vykonávat práci humanitárního pracovníka vyžaduje vytrvalost, trpělivost než plnění snů a romantických ideálů (NOHA, 1998). Za nezbytnost pro výkon tohoto povolání je považována schopnost navázat lidské vztahy se zasaženou populací, schopnost přizpůsobit se místnímu kulturnímu a sociálnímu kontextu, chápání socio-politické situace a schopnost navázat vztah jak s místními autoritami, tak dalšími skupinami, které mají důležité slovo v komunitě, ve které pomáháme (NOHA, 1998).

Hlavním faktorem života na humanitárních pracích je podstata humanitárních misí, což je krize. Krize, při které přicházejí lidé o životy, zdraví, majetek a tím přichází o život, který žijí. Pracovníci v humanitárních misích čelí následkům takových krizí a musí být tak schopni se s takovou realitou vyrovnat.

Kolínský (2015) uvádí jako jednu z důležitých vlastností schopnost péče o sebe a schopnost přiznat si, že tuto péči potřebuje. Pracovníci by měli znát sami sebe natolik, aby věděli, na jakou práci se hodí a která práce je už mimo jejich dosah a být schopni ji delegovat na jiné. Nezbytností v profilu humanitárního pracovníka je schopnost pracovat v jiném prostředí. Humanitární práce je téměř vždy vykonávána v odlišném prostředí, než ve kterém pracovník žije a pracuje. Často se pracovníci ocitnou ve zcela odlišném environmentálním prostředí – jiné klima, přírodní podmínky, jiné socio-kulturní podmínky – především odlišné vztahy mezi muži a ženami, vztahy k menšinám, k hendikepovaným, rasové vztahy

apod. Součástí profilu je odolnost vůči časovému tlaku, který je v rámci humanitárních prací náročný.

Cíl

Představení kvalitativního výzkumu a poukázání na aspekt osobní zátěže humanitárních pracovníků.

Metodika

Zvolená byla metoda kvalitativního výzkumu a technika pozorování a rozhovor. Metoda využívá induktivní logiku, jak popisuje Hendl (2008), z pravidelnosti pozorovaných událostí odvozuje obecné pravidlo. Následovně výzkumník pátrá po pravidelnostech v těchto datech, po významu těchto faktů (Disman, 2002).

Výhodou typu rozhovoru polostandardizovaného se ukázala v rovině flexibility, možnosti situačně zareagovat, doptávat se, vytvářet v průběhu rozhovoru nová témata.

Ve výzkumu bylo 10 humanitárních pracovníků, kteří pracovali na pozici zdravotně-sociálních pracovníků (6 mužů a 4 ženy ve věkovém rozmezí 19–63 roků). Výzkumným vzorkem tedy byla skupina humanitárních pracovníků, kdy každý z nich musel alespoň již jedenkrát absolvovat zahraniční humanitární pobyt (misi) a v současné době působí anebo se vrátil z humanitární práce v uprchlickém táboře (pozn. respondenti působili nebo působí v uprchlických táborech tranzitním nebo v tzv. hotspot v Rakousku, Slovinsku, Turecku, Makedonii, Libanonu).

Výsledky

K interpretaci kvalitativních dat autorka zvolila techniku transkripce. Z rozhovorů vyplynul rozdíl mezi profesně mladšími a staršími pracovníky, a to nejen z hlediska přístupu k práci nebo vlastní sebereflexi, ale i z hlediska toho, že mladší pracovníci vyžadují po svém návratu supervizi, psychologa, který poskytne hlubší sebereflexi. U profesně starších pracovníků převládá náhled na práci, v profesi působí dlouho, jsou zkušení, vědí, co mohou čekat od sebe i od vysílající organizace, nevyžadují následně odbornou péči o sebe po návratu.

Z výsledků rozhovorů s respondenty vyplynuly tyto nejvýznamnější strategie zvládnání zátěže v rámci pobytu na humanitární práci (pozn. respondent mohl uvést více strategií zátěže):

- zvýšené užívání návykových látek (pravidelně používání alkoholu, piva, vína v omezené míře denně) uvedli 4 respondenti;
- denní nutnost cigarety (8 respondentů);
- káva (9 respondentů);
- možnost sdílení s kolegy v humanitárním týmu (10 respondentů);
- možnost telefonického, e-mailového spojení s rodinou či přáteli doma (10 respondentů);
- možnost mít fyzickou zátěž (4 respondenti uvedli pravidelné cvičení a běh);
- pro věřící pracovníky je nepostradatelnou strategií jejich spiritualita, modlitba, návštěva kostela (tuto skutečnost uvedlo 7 respondentů).

Specifické prostředí a podmínky, za kterých humanitární pracovníci vykonávají svoji činnost, výrazně ovlivňuje jejich osobu. Vliv lze pozorovat především po stránce fyzické, psychické a sociální. Toto prostředí tak klade na humanitárního pracovníka určité nároky,

z nichž vycházejí požadavky na připravenost humanitárních pracovníků v oblasti znalostí, dovedností, postojů či zkušeností.

Po fyzické stránce působí na humanitární pracovníky především pobyt v nestandardních podmínkách a zdravotní nebezpečí. Humanitární pracovníci tak musí být ochotni jak snížit svůj životní standard, tak podstupovat určitá rizika, bez nichž se tato práce neobejde. Dle respondentů je důležitá v tomto ohledu příprava, neboť člověk v krizových situacích a v případě bezprostředního ohrožení reaguje často jinak, než by si sám za normálních okolností myslel. Také je zřejmé, že humanitární pracovníci musí brát značný ohled na svou bezpečnost a naučit se minimalizovat veškerá rizika. Dle respondentů by tak humanitární pracovník měl být velmi obezřetný, neboť by mohl svým chováním vystavit nebezpečí i kolegy a celý tým.

Po psychické stránce na humanitárního pracovníka působí stresující faktory, vyplývající především z nutnosti být neustále v konfrontaci s lidským utrpením. Taktéž se stává, že práce se nedaří tak, jak by si sám humanitární pracovník představoval, a skutečnost, že nelze vyřešit všechny problémy a zachránit všechny od problémů. Následně tak může vzniknout syndrom vyhoření u humanitárního pracovníka či vznik hlubších psychických problémů. Jako prevenci doporučují respondenti opět důkladnou přípravu, dostatečné množství zkušeností a především psychickou vyrovnanost, což si také často ověřují vysílající neziskové organizace psychologickými testy.

Sociální stránka osobnosti humanitárního pracovníka je zatížena absencí běžných sociálních kontaktů, na které je zvyklý ze svého přirozeného prostředí. Obecně odlišná kultura a sociální struktura je pro humanitární pracovníky velmi náročná a trvá delší dobu, než proniknou do vazeb, které v této společnosti fungují, uvědomí si kulturní rozdíly ve vnímání hodnot, norem a celkového pohledu na situaci, která bývá z pohledu místních lidí často odlišná. Taktéž vznikají mnohdy i velmi náročné situace na komunikaci jak verbální tak i neverbální, a to i v případech, kdy pracovník zná místní jazyk, nebývá dle respondentů místními vždy přijat, neboť není příslušníkem této komunity. Vyrovnat se s touto skutečností lze pomocí partnerské spolupráce s místními lidmi, kteří mohou sociální vazby lépe vysvětlit a zprostředkovat. Současně musí být humanitární pracovník velmi otevřený a tolerantní, a to i když některé okolnosti odporují jeho hodnotovému žebříčku. Etnocentrismus nevede k účinné pomoci.

Autorka na základě dlouhodobé působnosti a zkušeností z humanitárních prací, dále z výzkumu, který zrealizovala, se domnívá, že humanitární pracovník by se měl orientovat jak v psychosociálních vědách, tak v teorii managementu a finančního řízení. Všichni respondenti zdůraznili nutnost přehledu v mezinárodním dění a dále v historických i aktuálních souvislostech, dostatečné socio-kulturní znalosti daného regionu, ve kterém působí.

Jako zátěžové faktory respondenti uvádějí očekávání vedení organizace v sídle v ČR nebo chvíle, kdy vedení organizace v ČR identifikuje potřeby a postupy práce jinak než pracovníci v terénu. Dále medializaci problémů některých médií v ČR. Na pracovníky působí odlišná kultura a prostředí, ze které plynou rozdíly ve vnímání času a taktéž tuto skutečnost respondenti uvádějí za zátěžovou při výkonu své práce. Pět respondentů se shodlo, že zažili zneužívání pomoci a momenty, kdy se cítili v těchto chvílích bezmocně. 4 respondenti uvádějí, že byl pro ně za zátěžový faktor tým kolegů, který nefungoval. Ostatních 6 respon-

dentů uvedlo, že vždy pracovali v týmech založených na výborných kolegiálních vztazích a tuto skutečnost považují za velmi podstatnou při své práci.

Výsledky výzkumu umožnily poznat stanoviska respondentů, jakož i jejich doporučení do praxe. Zjištěná stanoviska budou využita v dalších fázích chystané vědecké práce autorky.

Diskuze

Doporučení do potencionální výzkumné práce autorka uvádí, že za zajímavé by bylo, kdyby do výzkumu byli zahrnuti i zahraniční humanitární pracovníci, kteří mají zkušenosti s působením ve velkých celosvětových humanitárních organizacích, kde profesionální příprava pracovníků před odjezdem a péče po příjezdu, v podobě supervizí, je považována za standardní.

Zkušenost z předchozí práce v humanitární oblasti je tedy ideální, ale to znamená, že musíme někde získat první zkušenost – jedna z možností je i praxe během studia či stáž po studiu, kdy potencionální humanitární pracovník získává zkušenosti od nejnižších pozic, ale zároveň má možnost mnohem se přiučit. Neopomíjíme taktéž zkušenosti v českém prostředí, např. humanitární práce na povodňových pracích.

Prostředí, ve kterém je humanitární práce vykonávána je sice často různorodé, právě tato různorodost však od humanitárních pracovníků vyžaduje schopnost a ochotu se přizpůsobit, být připraven na měnící se podmínky a schopen na ně adekvátně reagovat. Musí být ochotný přistoupit na určité riziko, ale zároveň se vyhybat nebezpečí. Elementárním požadavkem je také psychická odolnost, která umožní humanitárnímu pracovníkovi nejen žít, ale i efektivně pracovat v krizovém prostředí bez běžných sociálních kontaktů, na které je zvyklý (Blanchetiere, 2006).

K lepšímu výběru potencionálních humanitárních pracovníků mohou být psychologické testy již v rámci přijímajícího řízení, neboť psychická odolnost a vyrovnanost je jedním ze základních předpokladů pro výkon této práce.

Z realizovaného výzkumu nám všech 10 respondentů zmínilo skutečnost, že jejich psychická odolnost se vyvíjí s časem a získanými zkušenostmi.

Respondenti tohoto výzkumu zmiňují potřebu dobrého kolektivního týmu, umění sebereflexe a autovize (autosupervize). Autovize, která je uváděná jako nejtěžší supervize, jelikož již vyžaduje zkušenosti a znalost sám sebe. Pracovník sám sobě klade užitečné otázky, na které hledá odpovědi. Všimá si svých postupů, pocitů a tělesných reakcí při práci. Borders a Leddick (in Havrdová, 1999) nabízejí pro tento proces tyto otázky: „Co jsem slyšel, že můj klient říká, a co jsem viděl, že dělá?, Co jsem si myslel a co jsem cítil o svém pozorování?, Jaké jsem měl alternativy, co říct a udělat v tomto moment?, Jak jsem si mezi nimi vybral?, Jak jsem měl v úmyslu pokračovat se zvolenou možností reakce?, Co jsem skutečně udělal?“

Závěr

Za praktické, dle názoru autorky, by byla vhodná koordinace teoretické i praktické přípravy potencionálních humanitárních pracovníků, které by bylo možné v případě humanitární katastrofy využít, dle jejich specializace a potřeby pomoci v místě katastrofy. Někteří respondenti hovoří ve prospěch specializace na konkrétní oblast či profesi a v té by pak

humanitární pracovník měl působit v rámci humanitární práce, což zdůrazňuje především krátké profesně orientované vzdělávací kurzy. V České republice již máme pozici povodňových koordinátorů.

Z realizovaných rozhovorů vzešly některé poznatky, které mohou být porovnávány s jinými výzkumy, dochází tak následně ke shodným závěrům. Z výsledků shodně vyplynulo, že je důležitá osobnost pracovníka, jeho zkušenosti, umění vlastní sebereflexe a zázemí, které mu vytváří jeho vysílající organizace v místě pobytu.

Bibliografické odkazy

- BLANCHETIERE, P. *Resilience of humanitarian workers* [online]. 2006. [cit. 2016-02-01]. Dostupné z: <http://www.peopleinaid.org/pool/files/pubs/resilience-of-aid-workers-article.pdf>
- DISMAN, M., 2000. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. Vyd. 3. Praha: Karolinum. ISBN 8024601397.
- GUSHULAK, B. D. *Humanitarian Aid Worker* [online]. Centers for Disease Control and Prevention, 2011. [cit. 2016-02-01]. Dostupné z: <http://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2012/chapter-8-advising-travelers-with-specific-needs/humanitarian-aid-workers.htm>
- HAVRDOVÁ, Z., 1999. *Kompetence v praxi sociální práce*. Praha: Osmium. ISBN 80-902081-8-5.
- HENDL, J., 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 8073670402.
- KOLÍNSKÝ, P., 2001. *Dobrovolník humanitární pomoci* [online]. 2015 [cit. 2016-02-01]. Dostupné z: <http://www.unesco-kromeriz.cz/sbornik2001/kolinsky.htm>
- MCCORMACK, L., JOSEPH, S. a HAGGER, M. S., 2009. Sustaining a positive altruistic identity in humanitarian aid work: A qualitative case study. *Traumatology*. **15**(2), 109–118.
- McQUAIL, Denis, 2002. *Úvod do teorie masové komunikace*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 80-7178-714-0.
- NETWORK OF HUMANITARIAN ASSISTANCE, 1998. *Management in humanitarian assistance*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. ISBN 92-828-2482-9.
- WALKER, P. a kol. *Professionalising the humanitarian sector: A scoping study*.
- ERLHA: *Enhancing Learning and Research for Humanitarian Assistance* [online]. 2010. [cit. 2016-02-01]. Dostupné z: http://www.elrha.org/uploads/Professionalising_the_humanitarian_sector.pdf
- WALKER, P. a MAXWELL, D. G., 2008. *Shaping the humanitarian world*. New York: Routledge. ISBN 9780415773706.

PhDr. Monika Nová
Husitská teologická fakulta
Univerzita Karlova Praha
e-mail: monika.merotska@seznam.cz

Interní audity z pohledu všeobecných sester

Ochtinská, H.; Paprštejnová, M.; Špičková, N.

Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice

Abstrakt

Úvod: Audity představují systematické vyhodnocení stávající situace. Jsou jedním z nástrojů zvyšování kvality péče, na kterou se v dnešní době klade větší důraz. V praxi se stále setkáváme s rozdílnými pohledy na interní audit.

Cíl: Cílem šetření je porovnání znalostí v oblasti interních auditů u všeobecných sester mezi akreditovaným a neakreditovaným zdravotnickým zařízením, zjistit, zda všeobecné sestry provádějí změny před blížícím se auditem a co od nich očekávají a zda u nich interní audit nebo vědomí blížícího se auditu vyvolává stres.

Metodika: Vzorek respondentů byl osloven v jedné akreditované (40) a jedné neakreditované (36) nemocnici na interních a chirurgických odděleních. Průzkumné šetření probíhalo pomocí strukturovaného dotazníku vlastní konstrukce. Pro zpracování výsledků byly použity statistické metody absolutní a relativní četnosti.

Výsledky: Z porovnání obou zdravotnických zařízení vyplynulo, že respondenti z akreditovaného zdravotnického zařízení mají více znalostí o interních auditech a prožívají vyšší míru stresu než respondenti z neakreditovaného zdravotnického zařízení. Dále jsme zjistili, že respondenti z obou zařízení stále provádí změny před plánovaným auditem.

Závěr: Z výsledků práce vyplývá nutné zvyšování informovanosti všeobecných sester o interních auditech. Musí být přesvědčeny, že interní audity nejsou strašákem, ale pomocníkem, a snížit tak míru stresu, kterou vyvolávají.

Klíčová slova: Interní audit, kvalita, ošetrovatelský standard, stres

Abstract

Introduction: Audits represent the systematic evaluation of the current situation. They are one of the tools improving the quality of care, increasingly putting emphasis on it nowadays. We still meet with different views on internal audit in practice.

Aim: The objective is the knowledge comparison in the area of internal audits for general nurses working in accredited medical facilities, and non-accredited to determine whether the general nurses carry out changes before the impending audit and whether the internal audit or consciousness of approaching the audit raises the stress.

Method: The sample of respondents was approached in one accredited (40) and in one non-accredited (36) hospital at internal and surgical wards. The research was done by using a structured questionnaire investigation of our own construction. The statistical methods with the absolute and relative frequencies were used in processing results.

Results: From the comparison of both health care facilities revealed that respondents from an accredited medical facility have more knowledge on internal audits and they experience higher level of stress than respondents from non-accredited of medical facility. Furthermore, we found that respondents from both facilities still perform the changes before the scheduled audit.

Conclusion: The results of the work show that it is necessary to raise general nurses' awareness of internal audits. They have to become convinced that internal audits are not scarecrow, but they are support reducing the level of stress they raise.

Keywords: internal audit, quality, nursing standard, stress

Úvod

Audit představuje pojem, který není původem český výraz a podle naučného slovníku znamená vyhodnocení nebo průzkum. Historie auditu sahá hluboko do minulosti a v průběhu let vznikala řada definic. Zřejmě první sestrou, která blíže definovala ošetrovatelský audit, byla Florence Nightingaleová (Škrla a Škrlová, 2003, s. 108).

Audity, jak je známe dnes, jsou vyhledávány od poloviny 19. století v důsledku nárůstu účetních informací a zvýšené potřeby zabezpečit spolehlivost účetního systému. Za kolébku auditů legislativně podložených je považována Anglie. Významným mezníkem pro audit v České republice je rok 1994. Od tohoto roku sdružuje interní auditory v České republice Český institut interních auditorů (ČIIA). Úkolem tohoto institutu je systematické vzdělávání interních auditorů (ČIIA, 2015).

V současné době je oblast auditů ve všech odvětvích lidské činnosti velmi diskutovaným tématem. I ve zdravotnictví se s touto problematikou setkáváme čím dál častěji. Audity již tak neodmyslitelně patří do mnoha zdravotnických zařízení a především do systému kontinuálního zvyšování kvality péče. Nehodnotí jen jednu oblast, ale mnoho oblastí, a netýkají se pouze lékařů a všeobecných sester, ale všech zaměstnanců. Pomáhají odhalit i ty oblasti, které potřebují zlepšit. Jsou efektivním nástrojem pro určení indikátorů kvality (Kafka, 2009, s. 14).

Jak uvádí Škrlovi (2003, s. 108), pojem audit si lidé často spojují s osobou finančního auditora, který vyhledává chyby a chybné metody. Vztah zaměstnanců a auditorů je dvojsmyslný. Představuje kombinaci úcty k auditorovi a jeho činnosti a zároveň obavy z auditu. Na sledovaného pracovníka je kladena velká odpovědnost, což se mnohdy projeví psychickým zatížením (Plamínek, 2013, s. 65). Ukončení auditu ale bývá spojeno s pozitivními emocemi, především s pocitem úlevy. Ať už audit vyvolává jakékoliv emoce, stále představuje pouze proces s cílem objektivně vyhodnotit skutečný stav věcí.

Cíl

Cílem šetření je porovnání znalostí v oblasti interních auditů u všeobecných sester mezi akreditovaným a neakreditovaným zdravotnickým zařízením, zjistit, zda všeobecné sestry provádějí změny před blížícím se auditem a co od nich očekávají a zda u nich interní audit nebo vědomí blížícího se auditu vyvolává stres.

Metodika

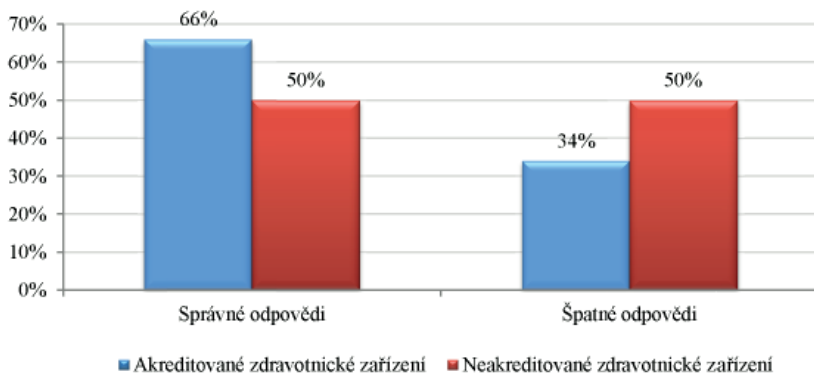
Sběr dat byl realizován pomocí anonymního dotazníku. Při jeho tvorbě jsme vycházeli z diplomové práce s názvem „Interní audity a jejich efektivnost z pohledu sester a interních auditorů“ (Havlíčková, 2012), jejímž výsledkem bylo zjištění, že všeobecné sestry hodnotí interní audity jako účinný nástroj, který vede ke zvyšování kvality poskytované péče. U našeho vytvořeného dotazníku jsme nejprve provedli pilotní šetření, na jehož základě byl dotazník doplněn. Dotazník obsahoval otázky zaměřené na znalosti všeobecných sester,

dotazovali jsme se, co očekávají od interních auditů, jaké změny provádějí před plánovaným auditem a zda pociťují stres v závislosti s blížícím se nebo probíhajícím auditem a jak se s tím vyrovnávají. Dotazník byl rozdělán v období od 1. 1. 2015 do 20. 2. 2015 všeobecným sestram se středoškolským vzděláním a vysokoškolsky vzdělaným sestram. Vybrané zdravotnické zařízení tvořilo jedno akreditované a jedno neakreditované pracoviště. V každém zdravotnickém zařízení bylo rozdělán 90 dotazníků, vždy na interním a chirurgickém oddělení. Z akreditovaného zdravotnického zařízení se vrátilo 50 vyplněných dotazníků, z nichž bylo 40 použitelných. Z neakreditovaného zdravotnického zařízení se vrátilo 40 vyplněných dotazníků, z nichž bylo použitelných 36. Pro vyhodnocení dat jsme použili absolutní a relativní četnost. V grafech je možné vidět modře znázorněné výsledky z akreditovaného pracoviště, červeně z neakreditovaného pracoviště.

Výsledky

Vědomosti o interních auditech a jejich provedení byly hodnoceny ve znalostních otázkách. Zaměřili jsme se na otázky: 1. Co znamená pojem ošetřovatelský audit? 2. Jaký je rozdíl mezi externím a interním auditem? 3. Co vše mohou obsahovat výsledky interních auditů?

Odpověď na první otázku zní, ošetřovatelský audit je vyhodnocení současného stavu vůči standardu. Tuto otázku jsme vyhodnotili správně u 37,5 % respondentů z akreditovaného a u 50 % z neakreditovaného zdravotnického zařízení. U druhé otázky jsme se dotazovali, zda respondenti znají rozdíl mezi externím a interním auditem. Správně odpovědělo 75 % z akreditovaného a 64 % z neakreditovaného zdravotnického zařízení (interní audit je hodnocení prováděné pracovníky dané nemocnice, externí audit je hodnocení prováděné pracovníky jiného zařízení). Na třetí otázku, co vše mohou obsahovat výsledky interních auditů, uvedli respondenti (85 % z akreditovaného zdravotnického zařízení, 36 % z neakreditovaného zdravotnického zařízení): informace o chybách, jejich odstranění, dále doporučení ke změně a procentuální úspěšnost v auditu. Z porovnání výsledků mezi akreditovaným a neakreditovaným pracovištěm vyplývá, že respondenti z akreditovaného zdravotnického zařízení mají lepší znalosti v oblasti interních auditů, a to v 66 %. V neakreditovaném zdravotnickém zařízení mají respondenti nižší znalosti v oblasti interních auditů. Tito respondenti odpovídali správně v 50 %. Grafické znázornění tohoto porovnání je uvedeno na obr. 1.



Obr. 1 Správné odpovědi respondentů na znalostní otázky

Také nás zajímalo, zda vzdělání má vliv na znalosti v oblasti interních auditů. Zjistili jsme, že z počtu 51 všeobecných sester se středoškolským vzděláním z obou zdravotnických zařízení správně odpovědělo 21 (41 %) respondentů a z počtu 25 všeobecných sester s vysokoškolským vzděláním z obou zdravotnických zařízení správně odpovědělo 20 (80 %) respondentů.

Dále jsme se dotazovali, co všeobecné sestry očekávají od interních auditů. V této otázce bylo možné zaškrtnout více možných odpovědí. Po vyhodnocení akreditovaného zdravotnického zařízení jsme zjistili, že 35 respondentů očekává zlepšení kvality péče, 3 respondenti osobní růst, 15 respondentů zlepšení pracovních podmínek, 8 respondentů negativní ovlivnění pracovních podmínek a 3 respondenti negativní ovlivnění kvality péče. V neakreditovaném zdravotnickém zařízení očekává 33 respondentů zlepšení kvality péče, 4 respondenti osobní růst, 16 respondentů zlepšení pracovních podmínek, 3 respondenti negativní ovlivnění pracovních podmínek a 2 respondenti negativní ovlivnění kvality péče (Tab. 1).

Tab. 1 Očekávání od interních auditů

Očekávání od interního auditu	Akreditované pracoviště	Neakreditované pracoviště
	ni	ni
Zlepšení kvality péče	35	33
Osobní růst	3	4
Zlepšení pracovních podmínek	15	16
Negativní ovlivnění pracovních podmínek	8	3
Negativní ovlivnění kvality péče	3	2

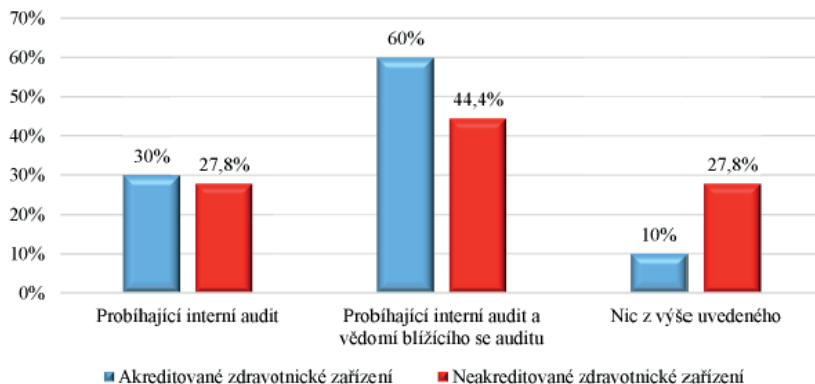
Zajímavé odpovědi jsme získali na otázku, zda všeobecné sestry provádějí dodatečné změny před plánovaným auditem. Z tohoto sledování jsme zjistili, že se změny stále dělají u více jak 40 % respondentů, jak v akreditovaném, tak neakreditovaném zdravotnickém zařízení. Taky nás zajímalo, jaké dodatečné změny všeobecné sestry realizují. U této otázky respondenti měli možnost zaškrtnout více odpovědí. V akreditovaném zdravotnickém zařízení provádí 17 respondentů změny v dokumentaci, 11 respondentů změny v ukládání,

manipulaci s léčivými a dodatečné kontroly expirace pomůcek, po 7 respondentech změny ve způsobu podávání léčiv a dodatečné označování pomůcek. V neakreditovaném zdravotnickém zařízení 15 respondentů uvedlo všechny změny v nabízených odpovědích. Podrobné zpracování všech odpovědí znázorňuje Tab. 2.

Tab. 2 Změny před plánovaným auditem

Změny před plánovaným auditem	Akreditované pracoviště	Neakreditované pracoviště
	ni	ni
Změny v dokumentaci	17	15
Změny v ukládání, manipulaci s léčivými	11	15
Dodatečné kontroly expirace pomůcek	11	15
Změny ve způsobu podávání léčiv	7	15
Dodatečné označování pomůcek	7	15
Neprovádí změny	23	21

V závěru průzkumného šetření jsme se dotazovali, zda všeobecné sestry pocítují stres v závislosti na interním auditu a jak se s ním vyrovnávají. Jelikož jsme měli možnost opět získat data z akreditovaného i neakreditovaného zdravotnického zařízení, tak bylo možné porovnat, ve kterém zařízení interní audit vyvolává stres častěji. Výsledkem je, že v akreditovaném zdravotnickém zařízení uvedlo 12 (30 %) respondentů, že u nich vyvolává stres probíhající interní audit, 24 (60 %) respondentů uvedlo jak vědomí blížícího se auditu, tak samotný interní audit. V neakreditovaném zdravotnickém zařízení odpovědělo 10 (27,8 %) respondentů, že u nich vyvolává stres probíhající interní audit, 16 (44,4 %) respondentů uvedlo jak vědomí blížícího se auditu, tak samotný interní audit (Obr. 2). Ke zvládnutí stresu používají možnosti komunikace, relaxace, sportu, kouření, alkohol, jídla a léků.



Obr. 2 Pocit stresu v souvislosti s interním auditem

Diskuze

Jak uvádí Škrlovi (2008, s. 20), výsledky interního auditu jsou fakta, která uznají lidé, kterých se to týká. Proto znalosti o této problematice jsou důležité. V průzkumu jsme se zaměřili na všeobecné sestry pracující v akreditovaném a neakreditovaném zdravotnic-

kém zařízení. Ze zjištěných výsledků vyplývá, že znalosti této problematiky jsou na obou pracovištích téměř srovnatelné, ale ne uspokojivé. Zajímavé odpovědi byly na otázku, zda všeobecné sestry provádějí změny před plánovaným auditem. Z tabulky 2 je patrné, že všeobecné sestry nějaké změny provádějí. Tento na první pohled negativní jev je však projevem znalosti všeobecných sester. Domníváme se, že všeobecné sestry znají standardy, podle kterých audit hodnotí jejich práci, a tak předem provádí změny ke kladnému hodnocení. Což má i výchovný charakter.

Dále jsme se dotazovali na stres v souvislosti s interním auditem. Z porovnání akreditovaného a neakreditovaného pracoviště vyplynulo, že respondenti akreditovaného zdravotnického zařízení prožívají vyšší míru stresu z probíhajícího auditu a z vědomí blížícího se auditu. Jak uvádí Pauknerová a kol. (2012, s. 65), v dnešní době je jedním z největších zdrojů stresu pracovní prostředí. Stres z pracovního prostředí se nejčastěji objevuje tehdy, je-li na člověku vyžadována velká odpovědnost. V momentě, kdy jedinec nezvládne tlak situace a odpovědnosti, projeví se psychické zatížení. Pokud je toto zatížení dlouhodobé, může se v průběhu pracovního procesu objevovat např. snížení pracovní výkonnosti, zpomaluje se rozhodování a kvalita odvedené práce prudce klesá. Krátkodobé působení zátěže může mít naopak pozitivní vliv. Taková zátěž může motivovat k lepším výkonům a vnímavý aktivní jedinec může pociťovat větší uspokojení z práce.

Závěr

Tato práce byla zaměřena na pohled všeobecných sester na interní audity. Ty neodmyslitelně patří do mnoha zdravotnických zařízení, proto se interní audity staly nedílnou součástí pracovního procesu všeobecných sester. Došli jsme k závěru, že všeobecné sestry z našeho průzkumu mají uspokojivé znalosti o této problematice, dělají změny před probíhajícím auditem a stresuje je probíhající audit a vědomí probíhajícího auditu. Tímto šetřením bychom rádi poukázali na nutnost stále zvyšovat informovanost všeobecných sester v oblasti interních auditů a zdůraznit význam jejich provedení. Také je vhodné vytvářet příjemné pracovní prostředí a snížit tak míru stresu, kterou audit vyvolává (Haluzíková a Římovská, 2010, s. 19).

Etické aspekty a konflikt zájmu

Z hlediska případného konfliktu zájmu jsme neshledali žádné okolnosti, které by základní principy publikování ohrožovaly.

Bibliografické odkazy

HALUZÍKOVÁ, J. a ŘÍMOVSKÁ, Z., 2009. Stres a jak ho zvládat ve zdravotnictví.

In: *Cesta k modernímu ošetřovatelství XI.: sborník příspěvků z konference Ošetřovatelství v roce 2009*. Praha, Fakultní nemocnice Motol.

HAVLÍČKOVÁ, Š., 2012. *Interní audity a jejich efektivnost z pohledu sester a interních auditorů*. České Budějovice, Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Fakulta zdravotně sociální.

INSTITUT INTERNÍCH AUDITORŮ, 2005. *Rámcem profesionální praxe interního auditu*. Vyd. 3. Praha: Český institut interních auditorů. ISBN 80-86689-25-5.

KAFKA, T., 2009. *Průvodce pro interní audit a risk management*. Vyd. I. Praha: C. H. Beck, s.r.o. ISBN 978-80-7400-121-5.

PAUKNEROVÁ, D. a kol., 2012. *Psychologie pro ekonomy a manažery*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-3809-3.

PLAMÍNEK, J., 2013. *Sebepoznání, sebeřízení a stres*. Vyd. 3. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-4751-4.

ŠKRLA, P. a ŠKRLOVÁ, M., 2003. *Kreativní ošetrovatelský management*. Vyd. I. Praha: Advent-Orion, s.r.o. ISBN 80-7172-841-1.

ŠKRLA, P. a ŠKRLOVÁ, M., 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Vyd. I. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-2616-8.

Mgr. Hana Ochtinská

Fakulta zdravotnických studií

Univerzita Pardubice

e-mail: hana.ochtinska@upce.cz

Mgr. Markéta Papršteínová, Ph.D.

Fakulta zdravotnických studií

Univerzita Pardubice

email: marketa.paprsteinova@upce.cz

Bc. Nikola Špičková

Fakulta zdravotnických studií

Univerzita Pardubice

e-mail: nikola.spickova@student.upce.cz

Hodnocení kvality spokojeností pacientů

Pokorná, B.; Holá, J.

Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice

Abstrakt

Úvod: Problematika managementu kvality se v moderních zdravotnických zařízeních stává vědecko-výzkumným tématem a je součástí koordinovaných procesů zdravotní péče s cíli minimalizovat rizika vzniku nežádoucích událostí, vymezovat dobrou praxi. Zvolené téma je součástí dlouhodobého projektu Studentské grantové soutěže Fakulty zdravotnických studií. Téma v tříletém období přineslo řadu poznatků a jeden z výsledků projektu je nastavení metodiky měření spokojenosti pacientů v nemocnicích akutní péče Pardubického kraje. Hodnocení spokojenosti poskytuje zpětnou vazbu managementu každé nemocnici a ukazuje cestu ke zkvalitňování péče směrem ke skupinám ambulantních a hospitalizovaných pacientů a k rodičkám.

Cíl: Cílem příspěvku je stručně popsat proces nastavení metodiky pro vyhodnocování spokojenosti pacientů v nemocnicích akutní péče.

Metodika: Výzkumný rámec zahrnuje konkrétní kroky nastavení dotazníku, nastavení sběru dat, analýzu dat a jejich interpretaci a dále obsahuje validaci dat kontrolním sběrem a validaci dotazníku. Mimo zmíněné zahrnuje evaluaci dotazníku a proces vytvoření dotazníku nového.

Výsledky: Po třech letech byl nastaven nový dotazník pro sběr dat, který byl validován kontrolním šetřením a vlastní evaluací.

Závěr: V současné době nemocnice akutní péče Pardubického kraje používají pro hodnocení spokojenosti pacientů jednodušší dotazník, který je uživatelsky přívětivějším nástrojem pro pacienty i pro vlastní vyhodnocování. Současně také slouží jako komunikační nástroj pro získávání zpětné vazby od pacientů jednotlivých nemocnic. Jednotný nástroj pro sběr dat přináší podklad pro benchmarking jednotlivých nemocnic v rámci jedné organizace.

Klíčová slova: hodnocení spokojenosti, management kvality, pacient

Abstract

Introduction: The management of quality in modern health care facilities has become a scientific research topic; it is a part of the coordinated processes of the healthcare, with the objective to minimize the risk of adverse events, to define a good practice. The chosen topic is part of a long-term project of the student grant competition in the Faculty of Health Studies. The topic of the three-year period yielded a number of findings and one of the results of the project is the methodology for measuring the patients' satisfaction in acute care hospitals in Pardubice region. The satisfaction rating provides a feedback to the management of each hospital and it shows the way on how to improve the quality of care towards ambulatory patient group and hospitalized patients and to pregnant women.

Aim: The aim of this paper is to briefly describe the process of setting up a methodology for evaluating the satisfaction of patients in acute-care hospitals.

Method: The research framework includes specific steps of setting a questionnaire, setting data collection process, data analysis and interpretation of data validation and control the collection and validation of a questionnaire. Beyond that, it includes evaluation of questionnaire and the process of creating a new questionnaire.

Results: After three years, a new questionnaire was set up for collecting data that has been validated by the survey and own evaluations.

Conclusion: Currently, acute-care of hospital in Pardubice region used to assess patient satisfaction simple questionnaire, which is more user-friendly tool for both patients and their own evaluation. At the same time it serves as marketing option. This also currently serves as a communication tool for gathering feedback from patients of individual hospitals. Standard tool for data collection brings the basis for the benchmarking of individual hospitals within the same organization.

Keywords: satisfaction evaluation, quality management, patient

Úvod

Kvalita péče a především té, která je poskytována lékaři, ale i nelékařskými pracovníky, je téma velmi aktuální. Do popředí se dostává nejen mezi samotnými zdravotnickými zařízeními, ale také mezi zdravotníky a laickou veřejností (Koutecký, 2015). Podle Donabediána je kvalitní zdravotní péče takový druh péče, při které lze očekávat maximální užitek pro pacientovo zdraví a kdy očekávaný užitek ve srovnání s náklady je vyšší ve všech fázích léčebného procesu (Bártlová a kol., 2008). Jak uvádí Škrla a Škrlová (2003) kvalita v zdravotnictví znamená splnění určitých požadavků, o kterých rozhoduje klient. Škrla a Škrlová (2003, s. 36) uvádějí, že kvalita v lékařské a ošetrovatelské praxi znamená: „Dělat správné věci správně, na správném místě, se správnými lidmi“. Tuto myšlenku také rozvíjí Gladkij a kol. (2003, s. 364) a doplňují ji o spojení slov: „ve správném čase a napoprvé“.

Pro udržení kvality ve zdravotnickém zařízení je nutné kontinuálně ji monitorovat, hodnotit a zvyšovat. Hodnocením kvality a bezpečí se také zabývá Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví (Škrla a Škrlová, 2003).

Již v roce 2008 byl pokus o zavedení jednotného celorepublikového nástroje měření kvality zdravotních služeb, který byl stanoven Věstníkem Ministerstva zdravotnictví České republiky (dále jen MZ ČR) č. 3/2008. Ke sjednocení metodiky měření kvality zdravotních služeb však nedošlo a tento metodický návod byl zrušen Věstníkem MZ ČR č. 2/2012 (MZ ČR, 2008, 2012). V České republice je hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb zakotveno v legislativě MZ ČR v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (Česko, 2011). V rámci tohoto zákona je poskytovatel rovněž povinen v rámci zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb dle § 47 odstavce 3 písmene b) zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb (Česko, 2011). Vyhláška č. 102/2012 o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče a Věstník MZ ČR č. 16/2015 (MZ ČR, stanovují mimo jiné standard: sledování spokojenosti pacientů (Česko, 2012; MZ ČR, 2015). Podmínky sledování spokojenosti pacientů jsou zde stanoveny pouze obecně. Také jedním ze stanovených standardů spojené akreditační komise je standard sledování spokojenosti pacientů: v nemocnici probíhá sběr a ana-

lýza dat o kvalitě a bezpečí poskytovaných služeb. I zde nejsou blíže stanoveny podmínky pro sledování spokojenosti pacientů (Spojená akreditační komise, 2013).

Mezi konkrétní nástroje k porovnání kvality mezi jednotlivými institucemi slouží např. benchmarking. Cílem je zjistit, v čem spočívá úspěch jiných pracovišť a vylepšit procesy podle vzoru těch nejlepších (Škrála a Škrlová, 2003). Podmínkou srovnání je však využívání stejných indikátorů měření, resp. stejného dotazníku a metodiky. Nástroje musí splňovat základní kritéria ukazatelů dle Gladkého a kol. (2003): dostatečnou validitu, praktičnost, senzitivitu a specifčnost.

Cíl

Cílem projektu bylo nastavit metodiku sledování spokojenosti pacientů tak, aby byla proveditelná v nemocnicích akutní péče u skupin hospitalizovaných i ambulantních pacientů a rodiček. Důležité je, aby zvolená metodika poskytla širší zpětnou vazbu nejen jednotlivým nemocnicím, ale i podklad pro benchmarking a zkvalitňování péče. Vzhledem ke skutečnosti, že všechny dotčené nemocnice patří aktuálně pod jednu organizaci a všechny jsou v současné době akreditované organizací Spojená akreditační komise, bylo nutné vytvořit jednotný nástroj pro sběr dat. Cílem bylo, aby byl dostatečně praktický, snadno dostupný, specifický – tak aby byl schopen zachytit změnu sledovaných jevů, validní – opravdu měří, co měřit má.

Metodika

Základní rámec empirického výzkumu, který měl za cíl nalézt vhodnou metodiku hodnocení spokojenosti pacientů, obsahoval návrh dotazníku, dále sběr dat v šetření 2krát za rok (jaro, podzim jako kontrolní) papírovými anonymními dotazníky, zpracování dat anketním systémem LimeSurvey, analýzu a jejich interpretaci. V dalším období se pro validaci dotazníku a dat provádělo kontrolní šetření přímo v nemocnicích on-line, při kterém se současně ověřovala validita a uživatelská přívětivost dotazníku pro pacienty. Data byla vyhodnocována základní popisnou statistikou pro každou nemocnici a dále se analyzovala v porovnání mezi jednotlivými nemocnicemi kontingenčními tabulkami. Po třiletém používání jednotného dotazníku proběhla analýza nástroje. Dotazník již nevyhovoval základním kritériím: praktičnosti, senzitivě a specifčnosti měřené oblasti. Hodnocení již nepřinášelo nové poznatky a nebylo vhodné svou rozsáhlostí pro zpracování samotnými nemocnicemi. Dotazník byl tedy po rešerši zahraničních dotazníků a expertních rozhovorů s manažery kvality a náměstkyněmi ošetrovatelské péče připraven nový, jednodušší a komfortnější pro pacienty a praktičtější pro zpracování získaných dat. Nový dotazník byl validován kontrolním a evaluačním šetřením v roce 2015.

V letech 2012 až 2014 používaly nemocnice dotazník, který obsahoval 23 otázek. Každý respondent měl možnost v závěru dotazníku uvést slovní připomínky. V úvodu dotazníku jsou uvedeny základní demografické otázky, a to pohlaví a věk respondenta, z důvodu reprezentativnosti dat. Dotazník se zaměřoval na tři hlavní oblasti: přístup personálu, kvalita péče a spokojenost s léčbou a hotelové služby. Odpovědi na otázky byly nominální škály, rozděleny na pozitivní a negativní. Cílovou skupinu tvořili hospitalizovaní pacienti z lůžkových oddělení pěti nemocnic Pardubického kraje. Dotazníky vyplňovali dle skupin při propuštění nebo při návštěvě ambulance. Dotazník byl ve formě tištěné k dispozici přímo na odděleních nebo v elektronické podobě na webových stránkách jednotlivých nemocnic.

Dotazník obsahoval i otázky, které nebyly relevantní k hodnocení spokojenosti. Například dále uvedené otázky: „Ověřoval personál Vaše jméno před podáváním léků nebo prováděnými zákroky? Trpěl/a jste bolestí?“ ne zcela souvisí se spokojeností pacientů, ale spíše se jedná o kontrolu dodržování standardů. Kontrola dodržování standardů přísluší hodnocení jinými nástroji, nikoliv hodnocením spokojenosti pacientů.

V roce 2015 byl poprvé zaveden a hodnocen dotazník nový, obsahující pouze 7 uzavřených otázek. Dotazník obsahuje otázky týkající se základních oblastí spokojenosti: ošetření, srozumitelnost informací, jídla, čistoty, vybavení pokoje/ambulance, na závěr pacienti uvádějí celkové hodnocení a doporučení nemocnice. Odpovědi lze vybírat na stejné hodnotící škále 1 = výborně, 4 = nedostatečně, kdy hodnocení 1–2 spadá do pozitivního pásma a hodnocení 3–4 do pásma negativního. V závěru dotazníku má pacient možnost uvést slovní připomínky a také odůvodnění svého negativního hodnocení. Dotazník prošel validací kontrolním šetřením a evaluací uživatelského komfortu (srozumitelnost, schopnost posoudit význam otázek, vyhovující odpovědní škála, význam hodnocení).

Výsledky

V následujících tabulkách jsou uvedeny příklady hodnocení. Z důvodu zachování anonymity jsou nemocnice pojmenovány písmeny A, B, C, D, E. Tabulky 1 a 2 ukazují hodnocení nevhodné otázky ve srovnání nemocnic v porovnávaných letech 2013 a 2014.

Tab. 1 Kontingenční tabulka odpovědí na otázku k ověření jména 2013 (Koutecký, 2015)

Ověřoval personál Vaše jméno před podáváním léků nebo prováděnými zákroky?

Odpověď	Nemocnice A	Nemocnice B	Nemocnice C	Nemocnice D	Nemocnice E	Celkem
Ano	514	367	223	377	201	1682
	89 %	87 %	89 %	82 %	82 %	
Téměř vždy	57	36	25	60	41	216
	10 %	8 %	10 %	13 %	17 %	
Téměř nikdy	0	14	2	14	3	33
	0 %	3 %	1 %	3 %	1 %	
Nikdy	4	7	1	6	2	20
	1 %	2 %	0 %	1 %	1 %	
Celkem	575	424	251	457	247	1954

Tab. 2 Kontingenční tabulka odpovědí na otázku k ověření jména 2014 (Koutecký, 2015)

Ověřoval personál Vaše jméno před podáváním léků nebo prováděnými zákroky?

Odpověď	Nemocnice A	Nemocnice B	Nemocnice C	Nemocnice D	Nemocnice E	Celkem
Ano	441	275	148	288	152	1304
	92 %	92 %	86 %	85 %	84 %	
Téměř vždy	37	22	18	39	21	137
	7,4 %	7 %	10 %	12 %	12 %	
Téměř nikdy	1	3	7	9	2	22
	0,2 %	1 %	4 %	2,7 %	1 %	
Nikdy	2	0	0	1	6	9
	0,4 %	0 %	0 %	0,3 %	3 %	
Celkem	481	300	173	337	181	1472

Dále jsou uvedeny příklady výsledků hodnocení otázky týkající se základní oblasti spokojenosti. Jedná se o tuto otázku: „Jste spokojen(a) s léčením Vašeho onemocnění?“ Tato otázka byla hodnocena v letech 2012–2014. Výsledky z roku 2013 lze nalézt v tabulce 3. V roce 2014 jsou nemocnice hodnoceny téměř stejně, viz tabulka 4. Pokud sečteme hodnocení z pozitivního pásma, tedy odpovědi ano, spíše ano, zjistíme, že mezi nemocnicemi není výrazný rozdíl. Pokud však budeme hodnotit pouze výsledky odpovědi ano, lze říci, že nejhůře byla hodnocena nemocnice E, jak je patrné z tabulky 3. V roce 2014 jsou nemocnice hodnoceny téměř stejně, jak můžete vidět v tabulce 4.

Tab. 3 Kontingenční tabulka odpovědí na otázku spokojenosti s léčením 2013 (Koutecký, 2015)

Jste spokojen(a) s léčením Vašeho onemocnění?						
Odpověď	Nemocnice A	Nemocnice B	Nemocnice C	Nemocnice D	Nemocnice E	Celkem
Ano	492	376	223	374	186	1651
	86 %	89 %	89 %	82 %	75 %	
Spíše ano	75	40	26	73	54	268
	13 %	10 %	10 %	16 %	22 %	
Spíše ne	5	3	0	4	9	21
	1 %	1 %	0 %	1 %	4 %	
Ne	2	2	1	3	0	8
	0 %	0 %	0 %	1 %	0 %	
Celkem	574	421	250	454	249	1948

Tab. 4 Kontingenční tabulka odpovědí na otázku spokojenosti s léčením 2014 (Koutecký, 2015)

Jste spokojen(a) s léčením Vašeho onemocnění?						
Odpověď	Nemocnice A	Nemocnice B	Nemocnice C	Nemocnice D	Nemocnice E	Celkem
Ano	414	258	145	279	150	1246
	86,07 %	86 %	83,82 %	82,79 %	82,87 %	
Spíše ano	61	40	25	55	28	209
	12,68 %	13,33 %	14,45 %	16,32 %	15,47 %	
Spíše ne	4	1	2	2	3	12
	0,83 %	0,33 %	1,16 %	0,59 %	1,66 %	
Ne	2	1	1	1	0	5
	0,42 %	0,33 %	0,58 %	0,30 %	0,00 %	
Celkem	481	300	173	337	249	1472

V roce 2015 byla hodnocena tato otázka: *Jak jste byla spokojen/a s ošetřením v naší nemocnici?* Hodnocení této otázky pro rok 2015 je uvedeno v tabulce 5. Po sečtení odpovědí z pozitivního i negativního pásma zjistíme nejlépe hodnocenou nemocnici, kterou je nemocnice D, nejhůře hodnocenou nemocnicí je nemocnice E, stejně jako v roce 2013.

Tab. 5 Kontingenční tabulka odpovědí na otázku spokojenosti s ošetřením rok 2015

Jak jste byl/a spokojen/a s ošetřením v naší nemocnici?

Odpověď	Nemocnice A	Nemocnice B	Nemocnice C	Nemocnice D	Nemocnice E	Celkem
1	254	387	117	478	167	1403
	87,29 %	82,69 %	81,25 %	85,82 %	78,40 %	
2	30	75	20	73	30	228
	10,31 %	16,03 %	13,89 %	13,11 %	14,08 %	
3	3	3	3	3	11	23
	1,03 %	0,64 %	2,08 %	0,54 %	5,16 %	
4	4	3	4	3	5	19
	1,37 %	0,64 %	2,78 %	0,54 %	2,35 %	
Celkem	291	468	144	557	213	1673

Protože v roce 2015 bylo provedeno kontrolní šetření a evaluační šetření, je uveden příklad z obou typů šetření. Příklad porovnání výběrového a kontrolního šetření ukazuje tabulka 6. Kontrolní šetření je lehce pozitivnější, pacienti při anonymních odpovědích jsou více kritičtí. Mezi oběma typy šetření nejsou výrazné rozdíly.

Tab. 6 Porovnání normálního a kontrolního šetření 2015

Jak jste byl/a spokojen/a s ošetřením v naší nemocnici?	Normální šetření	Kontrolní šetření	Celkem
1	1403	140	1543
	83,86 %	81,87 %	
2	228	29	257
	13,63 %	16,96 %	
3	23	1	24
	1,37 %	0,58 %	
4	19	1	20
	1,14 %	0,58 %	
Celkem	1673	171	1844

Následující tabulka 7 je ukázkou evaluačního šetření, obsahuje výsledky odpovědí na otázku srozumitelnosti dotazníkové otázky.

Tab. 7 Četnosti pro vybrané otázky z evaluace dotazníku 2015

Je pro Vás formulace otázky č. 6 Jakou celkovou známkou byste hodnotil/a naši nemocnici? srozumitelná?

Odpověď	Počet	Procenta
Ano	135	79 %
Spíše ano	14	8 %
Spíše ne	19	11 %
Ne	3	2 %
Celkem	171	100 %

Diskuze

Hodnocení spokojenosti pacienty není jednoduchá záležitost. Již v publikaci Struka a kol. (2008) autoři uvádí, že „péče o člověka se dostává do konfliktu s člověkem samým. Laik se stále hůře a hůře orientuje v soukolí zdravotnictví. Je tedy otázkou, jak je na tom pacient,

jak vnímáme jeho potřeby a zda je spokojenost pacienta pro nás významným výsledkem péče“. Von Eiff (2015) uvádí, že hospitalizovaný pacient by měl hodnotit to, co je schopen hodnotit, což je značně individuální, ale lze vycházet z předpokladu tzv. minima hodnocení komfortu pacienta, k němuž přispívá především prostředí a sociální klima na konkrétním pracovišti vytvářené chováním a jednáním personálu. Tento autor také upozorňuje na rozdílná subjektivní hodnocení ovlivňovaná aktuální zdravotní kondicí pacienta (Von Eiff, 2015).

Existují také komerční metody hodnocení nemocnic, které svým způsobem využívají již zmiňovanou metodu benchmarkingu. Např. organizace Health Care Institute – HCI. Dotazník této společnosti obsahuje 30 otázek, přičemž je možné dotazník vyplnit přes webové stránky. Vyplněné dotazníky může zaslat kterékoliv zařízení s lůžkovou péčí, nezkoumá se věrohodnost ani platnost výsledků, a na základě hodnocení zařadí hodnocené organizace zařízení do žebříčku hodnocených zařízení. Dalším projektem komerčního hodnocení je projekt Kvalita očima pacientů, při kterém pacienti na každém lůžkovém oddělení zdravotnického zařízení hodnotí celkem 50 indikátorů kvality, které tvoří osm dimenzí kvality lůžkové péče. Výsledkem hodnocení je získání certifikátu „spokojený pacient“, který po vyhodnocení nemocnice získává (Raiter, 2010; Health Care Institute, 2013).

Vzhledem k tomu, že uváděná hodnocení jsou v různé formě za různou úplatu, snaží se management nemocnice nalézt vlastní řešení sledování spokojenosti pacientů. Výše uvedené nástroje pro sledování hodnocení spokojenosti pacientů na komerční bázi se jeví mnoha nemocnicím jako nevhodné, zejména z finančního hlediska, a také nemají možnost benchmarkingu, neboť tyto nástroje nepoužívají všechny.

Dotazník, který v současné době používá společnost Nemocnice Pardubického kraje a.s., je komfortnější pro pacienty. I když není příliš detailní a neřeší všechny situace, při kterých pacient může hodnotit spokojenost či nespokojenost s poskytovanou péčí, se dotazník po validaci a evaluaci ukazuje jako vhodný nástroj pro základní sledování spokojenosti pacientů s péčí. Mimo jiné také slouží jako vhodný nástroj pro komunikaci mezi nemocnicí a pacientem. Jako nástroj je v kontextu hodnocení spokojenosti pacientů dále vhodně doplňován dalšími, např. knihou stížností a statutem nemocničního ombudsmana managementu. Dodržování standardů kvality péče se u všech nemocnic dále kontroluje pomocí interních a externích auditů, které odhalují potenciál ke zlepšení.

Závěr

Nemocnice Pardubického kraje a.s. je společnost, která vznikla k 31. prosinci 2014 a tvoří jí pět nemocnic akutní péče v Pardubickém kraji. Nemocnice využívají k hodnocení spokojenosti pacientů s poskytovanou péčí jednotný nástroj a metodiku. Díky této skutečnosti mají jednotlivé nemocnice společnosti Nemocnice Pardubického kraje a.s. možnost využívat metodu benchmarkingu ke zvyšování kvality péče. Získávají důležitou zpětnou vazbu od pacientů na péči poskytovanou v jednotlivých nemocnicích společnosti a naplňují standard kvality hodnocení spokojenosti pacientů. Mají možnost se navzájem obohacovat o své zkušenosti s dobře fungujícími a osvědčenými postupy, aby mohly svou péčí a poskytovanými službami ovlivňovat šíření dobrého jména nejen jednotlivých nemocnic, ale i celé organizace.

Článek vznikl za podpory projektu Univerzity Pardubice FZSSGS2015001.

Bibliografické odkazy

BÁRTLOVÁ, S. a kol., 2008. *Role sestry specialistky: učební text základního modulu specializačního studia pro sestry a porodní asistentky*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-488-7.

ČESKO. Vyhláška č. 102/2012 Sb. ze dne 22. března 2012 o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2012 [cit. 2016-02-10].

Dostupné z: <https://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=102~2F2012&rpp=15#seznam>

ČESKO. Zákon č. 372/2011 Sb. ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2011 [cit. 2015-2-9].

Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/zdravotni-sluzby6102178611.html>

GLADKIJ, I. a kol., 2003. *Management ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Brno: Computer Press. ISBN 80-7226-996-8.

HealthCare Institute. *O nás* [online]. 2013 [cit. 2016-02-9].

Dostupné z: <http://www.hc-institute.org/cz/o-nas.html>

KOUTECKÝ, V., 2015. *Porovnáni spokojenosti pacientů v nemocnicích Pardubického kraje*.

Pardubice. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií.

Vedoucí diplomové práce Jana Holá. Dostupné také z: https://dk.upce.cz/bitstream/handle/I0195/60577/KouteckyV_HodnoceniSpokojenosti_JH_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Věstník 3/2008* [online]. 2008 [cit. 2016-02-10].

Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/vestnik_2035_1034_3.html

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Věstník 2/2012* [online]. 2012 [cit. 2016-02-10].

Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c2/2012_5970_2510_11.html

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Věstník 16/2015* [online]. 2015 [cit. 2016-02-10].

Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik16/2015_10927_3242_11.html

RAITER, T. O projektu. *Kvalita očima pacientů: Hodnocení nemocnic* [online]. 2010.

[cit. 2016-02-10]. Dostupné z: <http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/O-projektu.html>

SPOJENÁ AKREDITAČNÍ KOMISE, 2013. *Akreditační standardy pro nemocnice*. Vyd. 3. Praha:

Spojená akreditační komise, o.p.s. a TIGIS, spol. s r. o. ISBN 978-80-87323-04-05.

Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz-main/dokumenty/akreditace/>

STRUK P. a kol., 2004. Hodnocení primární péče. *Zdravotnictví v České Republice*. 12, 144–152.

ŠKRLA, P. a ŠKRLOVÁ, M., 2003. *Kreativní ošetrovatelský management*. Vyd. 1. Praha: Advent-Orion, s.r.o. ISBN 80-7172-841-1.

VON EIFF, W., 2015. *International Best Practices in Health Care Management: International Benchmarking and Best Practice Management: In Search of Health Care and Hospital Excellence*. *Advances in Health Care Management* [online]. 17(2), 223–252 [cit. 2016-02-10].

Dostupné z: <http://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/S1474-823120140000017014>

Bc. Barbora Pokorná, DiS.

Fakulta zdravotnických studií

Univerzita Pardubice

email: barbora.pokorna@student.upce.cz

Ing. Jana Holá, Ph.D.

Fakulta zdravotnických studií

Univerzita Pardubice

email: jana.hola@upce.cz

Škála perinatálního zármutku

Ratislavová, K.; Hendrych Lorenzová, E.

Fakulta zdravotnických studií, Západočeská univerzita v Plzni

Abstrakt

Úvod: Škála perinatálního zármutku je diagnostickým prostředkem pro zjištění intenzity zármutku ženy/rodičů po perinatální ztrátě.

Cíl: Hlavním cílem výzkumu bylo využití Škály perinatálního zármutku v České republice. *Dalším cílem bylo srovnat výsledky se zahraničními studii.*

Metodika: Byl proveden kvantitativní výzkum pomocí internetového dotazníkového šetření. Soubor tvořilo 100 žen, které prožily perinatální ztrátu (porod mrtvého plodu nebo časně novorozenecké úmrtí) v České republice mezi lety 2007 a 2014.

Výsledky: Celkový součet bodů Škály perinatálního zármutku se pohybuje mezi 33 a 165 body. Vyšší bodové hodnocení označuje vyšší intenzitu zármutku. Průměrná hodnota intenzity zármutku žen po perinatální ztrátě v České republice byla 88,8 bodů. To je o 1,6 bodu méně než v podobných studiích v USA a o 13,8 bodů více než ve výzkumech prováděných v západní Evropě.

Závěr: Škála perinatálního zármutku se zdá být vhodným instrumentem pro objektivizaci intenzity zármutku žen po perinatální ztrátě v České republice. Tak je možné vyhledat ženy, které jsou při perinatální ztrátě zranitelnější než ostatní a kterým je vhodné poskytnout odborné poradenství nebo podporu zdravotnickým a sociálním systémem.

Klíčová slova: perinatální ztráta, Škála perinatálního zármutku, zármutek

Abstract

Introduction: Perinatal Grief Scale is a diagnostic tool to identify the intensity of grief in women/parents after perinatal loss.

Aim: The main goal of the research was to apply the Perinatal Grief Scale in the Czech Republic and the secondary goal was to compare results with foreign studies.

Method: We performed a quantitative research using an online survey. The group of respondents consisted of 100 women, who experienced perinatal loss (stillbirth or early neonatal death) in the Czech Republic between 2007 and 2014.

Results: The total score of Perinatal Grief Scale varies between 33 and 165 points. Higher scores represent higher intensities of grief. The average intensity of grief in women after perinatal loss in the Czech Republic was 88.8 points. That corresponds to 1.6 points less than in similar studies in the US and 13.8 points more than in studies conducted in Western Europe.

Conclusion: The Perinatal Grief Scale appears to be a suitable instrument to measure intensity of grief in women after perinatal loss in the Czech Republic. It is possible to use the scale to identify women who appear to be particularly vulnerable after the loss and who could especially benefit from receiving professional consultations or support from the healthcare and social systems.

Keywords: perinatal loss, Perinatal Grief Scale, grieving

Úvod

Diagnostickým prostředkem pro zjištění intenzity zármutku ženy/rodičů po perinatální ztrátě je odborníky v řadě zemí doporučována Perinatal grief scale (PGS). PGS byla vyvinuta a validizována v projektu v Leigh Valley a v Pensylvánii mezi roky 1984–1989. Originální škála obsahovala 104 výroků posuzovaných na pětistupňové Likertově škále. Standardizovaný alfa koeficient byl 0,90. Když bylo odebráno 20 otázek, které měly méně než 0,20 korelací, vzrostl alfa koeficient na 0,97. Analýza výsledků výzkumu vedla k vytvoření krátké verze PGS (SVPGS), která obsahuje 33 výroků s alfa koeficientem 0,95. Tuto verzi publikovali Potvin, Lasker a Toedter v roce 1989. SVPGS je určena pro ženy (ale i jejich partnery) po potratu, porodu mrtvého plodu a po úmrtí novorozence. Škála byla přeložena do řady jazyků, je v nich validizována a hodnocena jako vysoce spolehlivá z hlediska vnitřní konzistence. Koeficienty Cronbachova alfa jsou velmi vysoké i přes různé druhy studií, typy ztrát a užití různých jazyků (Toedter et al., 2001, s. 222). Přestože SVPGS byla založena na teoretické dimenzi zármutku, faktorová analýza dat ukázala na tři velmi odlišné struktury, které byly označeny jako subškály: aktivní zármutek, obtížné zvládnání a zoufalství (Toedter et al., 1988; Toedter et al., 2001, s. 208). Tomita a Kitamura (2002, s. 98) uvádí, že škála vykazuje střední až silné korelace se škálou deprese (SCL-90).

Celkový součet bodů SVPGS se pohybuje mezi 33 a 165 body. Vyšší bodové hodnocení označuje vyšší intenzitu zármutku. Hodnota nad 91 bodů označuje možnou psychiatrickou morbiditu. Toedter et al. (2001, s. 220) uvádí, že 97,5 % lidí, kteří se účastnili výzkumů s SVPGS, mělo skóre nižší než 91 bodů. Zdravotníky může tedy vysoká hodnota SVPGS u postižených rodičů upozornit na jejich psychickou zranitelnost po perinatální ztrátě.

SVPGS byla přeložena do českého jazyka pomocí metody translation / back translation. Validizace české krátké verze Škály perinatálního zármutku (CzSVPGS) byla provedena pomocí explorační a konfirmační faktorové analýzy, reliabilita byla posouzena pomocí Cronbachova alfa koeficientu. Bylo zjištěno, že v České republice nelze využít rozdělení škály na tři faktory, ale je možné využít CzSVPGS pouze jako jednofaktorovou škálu se zachováním všech položek původní škály (Ratislavová et al., 2015). Reliabilita tohoto výzkumného nástroje stanovená pomocí Cronbachova alfa koeficientu ($\alpha=0.9545$) indikuje vysokou spolehlivost.

Cíl

Hlavním cílem výzkumu bylo využití Škály perinatálního zármutku v České republice.

Dalším cílem bylo srovnat výsledky se zahraničními studiemi.

Metodika

Soubor tvořilo 100 žen, které prožily perinatální ztrátu (porod mrtvého plodu nebo časně novorozenecké úmrtí) v České republice mezi lety 2007 a 2014. Většina respondentek výzkumu byla v aktivním kontaktu s internetovou diskusní skupinou nebo se svépomocným sdružením rodičů po perinatální ztrátě. Dotazník CzSVPGS spolu s dotazníkem, který byl sestaven výzkumníky a zjišťoval především demografické údaje, byl prostřednictvím organizace Dlouhá cesta projektu Prázdná kolébka poslán e-mailem ženám, které prožily perinatální ztrátu v České republice, s prosbou o účast na kvantitativním výzkumu.

Zároveň byla na internetových stránkách projektu uveřejněna výzva k účasti na výzkumu s motivačním dopisem a odkazem na dotazník umístěný na internetu. V záhlaví dotazníku byl popsán postup k jeho vyplnění, byly podány informace o výzkumnících, cílech a způsobu zpracování dotazníků. Ženy byly v úvodu dotazníku upozorněny, že vyplněním a odesláním dotazníku vyjadřují svůj souhlas s účastí na výzkumu a využitím výzkumných údajů. Vzhledem k poměrně malému základnímu souboru a citlivému tématu byla zvolena jen tato kritéria pro výběr souboru: žena, zkušenost perinatální ztráty v České republice, maximální doba 5 let od perinatální ztráty, česká národnost.

Výsledky

Výzkumu se účastnily ženy ve věku 23–45 let ($M = 33,2$ let). Jednalo se o 78 žen, které prožily porod mrtvého plodu (úmrtí plodu v děloze nebo během porodu) a 22 žen, které měly zkušenost s časným novorozenečným úmrtím v České republice. Od perinatální ztráty uplynul 1 měsíc až 5 let ($M = 2, 2$ roku).

Intenzitu zármutku u žen po perinatální ztrátě jsme měřili pomocí dotazníku Škála perinatálního zármutku (CzSVPGS). Základní statistické údaje hodnot naměřených pomocí škály CzSVPGS jsou uvedeny v tabulce I.

Tab. I Intenzita zármutku žen (bodová hodnota CzSVPGS), které prožily perinatální ztrátu v ČR

	Četnost	Medián	Průměr	Směrodatná odchylka	Min.	Max.
Hodnoty CzSVPGS	100	87	88,8	27,7	41	154

Pro posouzení psychického stavu žen po perinatální ztrátě pomocí tohoto nástroje je důležitý celkový počet bodů škály (33 až 165 bodů). V našem kvantitativním šetření vykazovalo 43 % žen hodnoty v testu CzSVPGS vyšší než 91 bodů, 24 % žen mělo hodnoty CzSVPGS dokonce vyšší než 110 bodů. Dalším důležitým údajem pro posouzení psychického stavu ženy po perinatální ztrátě jsou odpovědi, které přináší hodnocení jednotlivých výroků.

Důležitá jsou například hodnocení výroků číslo 8: Uvažuji od ztráty dítěte o sebevraždě; číslo 11: Cítím, že se postupně dobře se ztrátou dítěte vyrovnávám; číslo 23: Obviňuji sama sebe za smrt dítěte. Hodnocení těchto výroků ženami po perinatální ztrátě mohou poskytnout zdravotníkům informaci o vážnějších psychických problémech ženy (depresi, pocitech viny, problémech se zvládnutím situace).

Výrok číslo 8: **Uvažuji od ztráty dítěte o sebevraždě.**

Zjistili jsme, že 5 % žen zcela souhlasilo s výrokem, 4 % žen souhlasilo, 7 % žen neví a 84 % žen výrok zamítlo. Z analýzy této odpovědi vyplývá, že 9 % žen v našem souboru vykazuje vysoké riziko z pohledu jejich psychického stavu a potřebuje odbornou psychologickou pomoc bez ohledu na celkové skóre dotazníku CzSVPGS.

Výrok číslo 11: **Cítím, že se postupně dobře se ztrátou dítěte vyrovnávám.**

Tento výrok se vztahuje k subjektivnímu hodnocení procesu zvládnutí náročné životní situace ženou po perinatální ztrátě. V našem výzkumu 48 % žen má pocit, že se dobře se ztrátou vyrovnává, 33 % žen neví a 19 % žen má pocit, že se se situací nevyrovnává dobře.

Výrok číslo 23: **Obviňuji sama sebe za smrt dítěte.**

Pocity viny se řadí v období perinatálního zármutku mezi problematické a vytvářející riziko komplikovaného procesu truchlení. V našem souboru se 54 % žen neobviňuje ze smrti svého dítěte, 17 % neví a 29 % má pocity viny spojené s úmrtím svého miminka.

Toedter a kol. (2001, s. 216) provedli analýzu 21 studií z USA a Evropy (Holandska, Německa, Velké Británie), ve kterých byla použita SVPGS. Většina studií rodičů proběhla v prvním roce po perinatální ztrátě. U některých studií byl však rozptýl v době, která uběhla od perinatální ztráty v době výzkumu, velký (1–2 dny po ztrátě až 22 let). Celkem byla získána data od 1589 truchlících žen a 654 truchlících mužů. Se získanými údaji můžeme porovnat naše výsledky. Celkové průměrné skóre bodů CzSVPGS je u českých žen ($M = 88,8$) o 13,8 bodů vyšší ve srovnání s hodnotami výzkumů v zemích západní Evropy, ale o 1,6 bodu nižší ve srovnání s hodnotami SVPGS v USA (viz tabulka 2).

Tab. 2 Srovnání výsledků v ČR s výsledky, které uvádí Toedter a kol. (2001, s. 216), vybraná data: participantky - ženy, USA, pozdní ztráta, Evropa

SVPGS	Průměr	Směrodatná odchylka	Střední chyba průměru	Průměr + 2 (střední chyba průměru)
Česká republika (ženy, pozdní ztráta)	88,8	27,7	2,77	94,3
USA (ženy i muži, časná i pozdní ztráta)	90,4	16,96	4,55	99,5
Ženy (USA, Evropa, časná i pozdní ztráta)	86,00	18,36	4,60	95,2
Pozdní ztráta (ženy i muži, USA, Evropa)	84,00	14,49	4,19	92,4
Evropa (ženy i muži, časná i pozdní ztráta)	75,00	8,56	2,47	80,0

Diskuze

Toedter et al. (2001, s. 220) upozorňují, že skóre vyšší než 91 může indikovat vyšší zranitelnost jedince ve vztahu k perinatální ztrátě. V naší studii vykazovalo 43 % žen hodnoty v testu CzSVPGS vyšší než 91 bodů, 24 % žen mělo hodnoty CzSVPGS dokonce vyšší než 110 bodů. Významnou roli při prožívání zármutku hraje čas. S počty let, které od ztráty uplynuly, klesá postupně i intenzita zármutku. Lasker a Toedter (1994, s. 56) ale uvádějí, že vysoké hodnoty škály SVPGS v období krátce po perinatální ztrátě jsou spolehlivými prediktory vyšší intenzity zármutku v pozdější době.

CzSVPGS může být využívána v České republice jako jednofaktorová škála pro vyhledání žen, které jsou při perinatální ztrátě zranitelnější než ostatní, a také může být využita pro mezinárodní srovnání skóre zármutku. Při použití toho nástroje mohou být identifikovány ženy prožívající extrémně vysokou intenzitu zármutku, kterým může být poskytnuto odborné poradenství nebo podpora zdravotnickým a sociálním systémem. Pokud by pomáhající v České republice využívali k posouzení stavu rodičů po perinatální ztrátě instrument, jakým je CzSVPGS, mohlo by to pomoci zvýšit kvalitu psychosociální péče o ně.

Odhaduje se, že 10 až 20 % lidí zvládá smutek a truchlení obtížně, mají nedostatečnou schopnost adaptace na těžkou životní situaci a mohou se u nich rozvinout vážné obtíže somatické nebo psychické, někdy až rázu duševní poruchy (Lobb a kol., 2006, s. 29). Zvažování sebevraždy po ztrátě novorozence je většinou prvním projevem komplikovaného

truchlení. Komplikovaný zármutek výrazně zvyšuje riziko sebevražedných myšlenek a činů (Latham a Prigerson, 2004, s. 359). Cacciatore et al. (2008, s. 354) uvádí výsledky výzkumu De Fraina (1986), který zjistil, že 28 % matek a 17 % otců skutečně zvažovalo sebevraždu po porodu mrtvého plodu. V našem výzkumu zvažovalo sebevraždu 9 % respondentek. Bez využití dotazníku CzSVPGS by zdravotníci nemuseli identifikovat závažnost psychologického stavu ženy a riziko vzniku komplikovaného truchlení.

Doporučujeme, aby zdravotníci věnovali pozornost celkovému skóre dotazníku CzSVPGS, ale aby se také zaměřili na jednotlivé odpovědi v dotazníku, individuálně je se ženou diskutovali a analyzovali tak ženin psychologický stav. Kromě hodnocení výroku číslo 8 považujeme za důležité například hodnocení výroků číslo 11 a 23. Z analýzy výroku číslo 11 vyplynulo, že 19 % žen subjektivně nemá pocit, že situaci zvládá. Těmto ženám by mělo být poskytnuto poradenství, podpora a dle individuálního posouzení i odborná pomoc. Výrok číslo 23 se týká pocitů viny. Silné pocity viny mají dlouhodobý vztah k psychologickým onemocněním, zejména k depresi a obsesím (American Psychiatric Association, 2000, in Barr, 2004, s. 494). Barr (2004, s. 505) upozorňuje především na vztah chronického pocitu viny a vyšší intenzity zármutku v pozdním procesu truchlení. V našem výzkumu se 29 % žen obviňovalo za smrt svého dítěte.

Dále chceme upozornit, že ani nízký celkový součet bodů CzSVPGS není pro zdravotníky zárukou nekomplikovaného zármutku ženy. Toedter et al. (2001, s. 220) zdůrazňují, že nejsou stanoveny nízké hranice pro SVPGS, protože není možné zjistit, zda je nízké skóre výsledkem toho, že žena velmi dobře svůj žal zvládá nebo má daleko větší potíže, protože jej popírá. Výsledky šály by měli zdravotníci posuzovat individuálně, informace doplňovat pomocí rozhovoru a pozorování. CzSVPGS může být vhodným prostředkem, jak komunikaci se ženou po perinatální ztrátě v komunitní péči nebo při kontrole ženy po šestinedělí navázat.

CzSVPGS není diagnostickým nástrojem komplikovaného truchlení, depresivní nebo jiné psychologické poruchy. „Měřením zármutku můžeme identifikovat ženy, jejichž zármutek je za hranicí normálních limitů, a těmto ženám může být poskytnuta pomoc zdravotnickým systémem, pokud je pomoc v intimním kruhu rodiny, přátel a známých neadekvátní.“ (Adolfsson, 2011, s. 38).

Závěr

Škála perinatálního zármutku se zdá být vhodným instrumentem pro objektivizaci intenzity zármutku žen po perinatální ztrátě v České republice. Domníváme se, že její využití v klinické praxi je opodstatněné a doporučujeme její využití v porodní asistenci, ale i v poradenství pro pozůstalé, psychologickém poradenství nebo v oblasti psychiatrie při péči o ženy po perinatální ztrátě. Porodní asistentky by mohly rutinně využívat CzSVPGS při kontrole ženy po perinatální ztrátě na konci šestinedělí, aby objektivizovaly intenzitu zármutku u ženy, poskytly individuálně zaměřenou podporu, edukaci a předcházely možným komplikacím v procesu truchlení, event. doporučily odbornou psychologickou pomoc.

Etické aspekty a konflikt zájmu

Respondentky našeho výzkumu byly informovány otevřeně o cíli výzkumu, o výzkumnících a o tom, že dotazníky budou vyhodnoceny a prezentovány anonymně. Byly dodrženy základní etické aspekty výzkumu.

Autorky prohlašují, že si nejsou vědomy žádného konfliktu zájmu týkajícího se uvedeného příspěvku.

Bibliografické odkazy

- ADOLFSSON, Annsofie, 2011. Meta-analysis to obtain a scale of psychological reaction after perinatal loss: focus on miscarriage. *Psychology Research and Behavioral Management*. **4**, 29–39.
- BARR, Peter, 2004. Guilt- and shame-proneness and the grief of perinatal bereavement. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. **77**, 493–510.
- CACCIATORE, Joanne, DE FRAIN, John, JONES, Klara L. C. a kol., 2008. Stillbirth and the couple: a gender based exploration. *Journal of Family Social Work*. **11**(4), 351–372.
- LOBB, Elizabeth, KRISTJANSON, Linda, AOUN, Samar a kol., 2006. An overview of complicated grief terminology and diagnostic criteria. *Grief Matters: The Australian Journal of Grief and Bereavement*. **9**(2), 28–32.
- LASKER, Judith H. a TOEDTER, Lori J., 1994. Satisfaction with hospital care and interventions after pregnancy loss. *Death Studies*. **18**(1), 41–64.
- LATHAM, Amy E. a PRIGERSON, Holly G., 2004. Suicidality and bereavement: complicated grief as psychiatric disorder presenting greatest risk for suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. **34**(4), 350–362.
- POTVIN, Louise, TOEDTER, Lori a LASKER, N. Judith, 1989. Measuring grief: A short version of the Perinatal grief scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. **11**, 29–45.
- RATISLAVOVÁ, Kateřina, KALVAS, František a BERAN, Jiří, 2015. Validation of the Czech Version of the Perinatal Grief Scale. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. **6**(1), 191–200.
- TOEDTER, Lori, LASKER, N. Judith a ALHADEFF, Janice M., 1988. The Perinatal Grief Scale: Development and initial validation. *American Journal of Orthopsychiatry*. **58**(3), 435–449.
- TOEDTER, Lori, LASKER, N. Judith a JANSSEN, H. J. E. M., 2001. International comparison of studies using the Perinatal Grief Scale: a decade of research on pregnancy loss. *Death Studies*. **25**, 205–228.
- TOMITA, Takuro a KITAMURA, Toshinori, 2002. Clinical and research measures of grief: A reconsideration. *Comprehensive Psychiatry*. **43**(2), 95–102.

Mgr. Kateřina Ratislavová, Ph.D.

Fakulta zdravotnických studií
Západočeská univerzita v Plzni
e-mail: ratislav@kos.zcu.cz

Mgr. Eva Hendrych Lorenzová

Fakulta zdravotnických studií
Západočeská univerzita v Plzni
e-mail: elorenzo@kos.zcu.cz

Kvalita života rodičů dětí s chronickým onemocněním

Sikorová, L.

Lékařská fakulta, Ostravská univerzita v Ostravě

Abstrakt

Úvod: Pro děti s chronickým onemocněním je charakteristická dlouhodobá péče zdravotníků i rodičů. Rodičům může onemocnění dítěte působit stres a následně změny ve všech oblastech zdraví.

Cíl: Zjistit, jaká je kvalita života rodičů dětí s chronickým onemocněním.

Metodika: Výzkumné šetření se uskutečnilo metodou kvantitativního výzkumu, formou jednorázového průřezového dotazníkového šetření, prostřednictvím dotazníku Vliv na rodinu (Family Impact Module PedsQL). Ke statistickému zpracování byla následně použita analýza rozptylu ANOVA, Fisherův F-test a Chí-kvadrát test. Ke sledování souvislostí mezi kvalitou života rodičů a kvalitou života dětí byl použit Spearmanův korelační koeficient. Statistické testy byly hodnoceny na hladině významnosti $p < 0,05$.

Výsledky: Výzkumný soubor zahrnoval 288 rodičů dětí s chronickým onemocněním. Největší dopad onemocnění na rodiče byl zaznamenán v oblasti emocionálních funkcí a obav. Nejnižší kvalita života rodičů se ukázala u rodičů dětí s diabetem. Změny citových funkcí, sociálních funkcí a obavy byly dominantní u rodičů dětí s dosavadním krátkým průběhem nemoci (do jednoho roku). Všechny oblasti kvality života (emocionální funkce, tělesné funkce, sociální funkce, poznávací funkce, komunikace, obavy, denní aktivity, rodinné prostředí a vztahy) byly onemocněním dítěte zasaženy více u rodičů, kteří vnímali onemocnění jako zátěž. Tu prožívaly zejména matky dětí.

Závěr: Výsledky výzkumného šetření mohou lépe směřovat ošetrovatelskou péči poskytovanou sestrou v ambulantní sféře, kde má sestra dostatečný prostor pro rozvinutí komunikace a edukace dle potřeb dětí a jejich rodičů.

Klíčová slova: dítě, chronické onemocnění, kvalita života, rodič

Abstract

Introduction: Children with chronic illness receive long-term care by both health professionals and their parents. Parents of an ill child may suffer from stress and consequently from changes in all areas of their health.

Aim: To determine what the quality of life of parents of children with chronic illness is.

Methods: The research was carried out using a quantitative research method, in the form of a one time cross sectional survey, using the Family Impact Module PedsQL. ANOVA – analysis of variance, Fisher F-test and Chi-square test were used for the statistical evaluation. To monitor relationships between parents' and children's quality of life the Spearman correlation coefficient was used. Statistical tests were evaluated at a significance level of $p < 0.05$.

Results: The sample included 288 parents of children with chronic illness. The biggest impact of the illness on the parents was found in emotional function and fears. The lowest quality of life of parents was found in parents of children with diabetes. Changes in emo-

tional function, social function and fears were dominant among parents of children with a short course of an illness (within one year). All areas of quality of life (emotional function, physical function, social function, cognitive function, communication, fears, daily activities, family environment and relationships) were affected by the child's illness to a greater extent in the parents who perceived the illness like a burden. Particularly children's mothers were feeling it this way.

Conclusion: The results of this research may better focus ambulatory care nursing, where nurses have a sufficient room to develop communication and education according to the children's and their parents' needs.

Keywords: a child, chronic illness, quality of life, a parent

Úvod

Chronická onemocnění jsou nesourodou skupinou onemocnění, která se vyznačují zejména svou perzistencí a s ní související dlouhodobostí péče. Děti s chronickým onemocněním pak vyžadují dlouhodobou medicínskou a ošetrovatelskou péči v rámci ambulantního provozu, která je kombinována s dlouhodobou péčí rodičů. Péče o dítě s chronickou nemocí vyžaduje od rodičů zvládnutí nových činností, jako jsou péče o nové potřeby dítěte, podpora adaptace dítěte na léčebný proces, zvýšené nároky na udržování domácnosti a zajišťování finanční stability, které rodiče mohou prožívat jako stres (Ashkani et al. 2004, s. 91; Rosenbaum, 2008, s. 304). Pokročilé medicínské postupy a technologie totiž umožňují rodičům děti s chronickými nemocemi pečovat o ně v domácím prostředí. Péče o nemocné dítě se přesouvá z experta – dětské sestry na rodinného pečovatele. Tíha údelu trápení nemocného dítěte zpravidla doléhá především na jednu osobu, a tou bývá nejčastěji matka nemocného dítěte (Marešová a Mareš, 2001, s. 48), u které se postupem času mohou rozvinout rovněž zdravotní obtíže. Jsou však i rodiče, kteří pojmuou vážnou nemoc dítěte jako výzvu, dokáží se vyrovnat s dlouhodobými důsledky této nemoci, zvládnou nepříjemné zážitky a přestaví je, dají jim smysl a nakonec začlení jako mimořádnou zkušenost do svého života.

Ve smyslu dlouhodobého působení nemoci dítěte na rodiče byly zaznamenány nárůst vazby mezi matkou a chronicky nemocným dítětem vedoucí až k výrazné ochranné roli, snížení pracovních příležitostí pro rodiče (Coffey, 2006, s. 56), únava rodiče, deprese matky a úzkost (Grey et al., 2009, s. 91–106; Quittner et al., 2010, s. 333–345) i rozvoj onemocnění (Krulik et al., 1999, s. 135), např. vyšší frekvence psychiatrických nemocí, poruchy spánku a únava vedoucí k horšímu dennímu fungování (Meltzer a Moore, 2008, s. 280–290), zhoršená tolerance frustrace, zhoršená pozornost a paměť (Smith a Kaye, 2012, s. 260–265), změny v interpersonálních vztazích a vyšší finanční zátěž (Kolk et al., 2000, s. 326–327), poruchy nálady. Lindström et al. (2010, s. 427–431) konstatují možné vyčerpání a vyhoření u rodičů dětí s chronickým onemocněním. U rodičů dětí s chronickým onemocněním není výjimkou změna kvality jejich života a další změna kvality života dětí (Hatzman et al., 2008, s. 1030–1038).

Zjištění vnímání vlivu chronického onemocnění na kvalitu života rodičů a dětí může ukazovat na ty oblasti, ve kterých rodiče vnímají nejvýraznější dopad onemocnění na jejich každodenní život. Identifikace těchto oblastí specifikuje zaměření ošetrovatelských intervencí na zmírnění těchto dopadů na rodinu a na dítě, umožňuje lépe porozumět rodičovským

preferencím, očekáváním a požadavkům v souvislosti s onemocněním. Následně je lze uplatnit k zajištění adekvátní zdravotní a podpůrné péče, zlepšení adherence a sebedpěče v léčebném režimu. Podle Dragomirecké a Bartoňové (2006, s. 9) má zdravotní péče smysl do té míry, v jaké pozitivně ovlivňuje život pacienta, za hlavní cíl medicíny nepovažují zdraví nebo prodloužení života samo o sobě, ale zachování nebo zlepšení kvality života.

Kvalita života je multidimenzionální koncept, vymezení zahrnutých domén je odlišné v závislosti na přístupu k tomuto konstruktovi. Profesionálně poskytovaná zdravotní péče se týká kvality života související se zdravím. Pro kvalitu života související se zdravím je využíván termín *health-related quality of life* (HRQL). Většina definic popisuje kvalitu života související se zdravím jako subjektivní vnímání stavu zdraví, nemoci a léčby, fyzické, psychologické a sociální funkce. Hodnocení však zahrnuje obvykle krátký úsek života, proto je nutné posuzovat kvalitu života opakovaně.

Cíl

Zjistit, jaká je kvalita života rodičů dětí s chronickým onemocněním.

Metodika

Výzkumné šetření se uskutečnilo metodou kvantitativního výzkumu, formou jednorázového průřezového dotazníkového šetření. Dotazník Vliv na rodinu (Family Impact Module PedsQL, FMI PedsQL), verze 2.0 česky, (Varni, 1998, s. 1–3) ze sady dotazníků pediatrické kvality života (PedsQL) sloužil k posouzení vlivu onemocnění dítěte na rodinu resp. na rodiče, resp. kvality života rodiče. Zahrnuje 36 otázek shromážděných do domén: fyzické funkce (6 otázek), emocionální funkce (5 otázek), sociální funkce (4 otázky), poznávací funkce (5 otázek), komunikace (3 otázky), obavy (5 otázek), denní aktivity (3 otázky) a rodinné prostředí a vztahy (5 otázek). Zaznamenané výsledky jsou dle manuálu organizace PedsQL a Varni (Varni, 2013, s. 71) transformovány na škálu 0–100, přičemž vyšší hodnoty skóre značí menší negativní dopad na monitorovanou funkci (lepší fungování). Výzkumné šetření bylo realizováno v ambulancích vybraných nemocnic Moravskoslezského kraje. Získaná data byla ukládána v programu EpiData a následně převedena ke zpracování a analýze v programu IBM SPSS 20.

S ohledem na typ dat a s ohledem na metodické manuály standardizovaného nástroje bylo k analýze využito průměru (M), směrodatné odchylky (SD) a mediánu (Med). Ke statistickému zpracování byla následně použita analýza rozptylu ANOVA, přičemž bylo využito Fisherova F-testu a Chí kvadrát-testu. K možnému zachycení souvislostí mezi vlivem onemocnění na rodinu a kvalitou života dětí byla využita korelační analýza prostřednictvím Spearmanova korelačního koeficientu. Statistické testy byly hodnoceny na hladině významnosti $p < 0,05$.

Výsledky

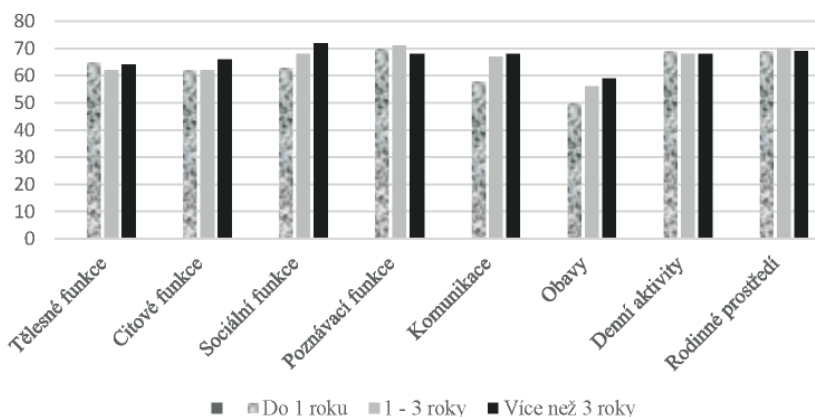
Výzkumný soubor zahrnoval 288 rodičů (225 žen a 63 mužů) dětí s chronickým onemocněním: astma bronchiale (N = 75; 26 %), diabetes mellitus (N = 81; 28 %), epilepsie (N = 43; 15 %), juvenilní idiopatická artritida (N = 64; 22 %) a atopický ekzém (N = 25; 9 %). Výběr souboru byl záměrný, podmíněný možnostmi a ochotou zdravotnických zařízení podílet se na výzkumu a souhlasem rodičů se zařazením do výzkumu. Kritériem výběru rodiče byl dále věk jejich dítěte od dvou do dvanácti let, návštěva vybrané ambulance dítětem s chronickým onemocněním. Rodiče dětí měli nejčastěji středoškolské vzdělání (N = 172; 62 %), převáž-

ně v rodině žili oba rodiče (N = 212; 71 %), v rodinách žil obvykle ještě jeden sourozenec nemocného dítěte (N = 174; 67 %).

Hodnocení kvality života rodiče ukázalo průměrné skóre 65,16 (SD 15,24; Med 70,00). Nejnížší hodnoty (značí nejnižší kvalitu života) byly zaznamenány v doméně obavy a emoční funkce. Při hodnocení kvality života rodičů dle věku dítěte byla zjištěna nejvyšší hodnota skóre u věkové kategorie dětí 8–12 let (M 67,71; Med 64,22) a nejnižší hodnota skóre u věkové kategorie 5–7 let (M 63,06; Med 63,36). Rozdíl ve vlivu onemocnění na rodinu s ohledem na věkové kategorie dětí nebyl signifikantní ($p = 0,077$).

Při porovnání celkového skóre kvality života rodičů dětí s odlišným onemocněním byla zjištěna nejvyšší průměrná hodnota a mediánová hodnota u rodičů dětí s astmatem (M 69,93; Med 70,00). Nejnížší celkové skóre kvality života rodičů bylo zaznamenáno u rodičů dětí s diabetem (M 60,21; Med 58,75; $p = 0,001$).

Rodiče dětí, u kterých probíhalo onemocnění kratší dobu než jeden rok, pocítovali vliv onemocnění na citové funkce (61,72; SD 19,88) a sociální funkce (63,31; SD 19,70) ve větší míře, než rodiče, jejichž dítě trpělo onemocněním déle než jeden rok. Také obavy o dítě a jeho budoucnost byly u těchto rodičů výraznější (50,32; SD 25,38; $p = 0,022$, Obr. 1).



Obr. 1 Vliv onemocnění dítěte na rodiče s ohledem na délku trvání onemocnění

U rodičů, u kterých bylo onemocnění dítěte vnímáno jako zátěž, byla také kvalita jejich života nižší než u rodičů, kteří onemocnění za zátěž nepovažovali (Tab. 1).

Tab. 1 Porovnání kvality života rodičů podle vnímané zátěže

Doména	Onemocnění je vnímáno jako zátěž N = 214		Onemocnění není vnímáno jako zátěž N = 73		P
	M	SD	M	SD	
	Fyzické funkce	61,23	16,20	70,55	
Citové funkce	59,30	19,06	75,34	17,27	< 0,001
Sociální funkce	63,79	19,46	79,37	16,06	< 0,001
Poznávací funkce	67,38	17,96	75,86	18,82	0,001
Komunikace	59,19	23,47	79,11	18,79	< 0,001
Obavy	49,72	20,55	71,30	19,06	< 0,001
Denní aktivity	66,59	20,19	72,49	19,58	0,031
Rodinné prostředí	66,66	18,24	77,40	16,78	< 0,001

M – průměr, SD – směrodatná odchylka, P – p hodnota statistické významnosti, $\alpha = 0,05$

V žádné doméně se vnímaná kvalita života rodičů signifikantně nelišila v závislosti na počtu sourozenců nemocného dítěte ani v závislosti na pohlaví dítěte ($p > 0,05$). V žádné doméně nebyl zjištěn signifikantní rozdíl v kvalitě života vzhledem ke vzdělání rodiče nebo jeho věku ($p > 0,05$). Kvalita života rodičů se lišila podle pohlaví rodiče. Ve všech doménách vnímaly matky dopad onemocnění výrazněji než otcové.

Byla zjištěna pozitivní střední nebo slabší, ale statisticky významná korelace mezi všemi doménami kvality života rodičů a dětí (Tab. 2).

Tab. 2 Souvislost vlivu onemocnění na rodiče a kvality života dítěte s astmatem v doménách

Doména kvality života rodiče	Doména celkové kvality života dítěte			
	Celková kvalita života	Tělesné zdraví	Emocionální zdraví	Společenské činnosti
Fyzické funkce	0,476**	0,398**	0,309**	0,469**
Citové funkce	0,488**	0,375**	0,320**	0,505**
Sociální funkce	0,472**	0,392**	0,433**	0,336**
Poznávací funkce	0,480**	0,332**	0,391**	0,463**
Komunikace	0,451**	0,332**	0,417**	0,348**
Obavy	0,494**	0,448**	0,384**	0,417**
Denní aktivity	0,403**	0,328**	0,274*	0,374**
Rodinné prostředí	0,415**	0,411**	0,375**	0,276*
Psychosociální oblast	0,397**	0,414**	0,423**	0,515**
Rodinné funkce	0,331**	0,410**	0,362**	0,363**
Celkový vliv na rodinu	0,561**	0,465**	0,439**	0,487**

** $p < 0,01$, * $p < 0,05$

Diskuze

Hodnocením kvality života rodiče byl zjištěn největší dopad onemocnění na rodiče dětí diabetiků, a to ve všech doménách kvality života. Podobně Cameron et al. (2007, s. 740) na základě výzkumu sledujícího obavy rodičů diabetických dětí zaznamenali významný vliv diabetu na zvýšené obavy matek a zhoršení jejich psychického stavu. Také Mullins et al. (2004, s. 30) uvádějí častější výskyt psychických poruch matek diabetických dětí oproti

matkám zdravých dětí, podobně jako vyšší úroveň stresu matek diabetických dětí ve studii Moreira (2014, s. 352). Vysvětlením může být náročná péče o dítě a řízení jeho chování, dohled nad dodržováním léčby, náročná organizace školního vyučování nebo zájmových činností dítěte, ale také pocit obav z neočekávaného zhoršení zdravotního stavu dítěte nebo obav z dlouhodobých důsledků onemocnění vyplývajících pro dítě (Moreira, 2014, s. 355). U rodičů všech dětí se ale onemocnění dítěte všech věkových kategorií promítalo zejména do oblasti obav rodičů týkající se léčby a budoucího vývoje dítěte. Do oblastí obav rodičů se promítalo onemocnění chronicky nemocných dětí také významně u rodičů dětí s JIA a diabetem ve studii Wiedebusch et al. (2008, s. 1118). Délka onemocnění ale neměla na vnímání dopadu onemocnění na rodiče vliv. Podobně jako ve studii Wiedebusch et al. (2008, s. 1118).

Vliv onemocnění se nelišil v závislosti na počtu sourozenců dítěte, úrovně vzdělání rodiče nebo struktury rodiny. Matky však vnímaly dopad onemocnění na kvalitu svého života ve větší míře než otcové. Podle Marešové a Mareše (2001, s. 48) většinou tíha starostí o nemocné dítě doléhá především na matku. Dlouhodobě však ženy uvádějí horší kvalitu života než muži. Everhart et al. (2008, s. 815) navíc zjistili, že výše dopadu onemocnění astmatu na rodiče je podmíněna spíše kumulací rizikových faktorů, než pouze jedním faktorem jakým je např. tíže onemocnění. Výrazněji se ukázala asociace rodičovských obav a problémů s komunikováním a emocionálním zdravím dítěte a byla statisticky významná. V studii Crespo et al. (2011, s. 187) byla zaznamenána také jen malá až střední míra korelace mezi dopadem onemocnění na rodiče a kvalitou života dětí s astmatem.

Tato zjištění se mohou stát východiskem volby cílených ošetřovatelských intervencí poskytovaných sestrou pečující o děti s chronickým onemocněním. Ve shodě s Wiedebusch et al. (2008, s. 1021) by bylo vhodné volit pro rodiče dětí zejména edukační lekce, ve kterých by zjistili, jak je možné s nemocným dítětem žít při udržení dosavadní úrovně kvality života rodiče i dítěte. Edukace by měla zahrnovat také způsoby zvládnání zátěže, které by měly vést rodinu k aktivním formám zvládnání zátěže. V závažnějších případech by měla být doporučena psychologická konzultace.

K doporučením pro klinickou praxi sester patří také zdůraznění partnerství s rodiči, otevřenou komunikaci o dítěti a jeho nemoci, poskytování základní psychologické podpory zahrnující zejména podporu sebedůvěry rodiče a dítěte ve vlastní schopnosti. Sestry by měly usilovat o zvýšení informovanosti rodičů o péči v nemoci, o službách nabízených dítěti, poskytovat rodiči emocionální podporu, chválit jej za části splněných úkolů, posilovat využívání copingových strategií s dlouhodobým efektem a tím zvyšovat kvalitu života dětí.

Pro skutečně rovnocenný vztah a efektivní způsob komunikace dodržovat zásady asertivního stylu komunikace, při respektování nejen svých práv, ale i práv druhého. Respektovat a tolerovat individuální rozdíly rodin, naslouchat rodičům i dětem a projevit pochvalu rodiči. Aktivně vybízet rodiče k dotazům týkajícím se jejich potřeb a nespoléhat na to, že když se rodič neptá, nemá potřeby informací. Vést rodiče k prevenci hyperprotektivity nemocného dítěte, na kterou upozorňuje v souvislosti s chronickými onemocněními také Vachková (2010, s. 94) a zdůrazňuje nutnost pomoci rodičům ve způsobech vedoucích ke zvýšení samostatnosti nemocných dětí. Současně je nutné zvýšení komunikace o péči v nemoci se samotnými dětmi, zvýšit jejich podíl na rozhodování a tím podpořit jejich spo-

luprací při léčbě onemocnění i zvýšení sebevědomí, a prožívání závažnosti onemocnění, které jsou podle Leung et al. (1997, s. 108) významným indikátorem psychosociální pohody dítěte. Nabízí se možnost individuálních konzultací sestry s rodinou také v rodině dítěte, protože dle vyhlášky MZ ČR o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků č. 55/2011 dětská sestra pečující o dítě může vykonávat návštěvní službu. Poskytované intervence by se měly ale vždy odvíjet od řádné ošetřovatelské diagnostiky a od moderních postupů zjištěných na základě Evidence Based Practice.

Limitem studie může být typ studie – průřezová studie neumožňující zachycení vývoje kvality života v průběhu onemocnění dětí. Limitem studie je také soubor respondentů, který neumožňuje generalizovat závěry na celou populaci rodičů dětí s chronickými onemocněními, ale vztahuje se pouze na zkoumanou populaci. Rovněž nebyly zachyceny všechny faktory, které by mohly dále kvalitu života rodičů ovlivnit (např. jejich vlastní onemocnění). Některé další možné faktory ovlivňující průběh onemocnění a kvalitu života rodičů byly zachyceny (např. závažnost astmatu, způsob aplikace léků), avšak z důvodu nižší četnosti souboru nebyly ve výsledcích tyto prezentovány a žádají si další šetření. Vzhledem k přítomnosti limitů studie byla učiněna porovnání se závěry dalších studií, která maximalizují relevantnost výsledků.

Závěr

Trend současného pediatrického ošetřovatelství je patrný zejména v přesahu ošetřovatelské péče nejen na dítě, ale také na podporu rodičů či celé rodiny, neboť kvalita života dětí a jejich rodičů úzce souvisí. Cílem výzkumu bylo zjistit vliv chronického onemocnění dítěte na rodiče. Z analýzy výsledků vyplývá, že se onemocnění dítěte promítá především do obav rodičů o budoucnost dítěte a s ní souvisejících změn v potřebách dítěte. Obavy rodičů se vyskytovaly častěji u rodičů dětí s kratším trváním onemocnění a u těch, kteří vnímali onemocnění jako zátěž a rodičů dětí s diabetem. Dopad onemocnění na vlastní osobu vnímaly především matky. Tato zjištění ukázala především možné směřování ošetřovatelských intervencí na cílovou populaci rodičů. Vhodná opatření, programy a edukace zaměřené na rodiče chronicky nemocných dětí by tak mohla zvýšit také kvalitu života těchto dětí.

Etické aspekty a konflikt zájmu

Použití všech dotazníků podléhalo souhlasu autorů s jeho použitím, které byly získány před zahájením sběru dat. Realizace šetření se uskutečnila se souhlasem managementu zdravotnického zařízení, kde se studie realizovala a s informovaným souhlasem rodičů dětí. Dotazníky byly označeny identifikačním číslem, které sloužilo pouze ke kontrole při vkládání dat a nebylo nikde spojováno s identifikačními údaji rodičů ani dětí. Vyplnění dotazníků bylo anonymní.

Bibliografické odkazy

- ASHKANI, H., DEHBOZORGI, C. R. a TAHAMTAN, A., 2004. Depression among parents of children with chronic and disabling disease. *Iranian Journal of Medical Sciences*. **29**(2), 90–93.
- CAMERON, D., YOUNG, Linda Marie J. a WIEBE, Deborah J., 2007. Maternal trait anxiety and diabetes control in adolescents with type I diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*. **32**(7), 733–744.
- COFFEY, Jean Sheerin, 2006. Parenting a child with chronic illness: A metasynthesis. *Pediatric Nursing*. **32**(1), 51–59.

CRESPO, Carla, CARONA, Carlos, SILVA, Neuza, CANAVARRO, Maria Cristina a DATILIO, Frank, 2011. Understanding the quality of life for parents and their children who have asthma: family resources and challenges. *Contemporary Family Therapy*. **33**(2), 179–196.

DRAGOMIRECKÁ, Eva a BARTOŇOVÁ, Jitka, 2006. WHOQOL-BREF. WHOQOL-100. *Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum Praha. ISBN: 80-85121-82-4.

EVERHART, S. Robin, FIESE, Barbara H. a SMYTH, Joshua M., 2008. A cumulative risk model predicting caregiver quality of life in pediatric asthma. *Journal of Pediatric Psychology*. **33**(8), 809–818.

GREY, M., WHITTMORE, R., AMBROSINO, J. M., LINDEMANN, E. a GREY, M., 2009. Coping and psychological adjustment in mothers of young children with type I diabetes. *Child Health Care*. **38**(2), 91–106.

HANSON, J. Marci a HANLINE, Mary Frances, 1990. Parenting a child with disability. A longitudinal study of parental stress and adaptation. *Journal of Early Intervention*. **14**(3), 234–348.

HATZMANN, Janneke, HEYMANS, Hugo S., FERRER-i-CARBONELL, Ada, van PRAAG, Bernard M. S. a GROOTENHUIS, Martha A., 2008. Hidden consequences of success in pediatrics: parental health-related quality of life – results from the Care Project. *Pediatrics*. **122**, 1030–1038.

KOLK, M. Annemarie, SCHIPPER, Janine M., HENEWALD, Gerrit J. F. P., CASARI, Ezio F. a FANTINO, Alga G., 2000. The Impact-on-Family Scale: A test of invariance across culture. *Journal of Pediatric*. **25**(5), 323–329.

KRULIK, Tamar, TURNER-HENSON, Anne, KANEMATSU, Yuriko, AL-MA'AITAH, Rowiada, SWAN, James a HOLADAY, Bonnie, 1999. Parenting stress and mothers of young children with chronic illness: A cross-cultural study. *Journal of Pediatric Nursing*. **14**(2), 130–140.

LEUNG, S. Sharron, STEINBECK, Katharine S., KOHN, Michael R., TOWNS, Susan J., BENNETT, Debbie L. a MORRIS, Sheldon L., 1997. Chronic illness perception in adolescence: Implications for the doctor – patient relationship. *Journal of Paediatrics and Child Health*. **33**(2), 107–112.

LINDSTRÖM Caisa, AMAN, Jan a NORBERG, Lindahal A., 2010. Increased prevalence of burnout symptoms in parents of chronically ill children. *Acta Paediatrica*. **99**(3), 427–432.

MAREŠOVÁ, Jana a MAREŠ, Jiří, 2001. Rodina jako zdroj sociální opory při dětském zvládnání nemoci. In: MAREŠ, Jiří et al. *Sociální opora u dětí a dospívajících I*. Hradec Králové: Nucleus, s. 47–58.

MELTZER, J. Lisa a MOORE, Melisa, 2008. Sleep disruptions in parents of children and adolescents with chronic illnesses: prevalence, causes, and consequences. *Journal of Pediatric Psychology*. **33**(3), 279–291.

MOREIRA, Helena, FRONTINI, Roberta, BULLINGER, Monika a CANAVARRO, Maria Cristina, 2014. Family cohesion and health-related quality of life of children with type I diabetes: The mediating role of parental adjustment. *Journal of Child and Family Studies*. **23**(2), 347–359.

MULLINS L. Larry, FUEMMELER, Bernard F., HOFF, Ahna, CHANEY, John M., PELT, Jill Van a EWING, Colleen A., 2004. The relationship of parental overprotection and perceived child vulnerability to depressive symptomatology in children with type I diabetes mellitus: The moderating influence of parenting stress. *Children's Health Care*. **33**(1), 21–34.

ROSENBAUM, Peter, 2008. Families of children with chronic conditions: opportunities to widen the scope of pediatric practice. *The Journal of Pediatrics*. **153**(3), 304–305.

QUITTNER, L. Alexandra, BARKER, David H., CRUZ, Ivette, SNELL, Carolyn, GRIMLEY, Mary E. a BOTTERI, Mellissa, 2010. Parenting stress among parents of deaf and hearing children: Association with language delays and behavior problems. *Parenting, science and practice*. **10**(2), 136–155.

SMITH, A. Beth a KAYE, David L., 2012. Treating parents of children with chronic health conditions: The role of the general psychiatrist. *Focus Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*. **10**(3), 255–265.

VACHKOVÁ, Eva, 2010. Pojetí nemoci očima dítěte – pilotní sonda pomocí dotazníku CIPQ. In: MAREŠ, Jiří a VACHKOVÁ, Eva. *Pacientovo pojetí nemoci II*. Brno: MSD, s. 91–109.

VARNI, W. James, 1998. PedsQTM Dotazník o pediatrické kvalitě života. Modul Vliv in rodinu, verze 2.0. – česky, zpráva rodičů.

WIEDEBUSCH, Silvia, POLLMANN, Hartmut, SIEGMUND, Britta a MUTHNY, Frank A., 2008. Quality of life, psychosocial strains and coping in parents of children with haemophilia. *Haemophilia*. **14**(5), 1014–1022.

PhDr. Lucie Sikorová, Ph.D.

Lékařská fakulta

Ostravská univerzita v Ostravě

e-mail: lucie.sikorova@osu.cz

Subjektivní pocity klientek po absolvování kurzu psychoprofylaxe

Škorníčková, Z.; Petržílková, H.; Sobotková, L.

Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice

Abstrakt

Úvod: Těhotenství a mateřství je pro každou ženu bezpochyby důležitým mezníkem v jejím životě. V tomto období prochází žena mnoha fyzickými, ale zejména psychickými změnami, na které by měla být připravena. Za tímto účelem byla na počátku 20. století vyvinuta metoda psychoprofylaktické přípravy. Jejím cílem je teoreticky i prakticky informovat ženu o období těhotenství, porodu, šestinedělí a péči o novorozence.

Cíl: Zjistit, o jaká témata mají těhotné ženy zájem v psychoprofylaktické přípravě. Dalšími stanovenými cíli je zjistit, zda ženy, absolvující kurz psychoprofylaxe, uvádějí zmírnění obav z nastávající role, zda navštěvovaný kurz psychoprofylaxe obsahoval informace, které ženy očekávaly a zda ženy využily získané informace v praxi.

Metodika: Práce se skládá z kvantitativního a kvalitativního šetření. Kvantitativní šetření probíhalo pomocí anket vlastní konstrukce, kdy dotazovanými byly těhotné ženy po 20. týdnu gestace. Kvalitativní šetření probíhalo pomocí polostrukturovaných rozhovorů s třemi ženami na konci šestinedělí.

Výsledky: Kurz předporodní přípravy zahrnuje dle dotazovaných všechny důležité oblasti. Respondentky shodně uvádějí využitelnost získaných informací a snížení strachu z porodu po absolvování kurzu psychoprofylaxe, přesto strach z nové životní role u dotazovaných často přetrvává.

Závěr: Těhotenství je pro každou ženu doba očekávání a přípravy na příchod nového života. Je to období jedinečné, ale pro některé ženy může být stresující z důvodu nedostatku informací a pocitu nepřipravenosti. Kurzy předporodní přípravy, zpravidla vedeny porodními asistentkami, mají za cíl připravit těhotné ženy jak po stránce psychické, tak praktické.

Klíčová slova: porod, psychika žen, psychoprofylaktická příprava, šestinedělí, těhotenství

Abstract

Introduction: Pregnancy and motherhood is a very important reach in the life of all women. The woman passes a lot of physical and mental changes in this period and she should be prepared for that. For this purpose was created a method of psychoprophylactic preparation at the beginning of the twentieth century. Its aim is both theoretically and practically inform the woman of the period of pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care.

Aim: The aim is to determine, how much interest have pregnant women in courses of psychoprophylactic preparation and its contain. The next aim is using of gain information in practice and if the fear from mother role was smaller after visiting psychoprophylactic course.

Method: The work consists of quantitative and qualitative investigation. The quantitative survey was conducted through a survey of its own design, when respondents were preg-

nant women after 20 weeks of gestation. The qualitative survey was conducted through interviews with three women at the end of confinement.

Results: The course of antenatal preparation covers all important areas surveyed. Informants consistently show the usefulness of the information, and reduce fear of childbirth over the course psychoprophylaxis, but fear of a new life roles among those surveyed persists.

Conclusion: Pregnancy is a time for every woman anticipation and preparation for the arrival of a new life. It's a unique period, but for some women can be stressful because of the lack of information and a sense of unreadiness. Courses of antenatal preparation, usually run by midwives aim to prepare pregnant women from both the psychological and practical.

Keywords: delivery, pregnancy, psychoprophylactic preparation, puerperium, women's psyche

Úvod

Z reprodukčního pohledu prochází život ženy několika důležitými mezníky. Jedním z nich je nepochybně těhotenství (Ratislavová, 2008, s. 5). Během tohoto období prožívá žena nejen fyzické, ale také psychické změny, proto je velmi důležitá podpora ze strany partnera, rodiny a přátel, neméně důležitá je spolupráce mezi lékaři a porodními asistentkami a dalšími členy zdravotnického týmu (Javůrková, 2011, s. 19; Hájek, 2014, s. 44).

„Psychoprophylaktická příprava na porod je specifický vzdělávací program, jehož hlavní náplní je příprava těhotné ženy a jejího partnera na úspěšné zvládnutí rodičovské role“ (Bašková, 2015, s. 37).

V Čechách se metoda předporodní přípravy začíná šířit po roce 1949 a zaznamenává velkou politickou podporu. V následujících letech prošla psychoprophylaktická příprava mnoha změnami, obdobím vzestupu a poklesu zájmu veřejnosti (Roztočil, 2008, s. 150; Bašková, 2015, s. 35).

Důležitým indikátorem kvality psychoprophylaktické přípravy je profesionální zastoupení přednášejících a cvičících, technické zabezpečení, dodržování pracovních postupů (klinických doporučení) a spokojení klienti (Wilhelmová, 2014, s. 52; Bašková, 2015, s. 37). Nezastupitelné místo zaujímá porodní asistentka, která ženu doprovází v průběhu celého těhotenství, poskytuje jí rady a pomoc v sociálně-právních otázkách, připravuje ji na porod, šestinedělí a péči o novorozence (Česko, 2004; Koudelková, 2013, s. 23).

Porodní asistentky a zároveň akademičtí pracovníci Fakulty zdravotnických studií spolu se studentkami 3. ročníku oboru Porodní asistentka pořádají kurzy psychoprophylaktické přípravy. Kurzy jsou rozděleny do 4 lekcí, na kterých těhotné ženy získají důležité informace o těhotenství a jeho průběhu, o porodu i následné péči o novorozence. Součástí lekcí je teoretický úvod a praktický nácvik dovedností, jako je například koupel, přebalování a bezpečná manipulace s novorozencem a základy laické resuscitace. Nabízíme i setkání se zkušenými porodními asistentkami, laktačními poradkyněmi a dalšími odborníky z oboru.

Význam psychoprophylaktické přípravy spočívá v přípravě ženy na změny, které těhotenství doprovázejí, ve snižování pocitu úzkosti a strachu, vnímání porodní bolesti a tím nižší pravděpodobnosti využití farmakoterapie, v pozitivním prožívání porodu (Wilhelmová, 2014,

s. 63). Rodička by měla do porodnice přicházet připravena po psychické i fyzické stránce, k čemuž napomáhají jednotlivé oblasti zaměření psychoprofylaxe.

Cíle

Jelikož Fakulta zdravotnických studií pořádá kurzy psychoprofylaktické přípravy pro těhotné ženy, je cílem celé práce získat zpětnou vazbu od účastnic kurzu a možnost s výsledky a případnými připomínkami nadále pracovat. Pro výzkumné šetření jsme stanovily cíle:

1. zjistit, o jaká témata mají těhotné ženy zájem v psychoprofylaktické přípravě;
2. zjistit, zda ženy, absolvující kurz psychoprofylaxe, uvádějí zmírnění obav z nastávající role;
3. zjistit, zda navštěvovaný kurz psychoprofylaxe obsahoval informace, které ženy očekávaly;
4. zjistit, zda ženy využily získané informace z psychoprofylaktické přípravy v praxi.

Metodika

Výzkumné šetření bylo provedeno kombinací kvantitativních a kvalitativních metod. Kvantitativní šetření bylo provedeno formou ankety vlastní konstrukce. Respondentkami pro kvantitativní šetření byly těhotné ženy od 20. týdne těhotenství, ve všech věkových kategoriích, navštěvující prenatalní poradnu. Před zahájením výzkumného šetření nebyla vymezena žádná další kritéria pro výběr vzorku. Šetření se uskutečnilo v ambulanci vybrané nemocnice od listopadu roku 2015 do ledna roku 2016. Ankety byly rozdávány vybranou porodní asistentkou, byla zachována anonymita informantů a vyplněné ankety byly vyhazovány do uzamykatelného boxu umístěného v čekárně prenatalní poradny.

Anketa obsahovala celkem sedm otázek. Tři otázky byly otevřené a 4 uzavřené. V uzavřených otázkách měly respondentky možnost vybírat i více odpovědí z nabízených možností.

Získaná data byla zpracována v programu Microsoft Office Excel a poté vyhodnocena pomocí deskriptivní statistiky.

Kvalitativní šetření probíhalo pomocí polostrukturovaných rozhovorů vedených porodní asistentkou podílející se na organizaci psychoprofylaktických kurzů. Kritériem pro výběr respondentek bylo absolvování kurzu psychoprofylaxe pořádaného Fakultou zdravotnických studií, primiparita, období konce šestinedělí. Osloveno bylo 10 účastnic. S provedením rozhovoru souhlasily tři komunikační partnerky.

Kvalitativní data byla zpracována doslovnou transkripcí a následně importována do programu Atlas.ti verze 7.1, pomocí něhož byla interpretována.

Výsledky

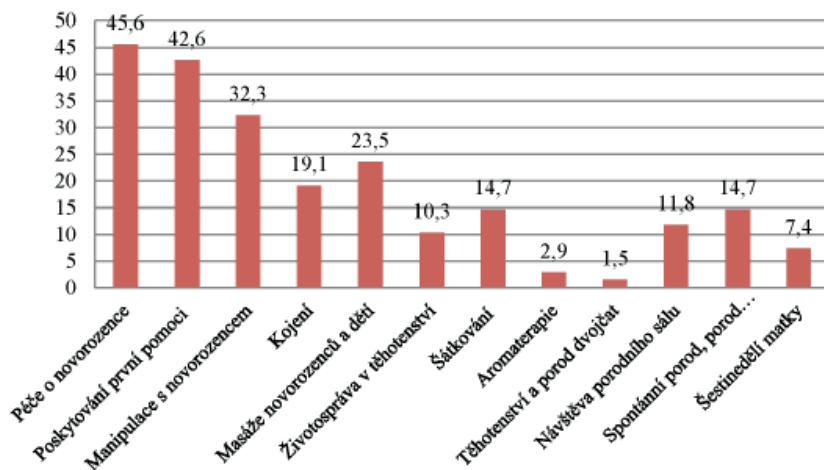
Kvantitativního šetření se zúčastnilo 68 dotazovaných. Dvacet sedm (39,7 %) z nich čekalo své první dítě, 33 (48,5 %) žen druhé dítě, 6 (8,8 %) žen třetí a 2 (2,9 %) ženy byly multigravidy. Z celkového počtu dotazovaných absolvovalo předporodní kurz v minulé nebo v současné graviditě 10 (14,7 %) žen. Hlavním důvodem neabsolvování psychoprofylaktických kurzů dle výpovědi dotazovaných je časové a finanční hledisko, špatná dostupnost z místa bydliště a nezajištěné hlídání pro děti.

Jedním z cílů práce bylo zjistit, o jakou problematiku v dané oblasti projevují dotazované ženy zájem. Největší zájem je o informace týkající se péče o novorozence. Tato odpověď

byla vybrána v 31 případech (45,6 %), poskytování první pomoci novorozenci a dítěti zvolilo 29 žen (42,6 %) a zájem o tematiku manipulace s novorozencem zvolilo 22 žen (32,3 %). Naopak nejmenší zájem mají dotazované těhotné ženy o problematiku aromaterapie v těhotenství a při porodu. Tuto odpověď vybraly pouze 2 dotazované (2,9 %) a o informace týkající se vícečetného těhotenství a jeho ukončení měla zájem pouze jedna žena (1,5 %), viz Obrázek 1.

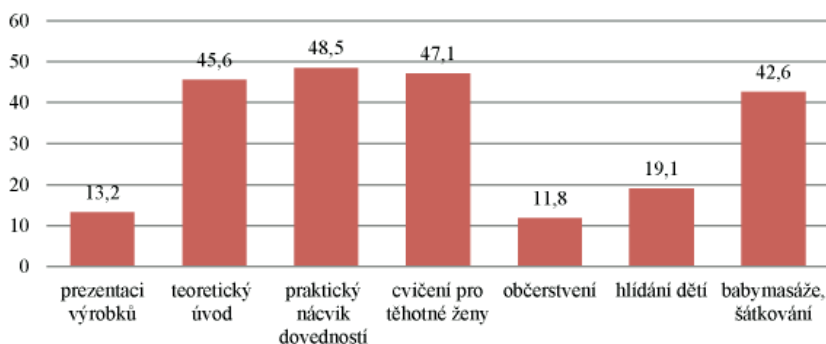
Jedna z otázek ankety se zabývá představami žen o ideálním obsahu lekce předporodního kurzu. Mezi nejčastěji uváděné odpovědi patří zájem o praktický nácvik dovedností. Tuto možnost uvedlo 33 žen (48,5 %), druhou nejčastěji zvolenou odpovědí bylo cvičení pro těhotné ženy, kterou zvolilo 32 dotazovaných (47,1 %), 31 žen (45,6 %) uvedlo, že by v lekci chtěly mít zahrnutý teoretický úvod do dané problematiky a 29 žen (42,6 %) by součástí lekce uvítaly nácvik šátkování a babymasáží (Obrázek 2).

Zájem o témata



Obr. 1 Zájem o témata

Obsah lekce



Obr. 2 Průběh lekce

Pro kvalitativní šetření byly stanoveny tři cíle, a to zjistit, zda absolvovaný kurz psychoprolaxe obsahoval informace, které ženy očekávaly, zda ženy po absolvování lekcí udávají zmírnění obav z nastávající role a zda ženy využily informace získané v kurzu v praxi. Na základě stanovených cílů byl vytvořen soubor otázek pro polostrukturované rozhovory. Rozhovory byly vedeny se třemi ženami, které rodily poprvé a v době rozhovoru byly před koncem šestinedělí. Všechny tři dotazované ženy navštěvovaly kurz psychoprolaxe, pořádaný Fakultou zdravotnických studií. Vybraný předporodní kurz, který dotazované navštěvovaly především díky vyhovující době konání, se skládal ze 4 lekcí o délce trvání 2 hodiny. Jednotlivé lekce byly rozděleny tematicky a bylo možné na ně přijít i s partnerem. První lekce se týkala těhotenství, druhá porodu a šestinedělí. Součástí této lekce byla ukázka porodního sálu krajské nemocnice. Třetí lekce byla věnována hygienické péči o novorozence a kojení a závěrečná lekce byla zaměřena na správnou manipulaci s novorozencem a základy laické resuscitace. Dvě dotazované navštívily všechny 4 lekce a shodly se, že získané informace naplnily jejich očekávání, jedna z nich dokonce uvedla, že informace předčily její očekávání. Informované se ženy cítily zejména ve způsobu dýchání a tlačení v jednotlivých fázích porodu. Jedna dotazovaná uvedla, že ani tolik nepřemýšlela nad průběhem porodu jako nad péčí o novorozence a byla velmi vděčná za informace ohledně manipulace a koupání dítěte. Jedna dotazovaná si chválila informace o předporodním období. Do doby než navštívila kurz, neslyšela o EPI-NO balónku a o masáži hráze jako prevenci porodních poranění.

Jednou ženou byly kladně hodnoceny informace o screeningových vyšetřeních, která jsou v České republice ze zákona povinná či nepovinná. Dále také velmi ocenila nácvik masáží břicha novorozence při kolikách.

Jedna dotazovaná vynechala lekci těhotenství, jelikož byla v pokročilém stadiu těhotenství a domnívala se, že je zbytečné tuto lekci absolvovat. Obsah ostatních tří lekcí si velmi chválila. Dotazované kladně hodnotily propojení teorie s praktickým nácvikem.

Obecně jedním ze záměrů kurzů psychoprolaxe je snížit strach a obavy žen z porodu a z péče o novorozence. I z tohoto důvodu bylo cílem našeho šetření zjistit, zda ženy ab-

solvující předporodní kurz Fakulty zdravotnických studií udávají zmírnění obav. Odpovědi všech tří dotazovaných žen byly téměř shodné. Uvádějí, že se sice cítily dostatečně informované, ale strach stále přetrvával. Jedna dotazovaná dokonce uvedla, že její strach byl naopak ještě větší, protože až na kurzu dokázala odlišit, co jsou její zkreslené představy a jaká asi bude realita, co vše se může stát a na co by měla být připravena.

Kurzy Fakulty zdravotnických studií jsou sestaveny tak, aby ženy získané informace mohly využít v těhotenství, během porodu a následně i v šestinedělí jak u sebe samotných, tak v péči o novorozence. Na dotaz, zda ženy získané informace opravdu využily, jsme dostaly kladné odpovědi. Všechny tři ženy byly rády, že věděly teoreticky o jednotlivých fázích porodu, jak dýchat a tlačit a snažily se spolupracovat s porodními asistentkami a lékaři. Jedna dotazovaná žena v těhotenství prováděla masáž hráže a domnívá se, že i díky tomu porodila bez poranění. Všechny tři dotazované ženy se snažily a snaží správně manipulovat s novorozencem během zvedání, přenášení a koupání. Jedna respondentka se na kurzu předporodní přípravy dozvěděla o koupání dítěte v kyblíku a tuto metodu využívá. Z důvodu limitace rozsahu příspěvku není možné komentovat všechny otázky a odpovědi rozhovorů. Schéma otázek a odpovědí je zpracované v programu Atlas.ti. (Obrázek 3).

Diskuze

V České republice nejsou jednotně stanovená klinická doporučení pro vedení kurzů psychoprofylaxe. Frekvence a délka trvání kurzů je velmi variabilní. Někteří odborníci doporučují absolvovat kurz až ve 2. polovině těhotenství, jiní naopak upřednostňují navštěvovat kurz již od 3. měsíce gravidity každý týden až do porodu. Z těchto doporučení vychází i Fakulta zdravotnických studií, která kurzy pořádá pro ženy právě ve zmiňované 2. polovině těhotenství.

Nejčastějšími oblastmi edukace jsou dle Baškové (2015) těhotenství, jednotlivé doby porodní, šestinedělí, kojení a péče o novorozence. Stejně poznatky uvádí i Ratislavová (2008) a bylo z nich vycházeno při sestavování jednotlivých lekcí v rámci kurzů psychoprofylaxe pořádaných Fakultou zdravotnických studií. Jak bylo zjištěno výzkumným šetřením, nejvíce mají ženy zájem o téma péče o novorozence a manipulace s ním a poskytování laické první pomoci. Domnívaly jsme se, že ženy podléhají nejnovějším „módním trendům“ a budou mít zájem o témata, jako je například šátkování, aromaterapie v těhotenství a při porodu a babymasáže. To se ovšem nepotvrdilo a zájem žen o tuto problematiku je minimální.

Bašková (2008) a Johnson (2010) ve své publikaci zdůrazňují, že jedním z cílů předporodní přípravy je zmírnit strach těhotných žen z porodu. Porodní asistentky informují ženy o jednotlivých fázích porodu, o správném dýchání, tlačení a úlevových polohách v první době porodní. Dotazované ženy uvádějí, že po absolvování kurzu pocitovaly menší strach z porodu, přesto však přetrvávaly pocity obav z neznáma.

Bašková (2008) uvádí kladné hodnocení vedení předporodních kurzů za předpokladu propojení teorie s praxí, což se potvrzuje i v našem výzkumném šetření, kde všechny respondentky takto sestavenou lekci vyzdvihují.

Cílem psychoprofylaxe je implementace získaných poznatků a naučených dovedností do praxe, což se předporodní přípravě pořádané Fakultou zdravotnických studií daří, neboť všechny respondentky shodně uvádějí, že získané poznatky a činnosti v praxi využívají.

Závěr

Těhotenství je pro každou ženu doba očekávání a přípravy na příchod nového života. Je to období jedinečné, krásné, ale pro některé ženy může být stresující z důvodu nedostatku informací a pocitu nepřipravenosti. Kurzy předporodní přípravy, zpravidla vedeny porodními asistentkami, mají za cíl připravit těhotné ženy jak po stránce psychické, tak praktické. Náplní kurzů psychoprofylaxe na Fakultě zdravotnických studií jsou témata těhotenství, porodu, šestinedělí a péče o novorozence. Ženy jsou spokojeny s obsahovou náplní navštěvovaných kurzů. Na kurzech dostávají poměrně velké množství informací, které využívají v praxi, a to považují za největší přínos.

Kurzy předporodní přípravy by měly snížit strach žen zejména z porodu. U našich respondentek tomu je naopak. Právě díky větší informovanosti si po absolvování kurzu uvědomily možná rizika a je na zvážení, zda ženy nedostávají až příliš informací.

Psychoprofylaktické kurzy navštěvují ženy v přibližně stejném týdnu gestace a i tento fakt může jednotlivým účastnicím pomoci. Ženy si mezi sebou mohou sdělovat nejen své zkušenosti, zážitky, doporučení, ale zároveň pro sebe mohou být navzájem oporou.

Etické aspekty a konflikt zájmu

Z hlediska případného konfliktu zájmu jsme neshledaly žádné okolnosti, které by základní principy publikování ohrožovaly.

Na výzkumném šetření se podílely pouze ty respondentky, které dobrovolně souhlasily. Při kvalitativním šetření měly respondentky možnost nahlížet do zpracovaného záznamu a mohly rozhovor kdykoli ukončit.

Bibliografické odkazy

BAŠKOVÁ, Martina, 2015. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-9728-1.

ČESKO. Zákon č. 96/2004 Sb. ze dne 4. února 2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2004 [cit. 2016-02-10]. Dostupné z: <https://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&name=96~2F2004&rpp=15#seznam>

GREGORA, Martin a VELEMINSKÝ ML., Miloš, 2013. *Čekáme dítětko*. 2. aktual. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-3781-2.

HÁJEK, Zdeněk et al., 2014. *Porodnictví*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-4529-9.

JAVŮRKOVÁ, Alena a RAUDENSKÁ, Jaroslava, 2011. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-2223-8.

JOHNSON, R., 2010. *Skills for midwifery practise*. 3rd. publ. Edinburgh: Churchill Livingstone, Elsevier. ISBN 978-0-7020-6187-5.

KOUDELKOVÁ, V., 2013. *Ošetrovatelská péče o ženy v šestinedělí*. Vyd. 1. Praha: Triton, s.r.o. ISBN 978-80-7387-624-1.

RATISLAVOVÁ, K., 2008. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Vyd. 1. Praha: Reklamní atelier AREA, s.r.o. ISBN 978-80-254-2186-4.

ROZTOČIL, A. a kol., 2008. *Moderní porodnictví*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-1941-2.

WILHELMOVÁ, R., 2014. *Determinanty zdravotní gramotnosti těhotných žen*. Brno. Disertační práce. Masarykova univerzita. Vedoucí disertační práce Drahoslava Hrubá.

Mgr. Zuzana Škorníčková

Fakulta zdravotnických studií

Univerzita Pardubice

e-mail: zuzana.skornickova@upce.cz

Mgr. Helena Petržílková

Fakulta zdravotnických studií

Univerzita Pardubice

e-mail: helena.petrzilkova@upce.cz

Mgr. Lucie Sobotková

Fakulta zdravotnických studií

Univerzita Pardubice

e-mail: lucie.sobotkova2@upce.cz

Jak ovlivňuje menopauza kvalitu života ženy?

Urbánková, M.; Moravcová, M.; Dopitová, D.

Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice

Abstrakt

Úvod: U ženy mezi období, která mohou mít vliv na její zdraví a kvalitu života, patří období ovlivněné menopauzou. Toto období nebývá mnohdy pro ženy zcela jednoduché, musí se vypořádat s mnoha přicházejícími změnami, které je potřebné umět zhodnotit a v případě potřeby i řešit.

Cíl: Cílem bylo zjistit u vybraného vzorku respondentek přítomné symptomy estrogenního deficitu a posoudit míru ovlivnění kvality života žen. Autorky využily standardizovanou českou verzi dotazníku Menopause Rating Scale (MRS) v tištěné a elektronické podobě.

Metodika: Výzkumné šetření proběhlo v březnu až říjnu 2015. Do výzkumu se zapojilo celkem 334 respondentek ve věku 45–60 let s přítomnými symptomy estrogenního deficitu. Respondentky vyplňovaly nástroj MRS v rámci čekací doby ve vybraných gynekologických ambulancích v tištěné nebo v elektronické podobě po předchozím souhlasu s účastí.

Výsledky: Respondentky udávaly nejčastěji mírnou intenzitu obtíží nebo nepřítomnost některých symptomů. Nejvíce symptomů s vyšší mírou intenzity respondentky udávaly v somato-vegetativní doméně. Výsledné hodnoty v jednotlivých doménách i celkového skóre však ukazují na fakt, že kvalitu života ženám přítomné symptomy estrogenního deficitu ovlivňují jen v malé míře.

Závěr: Je nutné, aby ženy byly na změny související s menopauzou připravené a adekvátně informované. Zdravotníci musí mít k dispozici takový nástroj, kterým mohou případné změny související s menopauzou hodnotit a pak adekvátně ženám pomoci. Takovým nástrojem je Menopause Rating Scale.

Klíčová slova: kvalita života, Menopause Rating Scale, menopauza, symptomy estrogenního deficitu.

Abstract

Introduction: Menopause for women is period, which may affect their health and quality of life. This period is not often easy for women, it must deal with many incoming change. This is needed to be able to assess and if need be addressed.

Aim: The objective was to determine the selected sample of respondent's present symptoms of oestrogen deficiency and assess changes in quality of life of women. The authors use a standardized questionnaire Czech version Menopause Rating Scale (MRS) in printed and electronic form.

Method: The survey was carried out in March – October 2015. The survey involved a total of 334 respondents aged 45–60 years with present symptoms of oestrogen deficiency. Respondents filled MRS within the waiting time at selected gynaecologists.

Results: Respondents reported a mostly mild intensity difficulties or absence of certain symptoms. More symptoms reported by respondents in the somatic-vegetative domain. The resulting values in each domain and total scores, however, point to the fact that

the quality of life of women present symptoms of oestrogen deficiency affects only a small extent.

Conclusion: It is necessary that women were the changes related to menopause prepared and adequately informed. Health professionals must have such an instrument, which can be any changes related to menopause evaluate and adequately help women. Such tool is the Menopause Rating Scale.

Keywords: quality of life, Menopause Rating Scale, menopause, estrogen deficiency symptoms

Úvod

Od narození až po smrt dochází k fyziologickým změnám v životě každého člověka. Některé mohou ovlivňovat zdraví jedince, jeho kvalitu života. Mezi takovátó období v životě každé ženy patří období, kdy dochází k postupnému vyhasínání ovariálních funkcí a nastává menopauza. Toto období nebývá mnohdy pro ženy zcela jednoduché, musí se vypořádat s mnoha změnami, které přichází. Už pouhý pojem menopauza může u ženy vyvolávat obavy ze symptomů, které jsou s ní spojeny. V současnosti existuje celá řada kvalitních informačních zdrojů, které žena může využít. Připravit ženu na změny související s menopauzou je zároveň prvořadým úkolem lékařů gynekologů a porodních asistentek v primární péči. Mnoho žen o této problematice nerado hovoří, některé symptomy mají strach řešit se zdravotníky.

Je velmi důležité, aby žena vnímala nastalé změny pozitivně, snažila se řešit obtíže, které to vyžadují, a především věděla, kam se obrátit o pomoc. K tomu je nutné, abychom měli přehled o spektru přítomných symptomů estrogenního deficitu a zároveň o jejich intenzitě. Pak můžeme posoudit, jakým způsobem symptomy menopauzy ovlivňují kvalitu života ženy.

Pojem menopauza označuje poslední menstruační krvácení zpětně hodnotitelné po 12 měsících amenorey. Na počátku třetího tisíciletí se v našich podmínkách menopauzy dožívá více jak 95 % žen. Detailněji lze popsat menopauzu jako normální fyziologický proces, charakteristický vyhasínáním reprodukčních funkcí a hormonální nestabilitou. Změny, které u žen nastávají, ovlivňují různou mírou jejich kvalitu života. Střední věk menopauzy v našich geografických podmínkách se pohybuje v rozmezí 49–51 let (Citterbart, 2008, s. 269; Kolařík, 2011, s. 287). Symptomy estrogenního deficitu lze rozdělit na akutní změny – klimakterický syndrom, organický estrogen deficitní syndrom, metabolický estrogen deficitní syndrom a dále ostatní stavy s estrogenní závislostí.

Akutní změny, které u žen nastávají, nemusí znamenat hrozbu pro jejich zdraví, spíše mohou ovlivňovat a snižovat kvalitu jejich života. Do akutních změn patří vegetativní obtíže, dále některé psychické a neurovegetativní problémy (Kolařík, 2011, s. 292–302).

Subakutní příznaky neboli organický estrogen deficitní syndrom se rozvíjí obvykle skrytě v období 2–5 let a pro ženy znamená výrazné změny, které mohou mít dopad na jejich zdraví a kvalitu života, přímo však ženu neohrožují na životě. Všechny tkáně závislé na estrogeneru podléhají atrofizaci (Vlček a Vytřísalová, 2014, s. 132). Mezi subakutní symptomy patří atrofie genitálu a dyspareunie, uretrální syndrom, změny kůže a kožních adnex a dále změny trávicího systému (Kolařík, 2011, s. 296–297).

Chronické změny, které se označují souhrnně jako metabolický estrogen deficitní syndrom, mohou u žen nejen snižovat kvalitu jejich života, ale po několika letech po menopauze, kdy dochází k plnému rozvoji těchto změn, mohou ženu ohrožovat na životě. Do této skupiny změn se řadí osteoporóza, onemocnění kardiovaskulárního systému a ostatní stavy s estrogenní závislostí, např. neurodegenerativní onemocnění (Kolařík, 2011, s. 298–302).

Jak již bylo řečeno, v souvislosti s menopauzou může u žen docházet k výrazným změnám, obtížím, které mají negativní dopad na kvalitu života ženy. Změny v kvalitě života je vhodné měřit a dle výsledků pak ženy adekvátně léčit či upravit jejich životní styl. K hodnocení kvality života žen v období ovlivněném menopauzou se nejčastěji používají specifické dotazníky jako je například nástroj využitý v našem výzkumném šetření – Menopause Rating Scale (Heinemann, 2004, s. 5–6; Zöllner, 2005, s. 312–317).

Cíl

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jaké symptomy estrogenního deficitu se u respondentek vyskytují a jaká je kvalita života sledovaných žen za pomoci elektronické a tištěné formy standardizované české verze dotazníku Menopause Rating Scale.

Základními otázkami výzkumu bylo – jaké symptomy respondentky pocítují nejvíce a jak ovlivňují přítomné symptomy kvalitu života žen.

Metodika

Výzkumné šetření proběhlo v březnu až říjnu 2015. Do výzkumu se zapojilo celkem 334 respondentek ve věku 45–60 let s přítomnými symptomy estrogenního deficitu. Respondentky byly klientkami gynekologických ambulancí ve Středočeském kraji, Pardubicích a v Praze. Výzkumnou metodou byla standardizovaná česká verze dotazníku Menopause Rating Scale v tištěné a elektronické formě (Tab 1).

Tab. 1 Česká verze MRS

Menopause Rating Scale (MRS)					
Standard Czech version 1.0					
Jméno a příjmení:				Věk:	
Vzdělání*:	základní	střední bez maturity	úplně střední	vyšší odborné	vysokoškolské
Léčba*:	před léčbou	1 měsíce	3 měsíce	12 měsíců	Dnešní datum:

Které z následujících příznaků (obtíží) se Vás **za poslední měsíc týkají? Zakroužkujte**, prosím, u každého typu obtíží míru intenzity, která odpovídá Vaší reálné situaci za poslední měsíc. **Zhodnoťte**, prosím, **VŠECHNY** níže napsané obtíže (nelze jakoukoli položku přeskočit nebo vynechat)! Jestliže Vás některý z příznaků v tuto chvíli netrápí, zakroužkujte u něj 0 (žádné obtíže).

Pokud se rozhodnete během vyplňování dotazníku některou ze svých odpovědí změnit, původní odpověď přeškrtněte a zakroužkujte odpověď novou.

Intenzita obtíží

	0 ŽÁDNÉ	1 MÍRNÉ	2 STŘEDNÍ	3 VÝRAZNÉ	4 NESNESITELNÉ
1. Návaly horka, pocení (občasné pocení)	0	1	2	3	4
2. Srdeční obtíže (bušení srdce, nepravidelný rytmus, zrychlený tep, pocit tísně)	0	1	2	3	4
3. Poruchy spánku (potíže s usínáním, předčasné probouzení, potíže s trváním spánku)	0	1	2	3	4
4. Depresivní nálady (pocity smutku, plačtivost, nedostatek energie, proměnlivost nálad) ...	0	1	2	3	4
5. Předrážděnost (nervozita, vnitřní tíseň, pocity agresivity)	0	1	2	3	4
6. Úzkost (vnitřní roztěkanost, pocity paniky)	0	1	2	3	4
7. Vyčerpání (pokles výkonnosti, výpadky paměti, pokles koncentrace, zapominání)	0	1	2	3	4
8. Sexuální obtíže (změny sexuální chuti, aktivity a uspokojení)	0	1	2	3	4
9. Močové obtíže (obtíže při močení, močová inkontinence, časté močení)	0	1	2	3	4
10. Suchost pochvy (pocity suchosti a pálení v pochvě, obtíže při pohlavním styku)	0	1	2	3	4
11. Bolesti svalů a kloubů (bolesti kloubů, revmatické potíže)	0	1	2	3	4

Děkují Vám za spolupráci a projděte si, prosím, ještě jednou úplnost a správnost všech svých odpovědí.

Původní verze dotazníku Menopause Rating Scale vznikla v Německu v devadesátých letech 20. století. Česká verze MRS v tištěné a elektronické formě vznikla v roce 2014 (Moravcová et al., 2014, s. 37–38).

Dotazník MRS obsahuje 11 symptomů ve 3 doménách (somato-vegetativní, psychologická a urogenitální), viz Tab. 2. Respondentky hodnotí u jednotlivých symptomů míru intenzity pomocí škály 0–4, tj. žádné – mírné – střední – výrazné – nesnesitelné (Heinemann, 2004, s. 3–7).

Tab. 2 Domény a položky MRS

Doména	Položka
Somato-vegetativní	1. Návaly horka
	2. Srdeční obtíže
	3. Poruchy spánku
	11. Bolesti svalů a kloubů
Psychologická	4. Depresivní nálady
	5. Předrážděnost
	6. Úzkost
	7. Vyčerpání
Urogenitální	8. Sexuální obtíže
	9. Močové obtíže
	10. Suchost pochvy

Vyhodnocení dotazníku MRS je jednoduché, čím vyšší je intenzita obtíží, tím vyšší skóre má žena v jednotlivých doménách. Vyhodnocení každé ze tří domén je provedeno sečtením nasbíraných bodů ze všech položek, které tvoří danou doménu. Celkové vyhodnocení obtíží je poté dáno celkovým skóre ze všech tří domén. S mírou obtíží souvisejících s menopauzou úzce koresponduje i kvalita života konkrétní ženy. Čím vyšší je výsledné skóre, tím více je ovlivněna kvalita života ženy (Moravcová et al., 2014, s. 37–38).

Výsledky

V této kapitole uvádíme výsledky v jednotlivých doménách pomocí popisné statistiky, kdy ni je absolutní četnost a fi relativní četnost.

V somato-vegetativní doméně MRS respondentky hodnotily intenzitu těchto obtíží: návaly horka, srdeční obtíže, poruchy spánku a bolesti svalů a kloubů.

Z celkového počtu respondentek 116 žen (34,73 %) uvedlo, že jejich návaly horka vnímají jako mírné. Jako nesnesitelné návaly horka vnímá pouze 5 žen (1,5 %), viz Tab. 3. Z celkového počtu respondentek 116 žen (34,73 %) uvedlo mírné srdeční obtíže. Za nesnesitelné označily srdeční obtíže 4 ženy (1,19 %), viz Tab. 4. Poruchy spánku jsou symptomem, který 152 respondentek (45,51 %) neobtěžuje. Naopak jako nesnesitelný symptom poruchy spánku hodnotí 10 žen (2,99 %), viz Tab. 5. Ze sledovaného počtu respondentek 115 žen (34,43 %) uvedlo mírné bolesti svalů a kloubů. U 13 žen (3,89 %) se objevují tyto obtíže jako nesnesitelné (Tab. 6).

Lze tedy zkonstatovat, že v somato-vegetativní doméně u všech symptomů více jak polovina respondentek hodnotí intenzitu přítomných symptomů jako mírnou až střední nebo není daný symptom u ženy přítomen vůbec. Nejčastěji se vyskytujícím symptomem somato-vegetativní domény jsou bolesti svalů a kloubů, kdy jeho přítomnost udává 80 % respondentek.

Tab. 3 Návaly horka

Intenzita obtíží	n_i	f_i (%)
0 - žádné	98	29,34
1 - mírné	116	34,73
2 - střední	70	20,96
3 - výrazné	45	13,47
4 - nesnesitelné	5	1,50
Celkem	334	100

Tab. 4 Srdeční obtíže

Intenzita obtíží	n_i	f_i (%)
0 - žádné	112	33,53
1 - mírné	116	34,73
2 - střední	68	20,36
3 - výrazné	34	10,18
4 - nesnesitelné	4	1,20
Celkem	334	100

Tab. 5 Poruchy spánku

Intenzita obtíží	n_i	f_i (%)
0 - žádné	152	45,51
1 - mírné	76	22,75
2 - střední	55	16,47
3 - výrazné	41	12,28
4 - nesnesitelné	10	2,99
Celkem	334	100

Tab. 6 Bolesti svalů a kloubů

Intenzita obtíží	n_i	f_i (%)
0 - žádné	67	20,06
1 - mírné	115	34,43
2 - střední	77	23,05
3 - výrazné	62	18,57
4 - nesnesitelné	13	3,89
Celkem	334	100

V **psychologické doméně** se respondentky vyjadřovaly k intenzitě čtyř symptomů, a to depresivní nálady, předrážděnost, úzkost a vyčerpání.

Z celkového počtu respondentek 129 žen (38,63 %) uvedlo depresivní nálady mírné intenzity. Naopak depresivní nálady jako nesnesitelné charakterizovalo pouze žen 5 (21,49 %), viz Tab. 7. U 173 (51,79 %) žen se předrážděnost vůbec nevyskytuje. Jako nesnesitelnou

předrážděnost uvedla pouze 1 žena (0,30 %), viz Tab. 8. Z celkového počtu respondentek 141 žen (42,21 %) uvedlo, že nepocítují úzkost. Nesnesitelnou intenzitu úzkosti pocítuje pouze 1 žena (0,30 %), viz Tab. 9. Ze sledovaného počtu respondentek 128 žen (38,33 %) uvedlo, že mají mírné obtíže spojené s vyčerpáním. Nesnesitelné obtíže zaznamenaly 3 ženy (0,90 %), viz Tab. 10.

Oproti somato-vegetativní doméně se u respondentek vyskytují symptomy psychologické domény v menší míře. V případě, že se u respondentek dané symptomy vyskytují, je to většinou v mírné až střední intenzitě. U více jak poloviny respondentek se nevyskytuje předrážděnost a u více jak 40 % respondentek se nevyskytuje úzkost. Nejčastěji respondentky uváděly přítomnost depresivních nálad.

Tab. 7 Depresivní nálad

Intenzita obtíží	n_i	f_i (%)
0 - žádné	70	20,96
1 - mírné	129	38,63
2 - střední	88	26,34
3 - výrazné	42	12,58
4 - nesnesitelné	5	1,49
Celkem	334	100

Tab. 8 Předrážděnost

Intenzita obtíží	n_i	f_i (%)
0 - žádné	173	51,79
1 - mírné	112	33,53
2 - střední	30	8,99
3 - výrazné	18	5,39
4 - nesnesitelné	1	0,30
Celkem	334	100

Tab. 9 Úzkost

Intenzita obtíží	n_i	f_i (%)
0 - žádné	141	42,21
1 - mírné	120	35,93
2 - střední	58	17,37
3 - výrazné	14	4,19
4 - nesnesitelné	1	0,30
Celkem	334	100

Tab. 10 Vyčerpání

Intenzita obtíží	n_i	f_i (%)
0 - žádné	104	31,13
1 - mírné	128	38,33
2 - střední	79	23,65
3 - výrazné	20	5,99
4 - nesnesitelné	3	0,90
Celkem	334	100

V **urogenitální doméně** respondentky hodnotily symptomy v oblasti sexuální obtíže, močové obtíže a suchost pochvy.

Z celkového počtu respondentek 146 žen (43,71 %) uvedlo, že nemají žádné sexuální obtíže. Naopak nesnesitelné obtíže v této oblasti uvedlo 7 žen (2,09 %), viz Tab. 11. Ze sledovaného počtu respondentek 150 žen (44,91 %) nemá žádné problémy v oblasti močových obtíží. Močové obtíže nesnesitelné intenzity uvedlo 9 žen (2,69 %), viz Tab. 12. Téměř polovina respondentek – 163 žen (48,80 %) uvedla, že nemají žádné obtíže spojené se suchostí pochvy. Nesnesitelné problémy v této oblasti uvedlo 14 žen (4,19 %), viz Tab. 13.

V urogenitální doméně oproti předchozím se již častěji vyskytuje výrazná a nesnesitelná intenzita obtíží. U všech třech skupin symptomů se vysoká míra intenzity objevuje přibližně u 10 % žen. Oproti tomu téměř polovina respondentek u jednotlivých symptomů uvádí nulovou intenzitu daného symptomu.

Tab. 11 Sexuální obtíže

Intenzita obtíží	n_i	f_i (%)
0 - žádné	146	43,71
1 - mírné	110	32,94
2 - střední	54	16,17
3 - výrazné	17	5,09
4 - nesnesitelné	7	2,09
Celkem	334	100

Tab. 12 Močové obtíže

Intenzita obtíží	n_i	f_i (%)
0 - žádné	150	44,91
1 - mírné	102	30,54
2 - střední	47	14,07
3 - výrazné	26	7,79
4 - nesnesitelné	9	2,69
Celkem	334	100

Tab. 13 Suchost pochvy

Intenzita obtíží	n_i	f_i (%)
0 - žádné	163	48,80
1 - mírné	82	24,55
2 - střední	50	14,98
3 - výrazné	25	7,48
4 - nesnesitelné	14	4,19
Celkem	334	100

Dále jsme se zaměřily na celkové skóre, kterého respondentky dosáhly a na skóre v jednotlivých doménách. Při využití MRS v klinické praxi se celkové skóre (0–44 bodů) dělí do třech skupin, kdy může být míra ovlivnění kvality života symptomy estrogenního deficitu nízká (0–15), střední (16–30) a vysoká (31–44). U našeho vzorku respondentek 236 žen (70,66 %) získalo celkové skóre v rozmezí 0–15 bodů. Jejich kvalita života je tedy minimálně ovlivněna, můžeme hovořit o vysoké kvalitě života. U 95 žen (28,44 %) můžeme hovořit již o snížené kvalitě života. Pouze 3 respondentky (0,90 %) dosáhly hodnoty celkového skóre, která již značí nízkou kvalitu života (Tab. 14).

Tab. 14 Celkové skóre MRS

Celkové skóre		n_i	f_i (%)
0–15	vysoká kvalita života	236	70,66
16–30	mírně snížená kvalita života	95	28,44
31–44	nízká kvalita života	3	0,90
Celkem		334	100

Diskuze

Cílem výzkumného šetření bylo zaměřit se na symptomy, které jsou spojené s menopauzou a mohou ovlivňovat kvalitu života žen. Pomocí standardizované české verze dotazníku MRS určeného pro hodnocení kvality života žen po menopauze jsme získaly potřebná data. Respondentkami byly ženy ve věku 45–60 let s přítomnými symptomy estrogenního deficitu. Položily jsme si tyto základní otázky výzkumu: jaké symptomy respondentky pociťují nejvíce a jak je ovlivněna kvalita života žen.

Ve všech třech doménách respondentky uváděly nejčastěji žádné nebo mírné až střední obtíže. Jako obtíže nesnesitelné míry intenzity hodnotily respondentky jednotlivé symptomy jen v malé míře. Nejčastěji to bylo u symptomů urogenitální domény, kde se nejvyšší míra intenzity objevila u téměř 10 % žen. V somato-vegetativní a psychologické doméně se nejvyšší míra intenzity objevila u méně než 5 % respondentek. Tyto výsledky jsou srovnatelné s výzkumem Moravcové et al. (2014) a výzkumem Krajewska-Ferishah et al. (2010). Nejvíce symptomů ženy uváděly v somato-vegetativní doméně.

Jak již bylo uvedeno, celkové skóre respondentek se v našem souboru nejčastěji pohybovalo mezi 0–15 body. Takovéto hodnoty se objevily u 70 % respondentek. Naopak vysoké celkové skóre se objevilo pouze u třech respondentek. Tyto výsledky jsou srovnatelné se všemi dostupnými výzkumy, které byly pomocí MRS ve světě prováděny (např. Schneider, 2008; Krajewska-Ferishah a kol., 2010).

Dále nás zajímalo, jakých průměrných hodnot dosahovaly respondentky v jednotlivých doménách. Nejvyšší průměrné hodnoty dosáhly respondentky v somato-vegetativní doméně, kde byl nejvyšší výskyt přítomných symptomů. Nejnižší průměrné skóre bylo v doméně urogenitální. V této doméně jsou pouze tři symptomy a poměrně vysoký počet žen nepocitoval v této doméně žádné obtíže. Oproti tomu však se v této doméně objevil vyšší výskyt výrazných až nesnesitelných obtíží.

Závěr

Tato práce byla zaměřena na hodnocení kvality života za pomoci standardizovaného dotazníku hodnocení kvality života žen po menopauze Menopause Rating Scale.

Stejně jako v podobných výzkumech, kdy byl využit nástroj hodnocení kvality života Menopause Rating Scale, jsme došly k závěru, že kvalita života žen v období ovlivněném menopauzou může být ovlivněna přítomnými symptomy estrogenního deficitu. Ve většině případů však ženy pocítují symptomy mírné až střední intenzity. Zůstává však faktem, že spektrum symptomů estrogenního deficitu může ženám kvalitu života ovlivnit a v řadě případů ohrozit i jejich zdraví.

Je proto velmi důležité, aby se problematice ženského zdraví a prevence v této oblasti věnovala velká pozornost. Celospolečensky je nutné ženy připravit na jednotlivé fáze života a případné související problémy, kterým mohou předcházet a být na ně připraveny. Výzkumy naznačují, že pro euroatlantickou kulturu možná platí medikalizační hypotéza. Běžné, přirozené a mnohadimenzionální procesy se redukují na ryze medicínský problém, který je nutno léčit jako nemoc. Toho se chápou média i farmaceutické firmy a obraz přirozeného procesu se zkrsluje. Ženy v západních zemích pak vnímají a prožívají menopauzu jako nemoc. Mají k ní mnohem negativější postoj, než ženy v jiných kulturách (Ayers et al., 2010, s. 29–35).

Ženy musí vnímat jako samozřejmost fakt, že praktický gynekolog při obtížích, ale především porodní asistentka v rámci prevence, jsou osobami, které jim s problémy pomohou a adekvátně jim poradí.

Etické aspekty a konflikt zájmu

Z hlediska případného konfliktu zájmu jsme neshledaly žádné okolnosti, které by základní principy publikování ohrožovaly. Tato publikace vznikla v rámci projektu SGSFZS_2015001

Kvalita péče ve zdravotnických zařízeních 2015 v rámci Studentské grantové soutěže Univerzity Pardubice.

Bibliografické odkazy

- AYERS, B., FORSHAW, M. a HUNTER, M. S., 2010. The impact of attitudes towards the menopause on women's symptom experience: A systematic review. *Maturitas*. **65**(1), 28–36.
- CITTERBART, K. a kol., 2008. *Gynekologie*. Vyd. 2. Praha: Galén.
- FAIT, T., 2006. *Klimakterická medicína*. Vyd. I. Praha: Maxdorf. ISBN 80-7345-001-8.
- HEINEMANN, K., RUEBIG, A., POTTHOFF, P. et al., 2004. The Menopause Rating Scale: A methodological review. *Health and Quality of Life Outcomes* [online]. **2**(45) [cit. 2016-02-01]. Dostupné z: <http://www.hqlo.com/content/2/1/45>
- KOLAŘÍK, D. a kol., 2011. *Repetitorium gynekologie*. Vyd. 2. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-267-4.
- KRAJEWSKA-FERISHAH, K., KRAJEWSKA-KUŁAK, E., TERLIKOWSKI, S. et al., 2010. Analysis of quality of life of women in menopause period in Poland, Greece, Belarus and Belgium using MRS Scale. *Advances in Medical Sciences*. **55**(2), 191–195.
- MELICHAŘÍKOVÁ, Z. a RESLEROVÁ, L., 2009. Vliv hormonální substituční terapie na ženy v postmenopauze. *Profese on-line* [online]. **2**(4), 200–210 [cit. 2015-09-14]. Dostupné z: http://profeseonline.upol.cz/archive/2009/4/POL_CZ_2009-4-3_Melicharikova.pdf
- MORAVCOVÁ, M., MAREŠ, J. a JEŽEK, S., 2014. Menopause rating scale – validation Czech version specific instrument for assessing health-related quality of life in postmenopausal women. *Ošetřovatelsví a porodní asistence* [online]. **5**(1), 36–45 [cit. 2015-10-03]. Dostupné z: <http://periodika.osu.cz/cejnm/dok/2014-01/6-moravcova-et-al-cz.pdf>
- SCHNEIDER, H. P., HEINEMANN, L. A. J., ROSEMEIER, H. P., POTTHOFF, P. a BEHRE, H. M., 2000. The Menopause Rating Scale: comparison with Kupperman index and quality-of-life scale SF-36. *Climacteric*. **3**(1), 50–58.
- VLČEK, J., VYTRÍŠALOVÁ, M. a kol., 2014. *Klinická farmacie II*. Vyd. I. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-4532-9.
- ZÖLLNER, Z. F., ACQUADRO, C. a SCHAEFER, M., 2005. Literature review of instruments to assess health-related quality of life during and after menopause. *Quality of Life Res*. **14**, 309–327.

Bc. Martina Urbánková

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

email: martina.urbankova@student.upce.cz

Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

email: marketa.moravcova@upce.cz

Bc. Daniela Dopitová

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

email: daniela.dopitova@student.upce.cz

Ošetrovateľská péče o pacienta se syndromem Guillaine-Barrého

Zatočilová, J.^{1,2}; Ehler, E.^{3,1}; Mandysová, P.^{1,3}

*1*Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice

*2*Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče, Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

*3*Neurologická klinika, Pardubická nemocnice, Nemocnice Pardubického kraje, a.s.

Abstrakt

Úvod: Syndrom Guillaine-Barrého (GBS) je neuromuskulární onemocnění, u kterého hrozí potencionálně závažné komplikace. Příznaky GBS mohou být značně dramatické a mohou ohrozit nemocného na životě.

Cíl: Popsat komplexní ošetrovateľskou péči o pacienta s GBS pomocí humanistického modelu Virginie Hendersonové.

Metodika: Výzkum byl realizován kvalitativní metodou. Tato kazuistika popisuje případ pacienta s GBS, u něhož byla nashromážděna a následně analyzována veškerá dostupná fakta.

Výsledky: Mezi hlavní oblasti ošetrovateľské péče o pacienta s GBS v kritickém stavu patří prevence rizika vzniku dekubitů, péče o vyprazdňování moče a stolice, rehabilitační ošetrování, důsledná monitorace změn ve fyzickém stavu pacienta. Součástí je i spolupráce s rodinou při získávání informací, které nemůže nemocný poskytnout sám.

Závěr: Ošetrovateľská péče o pacienta s GBS je důležitá především pro sledování klinického stavu a prevenci komplikací, které mohou v rámci akutního stavu nastat. Holistická péče o kriticky nemocné zahrnuje komplexní bio-psycho-sociální péči.

Klíčová slova: ošetrovateľská péče, syndrom Guillaine-Barrého, ventilační potíže

Abstract

Introduction: Guillaine-Barré syndrome (GBS) is a neuromuscular disease, which can lead to serious complications. Symptoms of GBS could be fairly dramatic and could threaten patients' life.

Aim: Humanistic model Virginia Henderson helps us to describe complex care of patient with GBS.

Method: Research was done by the qualitative method. This case study describes a patient with GBS from which we got and analysed all the available facts.

Results: The main area of nursing care for the critically ill patient with GBS includes preventing the risk of pressure sores, management of urination and defecation, rehabilitation treatment, and careful monitoring of changes in the patient's physical condition. It also includes cooperation with the family and obtaining information that the patient himself or herself cannot provide.

Conclusion: Nursing care of patients with GBS needs to focus mainly on clinical monitoring and prevention of complications that may arise within the acute state. Holistic care of critically ill patients is important as well and it encompasses complex bio-psycho-social care.

Keywords: nursing care, Guillaine-Barré syndrome, respiratory complications

Úvod

GBS je akutní zánětlivé onemocnění periferní nervové soustavy, včetně míšních kořenů (akutní polyradikuloneuritida). Na patogenezi GBS se podílí řada imunitních mechanismů. Incidence GBS se v Severní Americe a Evropě pohybuje v rozmezí 0,8–1,9 případu na 100 000 obyvatel. Objevuje se ve všech věkových kategoriích, častější je u jedinců nad 50 let věku a u mužů (Katríji et al., 2014, s. 573–576). Zhruba u 2/3 nemocných nacházíme v anamnéze informace o gastrointestinální nebo respirační infekci, která obvykle předchází rozvoji onemocnění asi o 1–3 týdny. Hlavním příznakem je chabá paréza a hyporeflexie až areflexie (Havránek et al., 2008, s. 81–82). Svalová slabost se projevuje zpočátku v distálních oblastech a může být asymetrická. Nejčastěji se však projevuje rychlá progresse, při níž jsou postiženy dýchací a bulbární svaly. Asi u 30 % pacientů vede generalizovaná slabost k respiračnímu selhání a nutnosti zahájení umělé plicní ventilace (Ševčík et al., 2014, s. 512; Corey-Bloom et al., 2009, s. 316). Diagnostika je postavena na zhodnocení klinického nálezu, průběhu, vyšetření likvoru lumbální punkcí a elektrofyziologickém vyšetření (Ehler et al., 2011, s. 186). Léčba je primárně zaměřená na imunomodulaci a zahrnuje dvě základní možnosti – podání imunoterapie nebo plazmaferézy. Mezi další léčebné modalitty lze zařadit léky pro řešení některých symptomatických obtíží (Havránek et al., 2008, s. 82).

Cíl

Popsat komplexní ošetrovatelskou péči a zjistit, jaké jsou nejčastější ošetrovatelské problémy při ošetrování pacienta s GBS v kritickém stavu. Dostupná data pak shrnout pomocí humanistického modelu Virginie Hendersonové.

Metodika

Výzkum byl realizován kvalitativní metodou. Tato kazuistika popisuje případ kriticky nemocného pacienta s GBS, u něhož byla shromážděna a následně analyzována veškerá dostupná fakta pomocí humanistického modelu Virginie Hendersonové. Pro získání potřebných dat byla, z důvodu narušeného stavu vědomí pacienta a orotracheální intubace (OTI), využita dokumentace z po sobě plynule následujících hospitalizací ve dvou zdravotnických zařízeních (ZZ), z nichž jedno bylo okresního typu a druhé fakultního typu. Zároveň bylo ke sběru dat využito konceptu bazální stimulace. V rámci získávání informací, pro aplikaci konceptu bazální stimulace u kriticky nemocného se GBS, bylo využito polostandardizovaného rozhovoru. Dvěma rodinným příslušníkům (manželce a synovi) byly, na základě dotazníku bazální stimulace, kladeny otázky, na něž měli možnost flexibilně odpovědět.

Výsledek

Průběh hospitalizace v prvním ZZ okresního typu (30. 5. – 4. 6. 2015)

Pacient (Tab. 1) byl transportován zdravotnickou záchrannou službou do ZZ na jednotku intenzivní péče pro rychle progredující bilaterální pneumonii, hypertenzní krizi a postupně se rozvíjející kvadruparézu. Subjektivně udával kašel trvající přibližně 3 dny. Odpoledne začal náhle pociťovat oslabení pravostranných končetin, čemuž předcházelo krátké brnění pravé horní končetiny.

Tab. 1 Anamnestické údaje

Pohlaví	muž XY
Věk	54 let
Osobní anamnéza	arteriální hypertenze, stenóza karotid, ischemická choroba dolních končetin, bilaterální bronchopneumonie, akutní cystitis
Farmakologická anamnéza	Egilog, Godasal, Atoris, Klacid, Erdomed, Diclofenac

Pro přetrvávající obtíže neurologického charakteru bylo provedeno CT vyšetření, které bylo bez patologického nálezu. Poté byl pacient přeložen na neurologickou jednotku intenzivní péče (JIP). Zde došlo k další progresi stavu dušnosti a postupnému oslabení i levostranných končetin. Pacient byl přeložen na anesteziologicko-resuscitační oddělení (ARO), kde byla provedena OTI. Opakovaně bylo provedeno CT vyšetření páteře a magnetická rezonance (MR) mozku, kde nebyly nalezeny patologické změny. Po zaléčení bronchopneumonie se provedl pokus o odtlumení pacienta, který byl neúspěšný. Z důvodu přetrvávající poruchy vědomí byla provedena lumbální punkce, s proteino-cytologickou disociací v mozkomíšním moku. V závislosti na zjištěném výsledku byl zvážen GBS, který byl po elektromyografickém vyšetření (EMG) potvrzen. Na EMG bylo vyjádřeno těžké axonální postižení. Jako léčba první volby byla navržena plazmaferéza, pro jejíž provedení byl pacient převezen do ZZ fakultního typu.

Průběh hospitalizace ve druhém ZZ fakultního typu (4. 6. – 23. 6. 2015)

Po převozu do druhého ZZ byl pacient zajištěn pro monitorování fyziologických funkcí (Tab. 2). Byly vyměněny téměř všechny invazivní vstupy kromě nazogastrické sondy (NGS), provedeny základní náběry a vyšetření. Z terapeutických zásahů byla provedena úprava ventilačního režimu na umělé plicní ventilaci (UPV) a podána stávající antibiotická terapie.

Tab. 2 Fyziologické funkce při příjmu na ARO v Praze

ventilace	řízená na SIMV bez spontánní dechové aktivity; PEEP 6; PS 10; FiO ₂ 0,5; SpO ₂ 97 %; ETK číslo 8,5 s úvazem 22 centimetrů v pravém koutku
oběh	stabilní bez katecholaminů; TK 180/100; SF 110/minutu; centrální žilní tlak 8
vědomí	analgesedace (Propofol, Sufenta); reakce pouze na bolestivý podnět (grimasy)
EKG	sinusový rytmus
TT	afebrilní

EKG – elektrokardiografie; ETK – endotracheální kanyla; FiO₂ – frakce kyslíku; PEEP – pozitivní end expirační tlak (hodnota přetlaku); PS – pressure support (tlaková podpora); SF – srdeční frekvence; SIMV – synchronizovaná intermitentní zástupná ventilace; SpO₂ – saturace krve kyslíkem; TK – tlak krve; TT – tělesná teplota

V průběhu hospitalizace byl nemocnému intermitentně podáván noradrenalin, pacient měl spíše sklony k hypertenzi. Několikrát byl proveden pokus o vysazení sedativní terapie, avšak neúspěšně. Stanovení Glasgow Coma Scale činilo šest bodů, což značí o těžké poruše vědomí. Po prvním pokusu byl využit bispektrální index (BIS), který se využívá k monitoraci hloubky sedace a anestezie. Monitoring BIS prokázal bdělost. Při snaze o ukončení sedace se u pacienta projevovala vegetativní labilita (hypertenze, pocení, tachykardie, tachy-

pnoe). I přes pokusy zvládnout tyto stavy pomocí kombinované antihypertenzní terapie se jako nejefektivnější prokázalo znovunasazení sedace. Během hospitalizace bylo opakovaně provedeno CT vyšetření a MR mozku a míchy, bez patologického nálezu. Vzhledem k přetrvávající závislosti na UPV byla pacientovi provedena tracheostomie. Po neurologickém konziliu bylo dohodnuto podání druhé kúry plazmaferézy. Byla navržena imunoterapie (intravenózní imunoglobulin v celkové dávce 2g/kg/5 dnů). 23. 6. byl pacient přeložen k dalšímu pokračování terapie na JIP neurologické kliniky ve stejném ZZ, kde byly provedeny zbývající plazmaferézy a podána imunoterapie, což bylo bez efektu. Vědomí se nezlepšilo. Posléze byl pacient na přání rodiny předán na oddělení chronické resuscitační péče blíže k domovu.

Sběr dat dle ošetrovatelského modelu Hendersonové v péči o nemocného s GBS (Archalousová, 2003, s. 24–27):

Dýchání – pacient byl při přijetí do okresní nemocnice klidově dušný. Pro celkové zhoršení dušnosti a neschopnosti odkašlat bylo nutné provést OTI. Na ARO ZZ fakultního typu byl pacient transportován na řízené UPV. Z důvodu přetrvávající poruchy vědomí a závislosti na UPV byla provedena tracheostomie. Dvakrát denně byla prováděna dechová rehabilitace. Dle ordinace lékaře byly podávány inhalace, prováděna toaleta dýchacích cest pomocí uzavřeného odsávacího systému a zvláštní péče o dutinu ústní.

Strava, tekutiny – příjem tekutin byl zajištěn parenterálně, pomocí zavedeného centrálního žilního katétru. Strava formou enterální výživy byla aplikována do zavedené nazogastrické sondy (NGS). Péče o NGS byla zajištěna převazem a změnou polohy, aby nedošlo ke vzniku dekubitu na sliznici dutiny nosní. Pro dostatečné zajištění nutrice v kritickém stavu byla podávána i parenterální výživa.

Vylučování – pacient měl z prvního ZZ zaveden permanentní močový katétr (PMK). Pro podporu vylučování moči byla pacientovi podávána diuretika. Záznam bilance tekutin byl prováděn jedenkrát za šest hodin. Vyprazdňování stolice bylo podpořeno podáváním lactulosy do NGS.

Pohyb a udržování tělesné polohy – vzhledem k závažnému stavu bylo nutné provádět pasivní polohování po třech hodinách. Střídal se pravý a levý bok a zvýšená poloha na zádech. Polohování bylo prováděno po konzultaci s fyzioterapeutkou, s využitím polohovacích pomůcek. Pacient byl uložen na aktivní antidekubitní matraci, která zajišťovala rovnoměrné rozložení tlaku na jeho tělo.

Spánek a odpočinek – pacientovi byla zpočátku podávána analgosedace. Při opakovaných pokusech o její ukončení se projevovala značná vegetativní labilita (hypertenze, pocení, tachykardie, tachypnoe). Z toho důvodu byla před dalšími pokusy nutná korekce oběhové stability. Nicméně byla snaha o zachování reálného denního režimu. Rodina byla požádána o informace týkající se činností, které pacient prováděl před spaním. Bylo zjištěno, že pacient rád poslouchal hudbu. Běžně usínal zhruba kolem deváté hodiny večer. Před onemocněním žádné problémy se spaním neměl.

Vhodný oděv, oblékání, svlékání – Pacientovi nebyl poskytnut pro pobyt v lůžku žádný oděv, tělo měl zakryto dekou. Důvodem byl snadnější přístup při terapeutických a ošetrovatelských výkonech.

Udržování tělesné teploty – pacientova teplota byla kontinuálně monitorována pomocí tepločidla, vloženého do podpažní jamky. K zachování tepelného komfortu byly využi-

ty dostupné pomůcky (přikrývky, warm touch systém). Pacient byl během hospitalizace afebrilní, objevovaly se spíše sklony k hypotermii.

Udržování tělesné hygieny, ochrana pokožky – každý den byla prováděna hygienická péče v lůžku a dále dle potřeby (propocení, vyprázdnění stolice, při polohování). Při ranní hygienické péči bylo prováděno ošetření pokožky celého těla ochranným krémem. Důraz byl také kladen na prevenci vzniku proleženin. V rámci této prevence bylo stanoveno riziko vzniku dekubitů dle Nortonové (13 bodů), což je velmi vysoké riziko. Prevence byla prováděna zajištěním dostatečné hygieny a čistoty lůžka a péčí o kůži v rizikových oblastech. Součástí prevence vzniku dekubitů bylo pasivní polohování pacienta. Celistvost kůže však byla narušena zavedením invazivních vstupů, které bylo nutno kontrolovat a převazovat, aby nedošlo ke vzniku infekčních komplikací nebo krvácení.

Ochrana před nebezpečím z okolí – ze strany personálu byly dodržovány bezpečné postupy při ošetřování nemocného. Při zavádění a ošetřování invazivních vstupů bylo postupováno za přísně aseptických podmínek, aby byla eliminována možnost vzniku infekčních komplikací. Rovněž bylo eliminováno riziko vzniku krvácení, a to řízenou antikoagulací, jejíž podávání se aktualizovalo podle hodnot hemokoagulačního vyšetření.

Komunikace, vyjádření pocitů a potřeb – během hospitalizace nebyl pacient schopen sám podávat informace, zpočátku z důvodu podávání analgosedace, později pro špatný stav vědomí (6 bodů dle Glasgow Coma Scale). Informace byly získávány komunikací s rodinou. Komunikace s pacientem byla realizována pomocí konceptu bazální stimulace. Manželka, ve spolupráci se synem, vyplnila dotazník bazální stimulace. Byl určen iniciální dotek (pravé rameno) a oslovení pacienta. I přes porušený stav vědomí bylo možné pozorovat u nemocného mírný náznak bolestivých grimas. Ostatní reakce byly spíše vegetativního charakteru (pocení, tachykardie, hypertenze).

Učení, edukace – pacienta nebylo možno edukovat vzhledem k podávání analgosedace a špatnému stavu vědomí. Přesto byl pacient informován při jakémkoliv terapeutickém nebo ošetrovatelském výkonu. Rodinní příslušníci byli poučeni o zásadách konceptu bazální stimulace. Byl jim vysvětlen princip iniciálního doteku a oslovování pacienta. Snahou bylo usnadnit rodině komunikaci s pacientem. Zároveň byli požádáni, aby pacientovi přinesli jeho vlastní hygienické potřeby, oblíbenou hudbu a fotografie. Manželka přinesla osobní mýdlo, holicí strojek a šampón, oblíbené zvukové CD, fotografie.

Diskuze

Všichni zdravotníci, kteří pracují s kriticky nemocnými pacienty, obzvláště pak s pacienty s GBS, by měli být schopni vyhovět všem potřebám, které nemocný má (Lugg, 2010, s. 30). Dle zjištění učiněných sběrem dat pomocí ošetrovatelského modelu Hendersonové lze konstatovat, že u pacientů s GBS v kritickém stavu přebírá sestra veškeré činnosti spojené s uspokojováním jejich potřeb.

Je nutné, aby sestra neustále monitorovala nemocného a reagovala na aktuální změny stavu. Pacientovi byl monitorován krevní tlak, tělesná teplota, centrální žilní tlak, elektrocardiografická (EKG) křivka, respirační funkce, saturace krve kyslíkem pomocí saturačního čidla a odběrů arteriální krve. Lugg, (2010, s. 30) klade důraz právě na monitorování fyziologických a respiračních funkcí.

V rámci řešení kritického stavu byla nemocnému podávána opiatová analgetika, která sloužila ke zmírnění neuropatických bolestí. Bohužel nebyla přílišná možnost monitorace účinku těchto analgetik, neboť byla pacientovi zpočátku podávána sedace a později byla diagnostikována kvalitativní porucha vědomí. Součástí komplexní terapie u těchto pacientů je zajištění dostatečné analgezie (Lugg, 2010, s. 30; Woodward, 2013, s. 61).

Na uspokojování potřeb nemocného je důležitá participace rodinných příslušníků. To je například možné v rámci vykonávání některých ošetrovatelských úkonů, jako je hygienická péče. Je však nutné, aby některý z rodinných příslušníků projevil zájem o tyto činnosti. V tomto případě se jako problém ukázaly obavy ze strany rodiny, že nebudou schopni zajistit vysoce specializovanou péči. Nedílnou součástí péče v rámci uspokojování potřeb je i edukace rodinných příslušníků. Manželce bylo vysvětleno, jak hygienická péče probíhá a byla jí nabídnuta možnost účasti v jakékoliv formě. Manželka však nakonec tuto možnost zavrhla. Dalším neopomenutelným bodem edukace byla i snaha vysvětlit, jak navázat komunikaci. Rodinní příslušníci často netuší, jakým způsobem je možné s nemocným komunikovat. Komunikace je často velmi komplikovaná z důvodu zajištěných dýchacích cest nebo ochabnutí obličejového svalstva. Většina autorů pracuje s myšlenkou, že kromě monitorování fyziologických funkcí a sledování fyzického stavu je důležité pečovat i o psychické potřeby, což souvisí i s komunikací (Atkinson et al., 2006, s. 262; Walsh et al., 2006, s. 29; Woodward, 2013, s. 60–61).

Možnost zapojení rodiny do uspokojování potřeb je možná i v rámci konceptu bazální stimulace. Rodina byla požádána, aby vyplnila dotazník bazální stimulace a zároveň, aby přinesla osobní věci pacienta, které byly využity jako pomůcky k jednotlivým prvkům bazální stimulace. Pacient byl stimulován auditivně (poslech oblíbené country hudby a osobní oslovení vždy při kontaktu) a somaticky (iniciální dotek, zklidňující koupel s využitím vlastních hygienických potřeb (Kapounová, 2007, s. 207)). Rodina přinesla fotografie, které byly umístěny v dosahu lůžka, aby na ně pacient viděl. Byl uveden příklad, že psychosociální péče, edukace a spolupráce s rodinou je součástí komplexní holistické péče a vede ke zlepšení ošetrovatelské péče (Walsh et al., 2006, s. 29).

Závěr

Ošetrovatelská péče o pacienta s GBS je velice náročná pro celý terapeutický tým. V takto náročných situacích je nutná multidisciplinární spolupráce, které by se měli účastnit lékaři, sestry, nutriční specialisté a fyzioterapeuti. Z komplexní ošetrovatelské péče samozřejmě nelze vyjmout komunikaci s nemocným a jeho rodinou. Všichni účastníci péče by si měli uvědomit, že jde o nemocného v závažné situaci, trpícího bolestmi, stavy úzkosti a množstvím dalších obtíží. Výhodou je jistě i využití konceptu bazální stimulace u pacientů, kteří mají poruchu vědomí. V tomto případě rodina slouží jako cenný zdroj informací. Holistická péče o kriticky nemocné se musí neustále přizpůsobovat měnícímu se léčebnému plánu a reagovat na aktuální změny ve fyzickém stavu pacienta. Zahrnuje komplexní bio-psycho-sociální péči. Sestra u těchto nemocných zcela přebírá péči o potřeby. Mezi zásadní oblasti v péči patří činnosti, které by za běžné situace vykonával sám bez cizí pomoci. Součástí péče je i monitorace fyziologických funkcí a včasná detekce komplikací, které se mohou u tohoto závažného stavu vyskytnout. GBS je závažné onemocnění, při jehož terapii spolupracuje multidisciplinární tým s rodinou, aby bylo dosaženo maximální možné kvality péče a komfortu nemocného během celého procesu léčby a uzdravování.

Etické aspekty a konflikt zájmu

Autoři si nejsou vědomi žádného konfliktu zájmu. Informace ze zdravotnické dokumentace pacienta byly čerpány na základě souhlasu uděleného zdravotnickým zařízením fakultního typu.

Bibliografické odkazy

- ARCHALOUSOVÁ, Alexandra, 2003. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. Vyd. 1. Hradec Králové: Nucleus HK. ISBN 9788086225333.
- ATKINSON, Stephanie B. et al., 2006. The challenges of managing and treating Guillain-Barré syndrome during the acute phase. *Dimensions of Critical Care Nursing*. **25**(6), 256–263.
- COREY-BLOOM, Jody, 2008. *Clinical Adult Neurology*. Vyd. 3. New York: Demos Medical Publishing. ISBN 978-1-933864-35-8.
- HAVRÁNEK, Jiří, et al., 2008. Guillain-Barré syndrom. *Pediatric pro praxi* [online]. 9(1), 51–54 [cit. 2016-01-02]. Dostupné z: <http://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2008/01/11.pdf>
- EHLER, Edvard, et al., 2011. Akutní polyradikuloneuritida-diferenciální diagnostika. *Neurologie pro praxi* [online]. **12**(3), 181–187 [cit. 2016-01-02]. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2011/03/09.pdf>
- KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-1830-9.
- KATIRJI, Bashar et al., 2014. *Neuromuscular Disorders in Clinical Practice*. Vyd. 2. New York: Springer Science and Business Media. ISBN 978-1-4614-6567-6.
- LUGG, Jason, 2010. Recognising and managing Guillain-Barré syndrome. *Emergency Nurse*. **18**(3), 27–30.
- ŠEVČÍK, Pavel et al., 2014. *Intenzivní medicína*. Vyd. 2. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-066-0.
- WALSH, Simone et al., 2006. Case study: Ascending Guillain-Barré Syndrome in the intensive care unit nursing considerations. *Nursing Monograph*. 1(1), 25–30.
- WOODWARD, Sue, 2013. Guillain-Barré syndrome. *British Journal of Neuroscience Nursing* [online]. **9**(2), 59–61 [cit. 2016-01-02]. Dostupné z: <http://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjnn.2013.9.2.59>

Mgr. Jana Zatočilová

Fakulta zdravotnických studií

Univerzita Pardubice

e-mail: jana.zatocilova@upce.cz

doc. MUDr. Edvard Ehler, CSc.

Neurologická klinika

Nemocnice Pardubického kraje a.s., Pardubická nemocnice

e-mail: edvard.ehler@nemocnice-pardubice.cz

Petra Mandysová, MSN, Ph.D

Fakulta zdravotnických studií

Univerzita Pardubice

e-mail: petra.mandysova@upce.cz

Sponzoři konference



PARDUBICKÝ KRAJ



Pardubice



Název

III. Mezinárodní konference Kvalita a její perspektivy
s podtitulem Péče o psychiku ve zdraví a nemoci
Petra Mandysová, MSN, Ph.D.

Editor

Univerzita Pardubice

Ydala

Grafická úprava a sazba

Ing. Alena Komárková

Počet stran

126

Náklad

250

Datum vydání

duben 2016

Publikace neprošla jazykovou korekturou.

ISBN

978-80-7395-979-1