

OŠETŘOVATELSKÉ PERSPEKTIVY

Ústav ošetřovatelství

I. | 2018

2



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

**SLEZSKÁ
UNIVERZITA**
FAKULTA VEŘEJNÝCH
POLITIK V OPAVĚ





**SLEZSKÁ
UNIVERZITA**

FAKULTA VEŘEJNÝCH
POLITIK V OPAVĚ

OŠETŘOVATELSKÉ PERSPEKTIVY

2018

Slezská univerzita v Opavě
Fakulta veřejných politik v Opavě



**SILESIA
UNIVERSITY**

FACULTY OF PUBLIC
POLICIES IN OPAVA

NURSING PERSPECTIVES

2018

Silesian University in Opava
Faculty of Public Policies in Opava

Ošetřovatelské perspektivy

2018, roč. 1, č. 2

Členové redakční rady

Yveta VRUBLOVÁ (Opava) – šéfredaktorka redakční rady

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

Členové výkonné redakce

Jana HALUZÍKOVÁ (Opava) – předsedkyně výkonné redakce

Roman ADAMCZYK (Opava) – výkonný redaktor

Zuzana HLUBKOVÁ (Opava) – výkonná redaktorka

Lucie CHMELÁŘOVÁ (Opava) – technická redaktorka

Online verze časopisu je k dispozici na následujícím webu

osp.slu.cz

Vydavatel

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

Identifikační číslo organizace

47813059

Vychází dvakrát ročně.

Grafické zpracování a tisk

X-MEDIA servis, s.r.o.

U Cementárny 1171/11, 703 00 Ostrava-Vítkovice, Česká republika

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

Evidenční číslo Ministerstva kultury České republiky

E 23014

ISSN 2570-785X (Print)

ISSN 2571-0702 (Online)

OBSAH

EDITORIAL	9
-----------	---

EMPIRICKÁ ŠETŘENÍ A PŮVODNÍ VÝZKUMY

PROBLEMATIKA HOLENÍ VLASŮ PŘED NEUROCHIRURGICKOU OPERACÍ Lucie Tajdušová, Pavlína Rabasová	13
--	----

MOTIVACE V PROFESI VŠEOBECNÝCH SESTER Anna Rambousková, Kateřina Ratislavová	29
--	----

PREVENCE RAKOVINY PRSU V ČESKÉ REPUBLICE Lucie Mráčková, Helena Kisvetrová	39
--	----

INKONTINENCE SENIORŮ V DOMOVECH PRO SENIORY JAKO SOCIÁLNÍ PROBLÉM Zdeňka Římovská	47
--	----

VYUŽITIE NEFARMAKOLOGICKEJ LIEČBY U SENIOROV V DOMÁCEJ A ÚSTAVNEJ STAROSTLIVOSTI Katarína Zrubáková, Mária Novysedláková, Mariana Magerčiaková, Mária Šupínová	55
---	----

OTÁZKY KLINICKÉ PRAXE

DENTÁLNÍ HYGIENA – OBOR ZNÁMÝ I NEZNÁMÝ Radka Nováková	69
--	----

RECENZE A KRÁTKÁ SDĚLENÍ

RECENZE KNIHY PATOFYZIOLOGIE PRO ZDRAVOTNICKÉ OBORY Yveta Vrublová	79
--	----

RECENZE KNIHY PSYCHOSOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA V OŠETŘOVATELSKÉ PROFESI Zdeňka Římovská	81
---	----

KNIŽNÍ NOVINKY

ANGLICKÁ KONVERZACE U LŮŽKA NEMOCNÉHO 85

KLINICKÁ VÝŽIVA A DIETOLOGIE 87

NĚMECKÁ KONVERZACE U LŮŽKA NEMOCNÉHO 89

OŠETŘOVATELSTVÍ I 91

URGENTNÍ MEDICÍNA V KLINICKÉ PRAXI LÉKAŘE 93

ZÁKLADY OŠETŘOVATELSTVÍ A OŠETŘOVATELSKÝCH POSTUPŮ
PRO ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANÁŘE 95

GRADA PŘIPRAVUJE 97

POKYNY PRO AUTORY 99

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

podzim je v plném proudu, dny se krátí a chladné počasí vyzývá k tomu, sednout si nad šálkem něčeho dobrého k zajímavému čtení. Tím může být i aktuální, v pořadí druhé číslo časopisu Ošetrovatelské perspektivy. Pokud Vás, stejně jako mně, první číslo zaujalo, pak vězte, že i toto číslo Vám přináší spoustu nových informací, užitečných rad a praktických doporučení.

Jsem velice ráda, že se týmu nadšenců podařilo uvést v život odborný časopis, který našemu oboru slouží jako cenná informační platforma. Celoživotní vzdělávání, vstřebávání nových poznatků a seberozvoj jsou totiž základní pilíře naší práce. Bez nich by pokrok v oblasti ošetrovatelství a dalších nelékařských zdravotnických oborech nemohl jít tak rychle kupředu a zůstali bychom zakonzervováni kdesi v dávnověku.

Proto Vám přeji obohacující čtení a příjemné podzimní dny.



PhDr. Martina Šochmanová, MBA
náměstkyně ředitele pro ošetrovatelskou péči a kvalitu IKEM
prezidentka České asociace sester

EMPIRICKÁ ŠETŘENÍ A PŮVODNÍ VÝZKUMY

PROBLEMATIKA HOLENÍ VLASŮ PŘED NEUROCHIRURGICKOU OPERACÍ

THE ROLE OF HAIR REMOVAL BEFORE NEUROSURGICAL OPERATIONS

Lucie Tajdušová¹, Pavlína Rabasová¹

Abstrakt

Úvod: Výzkumné šetření se zabývá problematikou narušeného obrazu těla a osobní identity v souvislosti s odstraněním vlasů v rámci předoperační přípravy před neurochirurgickým výkonem. Je nezbytné stanovit, do jaké míry se zmíněný deficit odráží na bio-psycho-sociokulturních a spirituálních potřebách pacienta.

Cíl: Cílem výzkumného šetření bylo identifikovat vnímání osobní identity a narušení obrazu těla v souvislosti s holením vlasů u jedinců po neurochirurgické operaci z pohledu pacientů a všeobecných sester.

Metodika: Pro výzkumné šetření byla zvolena metoda kvantitativního výzkumu s využitím validizačního dotazníku.

Výsledky: Z analýzy výsledků je zřejmé, že pacienti s částečně i zcela oholenými vlasy vnímají změny vizáže stejně nepříznivě. Bylo zjištěno, že negativní dopady ve větší míře pociťují ženy, jež jako nejvýznamnější určující znak stanovily „skrývání části těla“, které bylo za majoritní příznak označeno i všeobecnými sestrami.

Závěr: Bylo prokázáno, že k narušení obrazu těla a osobní identity v souvislosti s předoperačním oholením vlasů skutečně dochází. Změny se projevují v oblastech fyzických, psychických i sociálních.

Klíčová slova

pacient, vlasy, obraz těla, osobní identita, operace

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

Abstract

Introduction: Research deals with disturbances of body image and personal identity in connection with hair removal during preoperative preparation before neurosurgical operation. It is necessary to determine the extent of the deficit impact on biological, psychological, sociocultural and spiritual needs of the patient.

Objective: The main goal is to identify perception of body image disturbances in body image and personal identity after neurosurgical operation in relation to head shaving from the patient's and nurse's view.

Method: A quantitative research method was used for inquiry, using a validating questionnaire.

Results: The analysis of results evidently proves equally unfavourable perception of body vision changes in patients with partially and completely shaved hair. It was found that the negative impact was felt predominantly by women, and the most significant symptom was "hiding a part of the body", which was also identified as the main symptom by the general nurses.

Conclusion: It was proven that body image and personal identity distortion caused by preoperative hair removal actually occurs. The changes are manifested in physical, mental and social areas.

Keywords

patient, hair, body image, personal identity, operation

ÚVOD

Odstranění vlasů před neurochirurgickou operací bylo dlouhodobě považováno za nedílnou součást předoperační přípravy, k čemuž vedlo přesvědčení, že oholení v místě chirurgického výkonu je faktorem snižujícím riziko infekce, a zajišťuje čistotu operační rány (Ratanalert a Sriplung, 2001). První zaznamenané předoperační oholení bylo provedeno roku 1886 německým chirurgem Gustavem Neuberem. Předoperační odstranění vlasů z operačního pole s cílem zamezit vzniku ranné infekce, taktéž doporučovali i Sir Victor Horsley a Harvey Cushing, jež jsou považováni za průkopníky neurochirurgie (Ratanalert a Sriplung, 2001).

Od dob Cushinga, kdy bylo obecně přijímáno holení vlasů jako součást předoperační přípravy, docházelo také k obavám pacientů o vlastní zevnějšek. Nicméně ani tyto obavy nezabránily neurochirurgům v tom, aby místní předoperační přípravu provedli, a to zejména proto, aby jednak zamezili již zmíněné bakteriální infekci, a navíc v případě traumatu odhalili další možná poranění hlavy. Odstranění vlasů rovněž usnadnilo plánování

vedení kožního řezu a následné jednodušší uzavření rány stehem. Nepochybně snazší bylo i ošetřování pooperační rány (Lancet, 1992). Rowbotham v roce 1948 zdůraznil, že je v případech poranění hlavy vyžadující operaci nutné oholit celou hlavu. Podobně Oliver v roce 1952 vyjádřil potřebu komplexního odstranění vlasů pro pacienty vyžadující operaci pro nádor mozku (Lancet, 1992).

V pozdních 60. letech 20. století se s rozvojem operačního mikroskopu zmenšil řez chirurgické rány, čímž docházelo i k zmenšení velikosti kraniotomie. Tento pokrok vedl k postupnému odbourávání názoru na holení všech vlasů a poskytl možnost holení vlasů jen v místě operačního řezu (Lancet, 1992). Současný pohled na předoperační holení místa chirurgického výkonu se však různí. I přestože mnohé studie (Kretschmer, Braun a Richter, 2000; Bekar et al., 2001; Tokimura et al., 2009) dokazují, že operace bez nutnosti odstranění ochlupení (vlasů) je zcela bezpečná, nezvyšuje riziko infekce a do jisté míry může eliminovat psychosociální dopady na operovaného jedince, mnozí lékaři nadále odstranění ochlupení (vlasů) z místa incize vyžadují (Taskapilioglu et al., 2013).

I přes vývojová období v neurochirurgické operativě je nutné podotknout, že vlasy jsou součástí těla a mohou plnit významné funkce, které upevňují potřeby člověka v bio-psycho-sociokulturní a spirituální dimenzi.

Ze sociálního hlediska se již v rámci hospitalizace objevují problémy spojené s novým prostředím – přítomnost jiného pacienta na stejném pokoji a setkávání se s cizími lidmi v rámci různých vyšetření. Do jisté míry je pacient depersonalizován. Z člověka, jež má určitý společenský status, se tedy během chvíle stane osoba zastávající podřadnější společenskou roli, se kterou je jednáno často neosobně a není jí dostatečně nasloucháno. Jestliže jsou navíc pacientovi předoperačně odstraněny vlasy, je jeho vypořádání se s danou situací komplikovanější. Zdravotnický personál se snaží během hospitalizace potřeby nemocného uspokojit. Limitován je ovšem nedostatkem času, což se projevuje zejména v nedostatečné míře empatie a striktním nahlížení na somatický stav jedince. Pokud jsou pacientovi předoperačně odstraněny vlasy, může vést nepostačující vnímání a nepodání psychické podpory ze strany zdravotnického personálu k negativním psychosociálním dopadům. Obeznamen by měl být zároveň s faktem, že možnosti částečného oholení či úplného ponechání vlasů jsou považovány za zcela bezpečné a mohou eliminovat negativní psychosociální dopady. Jak již bylo zmíněno, podmíněná změna sebeobrazu může vést k oslabení vlastní identity a dalších složek naplňujících bio-psycho-sociokulturní a spirituální dimenzi. Těmto projevům je vhodné předcházet prostřednictvím dostatečné informovanosti.

CÍL

Cílem výzkumného šetření bylo identifikovat míru významnosti definujících charakteristik narušeného obrazu těla a osobní identity v souvislosti s odstraněním vlasů u jedinců po neurochirurgickém výkonu z pohledu pacienta a všeobecných sester.

METODIKA

Design

Kvantitativní šetření bylo realizováno prostřednictvím validizačních dotazníků, které byly sestaveny na základě studia odborné literatury zabývající se narušeným obrazem těla. Jedním z podkladů pro tvorbu dotazníku k identifikaci definujících charakteristik narušeného obrazu těla byla taxonomie ošetrovateľských diagnóz NANDA International (2015–2017), která v oblasti sebepercepce zahrnuje ošetrovateľskou diagnózu Narušený obraz těla (00118), jež pojímá 32 určujících znaků (Herdman a Kamitsuru, 2015, s. 247). Tyto určující znaky byly doplněny o obsahové objasnění, prostřednictvím vlastní interpretace výzkumníka, jež bylo dohledáno v odborné literatuře (Jandourek, 2012). Další 7 určujících znaků bylo vytvořeno na základě studia odborné literatury (Cash, 2001; Cash a Smolak, 2012; Bártlová, 2005; Šrámková, 2013; Marková et al., 2006), která se blíže zaměřuje na ztrátu vlasů, následné dopady na osobnost člověka a jeho vnímání sebe sama. Za účelem zjištění, zda hodnocení určujících znaků neprobíhalo náhodně, byly do dotazníku zařazeny také 2 „falešné“ znaky (hypertenze, dehydratace). U každého znaku respondenti vyznačovali charakteristickou míru významnosti na pětiúrovňové hodnotící škále. V rámci výzkumného šetření nebyly hodnoceny související faktory narušeného obrazu, jelikož za hlavní související faktor byla považována operace.

Soubor

Výzkumný vzorek tvořily dvě skupiny respondentů. První skupina zahrnovala pacienty, jimž byly částečně či úplně oholeny vlasy před neurochirurgickým výkonem. Tito pacienti byli lucidní a zároveň emocionálně schopní a ochotní posoudit seznam určujících znaků, ve vztahu k vlastnímu vnímání obrazu těla. Kritériem k jejich zařazení do šetření bylo vyplnění dotazníku den před propuštěním do domácí péče nebo přeložením do jiného zdravotnického zařízení. Souhlasem k jejich zařazení do průzkumného šetření bylo odezdání vyplněného anonymního dotazníku.

Výzkumný soubor pacientů byl zastoupen 32 pacienty (100 %), 59,00 % (19) představovaly ženy a 41,00 % (13) muži. Průměrný věk respondentů byl 48,44 let. Pobyt ve zdravotnickém zařízení byl u těchto jedinců z 62,50 % (20) navrhován, z 37,50 % (12) byla hospitalizace neplánovaná. V předoperační přípravě byly vlasy u 56,25 % (18) pacientů zcela odstraněny, u 43,75 % (14) byly vlasy odstraněny pouze částečně.

Druhou skupinu respondentů tvořily všeobecné sestry s ukončeným adaptačním procesem, pracující na neurochirurgickém oddělení. Výzkumný vzorek všeobecných sester byl následně vytržén na základě Fehringových doporučení pro výběr expertů, jež byly (Zeleníkovou et al., 2010; in: Jarošová et al., 2012, s. 48) modifikovány na podmínky České a Slovenské republiky. Navržená kritéria jsou pro potřeby výzkumu rozčleněna na požadavky základní a doplňující. Jednotlivým kritériím byly přiřazeny body. Za experta lze považovat všeobecnou sestru, jestliže dosáhla minimálně 4 bodů. Průměrný věk dotazovaných odpovídal hodnotě 40,17, přičemž kompletní vzorek tvořily ženy. Dle výše zmíněných kritérií byly všeobecné sestry roztrženy na experty (76,19 %, n = 32)

a neexpertů (23,81 %, $n = 10$), kdy průměrná hodnota modifikovaného skóre u expertů činila 5,75.

Sběr dat

Empirické šetření bylo realizováno formou validizačních dotazníků, které byly rozdány v měsících únor a březen 2018. V souvislosti s vyplněním dotazníku pro všeobecné sestry byly osloveny dvě nemocnice v Moravskoslezském kraji, jedna nemocnice Olomouckého kraje a jedna nemocnice kraje Zlínského. Ve všech těchto zařízeních se nachází neurochirurgické oddělení. Do výzkumného šetření se zapojila Městská nemocnice Ostrava a Krajská nemocnice T. Bati ve Zlíně. Validizační dotazníky pro pacienty byly respondentům rozdány pouze v Městské nemocnici Ostrava, k čemuž toto zdravotnické zařízení vyjádřilo souhlasné stanovisko.

Analýza dat

Jako pomůcka pro určení míry významnosti definujících charakteristik narušeného obrazu těla a osobní identity v souvislosti s odstraněním vlasů u jedinců po neurochirurgickém výkonu z pohledu pacienta, byl využit Fehringův, na pacienta zaměřený, model klinické diagnostické validity (Patient – focused CDV model). Přičemž, pro účely našeho výzkumu byl stanoven pouze předpoklad o výskytu ošetřovatelské diagnózy Narušený obraz těla (00118) na základě přítomnosti alespoň jednoho určujícího znaku a jednoho souvisejícího faktoru. Pro vyhodnocení druhého dílčího cíle byl využit Fehringův retrospektivní Model validity diagnostického obsahu (Diagnostic Content Validity Model – DCV Model) (Zeleníková et al., 2010; in: Jarošová et al., 2012).

Každé charakteristice a současně každému doporučení byla přiřazena významnost na pětistupňové Likertově číselné škále. Při následné analýze dat byla stanovena absolutní četnost (n), relativní četnost (%), statistický průměr, vážené skóre a směrodatná odchylka. Vážené skóre bylo určeno součtem hodnot přiřazených každé odpovědi a následným vydělením tohoto výsledku jejich celkovým počtem. Hodnoty byly odpovědím přiděleny následovně: 5 je rovno hodnotě 1,00; 4 je rovno hodnotě 0,75; 3 je rovno hodnotě 0,50; 2 je rovno hodnotě 0,25; 1 je rovno hodnotě 0,00 (Zeleníková et al., 2010; in: Jarošová et al., 2012, s. 32).

Všeobecným sestrám bylo rozdáno celkem 75 dotazníků. 45 z nich bylo k vyplnění předloženo v Městské nemocnici Ostrava, zbývajících 30 v Krajské nemocnici T. Bati ve Zlíně. Návratnost dotazníků činila 100 %, přesto bylo 30 dotazníků vyřazeno pro zcela nevyplněné položky a 3 dotazníky byly vyřazeny pro nesprávné (neúplné) vyplnění.

Dotazník pro pacienty byl předložen 32 jedincům. Jejich návratnost byla 100 %, dotazníky byly pacientům distribuovány a následně sesbírány přímo výzkumníkem. Pacienti tak byli před vyplněním dotazníku plně informováni o účelu dotazníkového šetření. V případě potřeby měli respondenti možnost konzultovat své dotazy přímo s výzkumníkem. Souhlasem k zařazení do výzkumného šetření bylo odevzdání vyplněného anonymního dotazníku.

VÝSLEDKY

Identifikace míry významnosti definujících charakteristik narušeného obrazu těla a osobní identity v souvislosti s odstraněním vlasů u jedinců po neurochirurgickém výkonu z pohledu pacienta

Ze statistické analýzy vyplývá, že souhrnný soubor respondentů (pacienti se zcela i částečně odstraněnými vlasy), nepovažuje ani jeden z nabízených symptomů jako diagnosticky významný. Dle váženého skóre (VS) byly respondenty označeny za mírně významné tyto určující znaky: kladení důrazu na zbývající silné stránky (VS 0,67), skrývání části těla (VS 0,62), vnímání, které odráží změněný pohled na vzhled vlastního těla (VS 0,53), neverbální reakce na vnímanou změnu těla (VS 0,52), neverbální reakce na změnu těla (VS 0,51) a změněný pohled na vlastní tělo (VS 0,50).

Do výzkumného šetření bylo zařazeno celkem 19 žen, které tvořily 59 % zkoumaného vzorku. Analýzou váženého skóre bylo zjištěno, že za nejvýznamnější určující znak ženy považují skrývání části těla (VS 0,80). Mezi méně významné příznaky zařadily kladení důrazu na zbývající silné stránky (VS 0,76), vnímání, které odráží změněný pohled na vzhled vlastního těla (VS 0,67), rozšíření tělesné hranice tak, aby zahrnovala okolní předměty (VS 0,63) a další (Tab. 1).

Výzkumu se zúčastnili také muži, kterým byly částečně či zcela oholeny vlasy před neurochirurgickou operací. Jejich počet byl 13, tedy 41 % respondentů. Dle váženého skóre, po zhodnocení výsledků, nebyla mužům přiřazena nejvyšší míra významnosti žádnému z určujících znaků. V této skupině se jako velmi významný projevil symptom kladení důrazu na zbývající silné stránky (VS 0,54), což ovšem podle kritérií váženého skóre spadá do kategorie méně významné neboli minoritní (Tab. 1).

Tab. 1 Analýza definujících charakteristik narušeného obrazu těla a osobní identity – pacienti (ženy x muži)

Definující charakteristiky – určující znaky		Ženy n = 19 (59,00 %)			Muži n = 13 (41,00 %)		
		Ø	VS	±SD	Ø	VS	±SD
NANDA International (2015–2017)	chybějící část těla	3,37	0,59	1,26	2,23	0,31	1,01
	změna tělesných funkcí	2,58	0,39	1,12	1,85	0,21	1,07
	změna stavby těla	2,79	0,45	1,44	1,46	0,12	0,97
	změněný pohled na vlastní tělo	3,42	0,61	1,12	2,38	0,35	1,19
	vyhýbání se pohledu na vlastní tělo	3,21	0,55	1,27	1,69	0,17	0,85
	vyhýbání se dotekům vlastního těla	1,63	0,16	0,96	1,38	0,10	0,77
	chování akceptující vlastní tělo	2,68	0,42	1,38	1,69	0,17	1,11
	chování monitorující vlastní tělo	3,21	0,55	1,32	1,92	0,23	0,95
	změna schopnosti odhadovat prostorový vztah těla k okolí	1,53	0,13	1,12	1,54	0,13	0,97
	změna životního stylu	2,63	0,41	1,12	2,15	0,29	0,69
	změna společenského zapojení	3,11	0,53	1,24	2,38	0,35	1,04
	depersonalizace části těla pomocí neosobních zájmen	1,74	0,18	1,28	1,54	0,13	0,66
	depersonalizace ztráty pomoci neosobních zájmen	1,16	0,04	0,37	1,23	0,06	0,60
	kladení důrazu na zbývající silné stránky	4,05	0,76	1,18	3,15	0,54	1,34
	rozšíření tělesné hranice tak, aby zahrnovala okolní předměty	3,53	0,63	1,81	1,23	0,06	0,60

Definující charakteristiky – určující znaky		Ženy n = 19 (59,00 %)			Muži n = 13 (41,00 %)		
		Ø	VS	±SD	Ø	VS	±SD
NANDA International (2015–2017)	strach z reakce jiných	2,95	0,49	1,31	2,08	0,27	0,86
	zaměření se na vzhled v minulosti	2,79	0,45	1,03	2,08	0,27	0,86
	zaměření se na funkci v minulosti	3,37	0,59	1,21	2,15	0,29	0,90
	zaměření se na silnou stránku z minulosti	2,63	0,41	1,50	2,54	0,38	1,33
	zvýšená úspěšnost	1,37	0,09	1,12	1,15	0,04	0,38
	skrývání části těla	4,21	0,80	1,13	2,38	0,35	1,04
	negativní pocity ohledně vlastního těla	2,95	0,49	1,31	2,38	0,35	0,96
	neverbální reakce na změnu těla	3,42	0,61	1,02	2,46	0,37	0,97
	neverbální reakce na vnímanou změnu těla	3,47	0,62	1,02	2,54	0,38	0,88
	přehnané vystavování části těla	1,26	0,07	0,65	1,46	0,12	0,66
	vnímání, které odráží změněný pohled na vzhled vlastního těla	3,68	0,67	0,95	2,31	0,33	1,03
	personalizace části těla použitím jména	1,42	0,11	0,84	1,15	0,04	0,38
	personalizace ztráty použitím jména	1,32	0,08	0,75	1,15	0,04	0,38
	přehnaný zájem věnovaný změně	2,74	0,43	1,24	1,92	0,23	0,76
	přehnaný zájem věnovaný ztrátě	2,47	0,37	1,17	1,62	0,15	0,65
	odmítnutí akceptovat změnu	1,47	0,12	0,77	1,31	0,08	0,48
	úraz nefunkční části těla	1,26	0,07	0,81	1,00	0,00	0,00
Odborná literatura	pocity odcizení se	1,84	0,21	1,01	1,15	0,04	0,38
	neefektivní vykonávání rolí	2,37	0,34	1,26	1,23	0,06	0,60
	snížená sebeúcta	2,21	0,30	1,08	1,31	0,08	0,63
	psychická alterace	2,42	0,36	1,30	1,85	0,21	0,90
	narušení intimity	2,89	0,47	1,15	1,62	0,15	0,77
	stigmatizace	3,26	0,57	1,33	2,38	0,35	0,87
	snížená úspěšnost	2,47	0,37	1,35	1,23	0,06	0,60
Faleš. znaky	hypertenze	1,11	0,03	0,32	1,08	0,02	0,28
	dehydratace	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00

Legenda: n – absolutní četnost, % – relativní četnost, Ø – průměr; VS – vážené skóre; ±SD – směrodatná odchylka; tučně v zašedlém poli – nejvýznamnější (majoritní) znak; tučně – méně významný (minoritní) znak

Výzkumný vzorek tvořilo 18 (56,25 %) pacientů, kterým byly vlasy před neurochirurgickým výkonem zcela odstraněny. Žádný z posuzovaných znaků nebyl po vyhodnocení těmito respondenty definován jako charakteristicky nejvýznamnější. Za méně významné byly označeny příznaky kladení důrazu na zbývající silné stránky (VS 0,72), skrývání části těla (VS 0,58), neverbální reakce na změnu těla (VS 0,53), neverbální reakce na vnímanou změnu těla (VS 0,53) a další (Tab. 2).

Částečné předoperační oholení vlasů podstoupilo 14 respondentů (43,75 %). Po souhrnném vyhodnocení odpovědí zmíněné skupiny nebyl na podkladě váženého skóre také stanoven žádný majoritní znak. Za méně významné symptomy byly označeny: skrývání části těla (VS 0,68), vnímání, které odráží změněný pohled na vzhled vlastního těla (VS 0,58), neverbální reakce na vnímanou změnu těla (VS 0,55), chybění části těla (VS 0,53), změněný pohled na vlastní tělo (VS 0,52) a neverbální reakce na změnu těla (VS 0,52) (Tab. 2).

Tab. 2 Analýza definujících charakteristik narušeného obrazu těla a osobní identity – pacienti (zcela oholené vlasy x částečně oholené vlasy)

Definující charakteristiky – určující znaky		Zcela oholené vlasy n = 18 (56,25 %)			Částečně oholené vlasy n = 14 (43,15%)		
		Ø	VS	±SD	Ø	VS	±SD
NANDA International (2015–2017)	chybějící část těla	2,72	0,43	1,13	3,14	0,53	1,46
	změna tělesných funkcí	2,39	0,35	1,09	2,14	0,27	1,23
	změna stavby těla	2,11	0,28	1,37	2,43	0,33	1,50
	změněný pohled na vlastní tělo	2,94	0,49	1,06	3,07	0,52	1,49
	vyhýbání se pohledu na vlastní tělo	2,50	0,38	1,47	2,71	0,41	1,20
	vyhýbání se dotekům vlastního těla	1,50	0,13	0,79	1,57	0,13	1,02
	chování akceptující vlastní tělo	2,00	0,25	1,24	2,64	0,41	1,45
	chování monitorující vlastní tělo	2,44	0,36	1,20	3,00	0,49	1,47
	změna schopnosti odhadovat prostorový vztah těla k okolí	1,56	0,14	1,04	1,50	0,13	1,09
	změna životního stylu	2,50	0,38	1,04	2,36	0,35	0,93
	změna společenského zapojení	2,72	0,43	1,27	2,93	0,48	1,14
	depersonalizace části těla pomocí neosobních zájmen	1,72	0,18	1,02	1,57	0,14	1,16
	depersonalizace ztráty pomocí neosobních zájmen	1,28	0,07	0,57	1,07	0,02	0,27
	kladení důrazu na zbývající silné stránky	3,89	0,72	1,18	3,43	0,64	1,45
	rozšíření tělesné hranice tak, aby zahrnovala okolní předměty	2,89	0,47	1,97	2,21	0,36	1,63
	strach z reakce jiných	2,72	0,43	1,32	2,43	0,37	1,09
	zaměření se na vzhled v minulosti	2,56	0,39	1,15	2,43	0,34	0,85
	zaměření se na funkci v minulosti	3,06	0,51	1,21	2,64	0,44	1,28
	zaměření se na silnou stránku z minulosti	2,61	0,40	1,46	2,57	0,43	1,40
	zvýšená úspěšnost	1,00	0,00	0,00	1,64	0,14	1,28
	skrývání části těla	3,33	0,58	1,50	3,64	0,68	1,34
	negativní pocity ohledně vlastního těla	2,89	0,47	1,28	2,50	0,39	1,09
	neverbální reakce na změnu těla	3,11	0,53	1,08	2,93	0,52	1,14
	neverbální reakce na vnímanou změnu těla	3,11	0,53	1,08	3,07	0,55	1,07
	přehnané vystavování části těla	1,22	0,06	0,55	1,50	0,11	0,76
	vnímání, které odráží změněný pohled na vzhled vlastního těla	3,06	0,51	1,35	3,21	0,58	0,97
	personalizace části těla použitím jména	1,39	0,10	0,85	1,21	0,05	0,43
	personalizace ztráty použitím jména	1,22	0,06	0,65	1,29	0,07	0,61
	přehnaný zájem věnovaný změně	2,44	0,36	1,25	2,36	0,32	1,01
	přehnaný zájem věnovaný ztrátě	2,17	0,29	1,25	2,07	0,28	0,83
	odmítnutí akceptovat změnu	1,33	0,08	0,69	1,50	0,11	0,65
	úraz nefunkční části těla	1,17	0,04	0,71	1,14	0,03	0,53
Odborná literatura	pocity odcizení se	1,56	0,14	0,86	1,57	0,13	0,94
	neefektivní vykonávání rolí	1,94	0,24	1,30	1,86	0,20	1,03
	snížená sebeúcta	1,94	0,24	1,16	1,71	0,19	0,83
	psychická alterace	2,17	0,29	1,20	2,21	0,28	1,19
	narušení intimity	2,28	0,32	1,23	2,50	0,35	1,16
	stigmatizace	2,83	0,46	1,25	3,00	0,47	1,24
Faleš. znaky	snížená úspěšnost	1,94	0,24	1,39	2,00	0,25	1,11
	hypertenze	1,06	0,01	0,24	1,04	0,03	0,36
	dehydratace	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00

Legenda: n – absolutní četnost, % – relativní četnost, Ø – průměr; VS – vážené skóre; ±SD – směrodatná odchylka; tučně – méně významný (minoritní) znak

Identifikace míry významnosti definujících charakteristik narušeného obrazu těla a osobní identity v souvislosti s odstraněním vlasů u jedinců po neurochirurgickém výkonu z pohledu všeobecných sester

Na základě zmíněných kritérií, bylo z výzkumného vzorku stanoveno 32 expertů (76,19 %). Za nejčastěji vyskytující se znak experti stanovují skrývání části těla, jehož vážené skóre je 0,83. Mezi méně významné příznaky řadí kladení důrazu na zbývající silné stránky (VS 0,77), rozšíření tělesné hranice tak, aby zahrnovala okolní předměty (VS 0,75), strach z reakce jiných (VS 0,74), stigmatizaci (VS 0,72), chybějící část těla (VS 0,70) a další (Tab. 3).

Mezi neexperty se řadí všeobecné sestry, které dle výše zmíněných kritérií získaly maximálně 3 body. Tohoto výsledku dosáhlo 10 sester (23,81 %). Podle míry váženého skóre nebyl stanoven žádný znak, jehož míra by odpovídala hodnotě nejvíce charakteristický. Jako méně charakteristické k problematice narušeného obrazu těla byly neexperty hodnoceny příznaky: strach z reakce jiných (VS 0,70), skrývání části těla (VS 0,70), chybějící část těla (0,68), kladení důrazu na zbývající silné stránky (VS 0,68), psychická alterace (VS 0,68) a další (Tab. 3).

Tab. 3 Analýza definujících charakteristik narušeného obrazu těla a osobní identity – výpovědi expertů a neexpertů

Definující charakteristiky – určující znaky		Experti			Neexpertí		
		Ø	VS	±SD	Ø	VS	±SD
NANDA International (2015–2017)	chybějící část těla	3,81	0,70	0,86	3,70	0,68	1,64
	změna tělesných funkcí	3,31	0,58	1,35	2,80	0,45	1,69
	změna stavby těla	2,16	0,29	1,11	1,60	0,15	0,97
	změněný pohled na vlastní tělo	3,69	0,67	0,93	3,50	0,63	0,85
	vyhýbání se pohledu na vlastní tělo	3,31	0,58	1,06	3,10	0,53	0,88
	vyhýbání se dotekům vlastního těla	2,97	0,49	1,15	2,60	0,40	0,84
	chování akceptující vlastní tělo	3,63	0,66	1,13	3,60	0,65	0,70
	chování monitorující vlastní tělo	3,09	0,52	0,82	2,90	0,48	0,99
	změna schopnosti odhadovat prostorový vztah těla k okolí	1,47	0,12	0,80	2,00	0,25	1,05
	změna životního stylu	2,84	0,46	1,08	2,80	0,45	1,03
	změna společenského zapojení	3,78	0,70	0,83	3,20	0,55	0,79
	depersonalizace části těla pomocí neosobních zájmen	1,91	0,23	0,96	1,80	0,20	1,03
	depersonalizace ztráty pomocí neosobních zájmen	1,47	0,12	0,84	1,20	0,05	0,42
	kladení důrazu na zbývající silné stránky	4,09	0,77	0,86	3,70	0,68	0,67
	rozšíření tělesné hranice tak, aby zahrnovala okolní předměty	4,00	0,75	0,84	3,20	0,55	1,48
	strach z reakce jiných	3,97	0,74	0,74	3,80	0,70	1,03
	zaměření se na vzhled v minulosti	3,19	0,55	1,20	3,20	0,55	0,42
	zaměření se na funkci v minulosti	3,06	0,52	1,08	2,40	0,35	0,84
	zaměření se na silnou stránku z minulosti	2,66	0,41	0,90	2,10	0,28	0,74
	zvýšená úspěšnost	1,63	0,16	0,91	1,30	0,08	0,48
	skrývání části těla	4,31	0,83	0,59	3,80	0,70	0,79
	negativní pocity ohledně vlastního těla	3,78	0,70	0,79	3,40	0,60	0,84
	neverbální reakce na změnu těla	3,56	0,64	0,72	3,10	0,53	0,99
	neverbální reakce na vnímanou změnu těla	3,56	0,64	0,72	3,00	0,50	1,05
	přehnané vystavování části těla	1,19	0,05	0,40	1,30	0,08	0,48
	vnímání, které odráží změněný pohled na vzhled vlastního těla	3,53	0,63	0,72	3,10	0,53	0,74

Definující charakteristiky – určující znaky		Experti			Neexpert		
		Ø	VS	±SD	Ø	VS	±SD
NANDA International (2015–2017)	personalizace části těla použitím jména	2,06	0,27	0,80	1,60	0,15	0,70
	personalizace ztráty použitím jména	1,69	0,17	0,86	1,40	0,10	0,70
	přehnaný zájem věnovaný změně	3,09	0,52	0,82	2,80	0,45	0,79
	přehnaný zájem věnovaný ztrátě	2,75	0,44	1,14	2,70	0,43	1,25
	odmítnutí akceptovat změnu	2,69	0,42	0,97	2,70	0,43	1,49
	úraz nefunkční části těla	1,41	0,10	0,80	1,40	0,10	0,70
Odborná literatura	pocity odcizení se	2,50	0,38	0,88	2,50	0,38	0,85
	neefektivní vykonávání rolí	2,84	0,46	1,11	2,90	0,48	0,74
	snížená sebeúcta	3,13	0,53	0,98	3,10	0,53	1,45
	psychická alterace	3,69	0,67	0,78	3,70	0,68	0,95
	narušení intimity	3,63	0,66	0,87	3,20	0,55	0,63
	stigmatizace	3,88	0,72	1,18	3,30	0,58	1,25
	snížená úspěšnost	2,75	0,44	0,88	2,30	0,33	0,67
Faleš. znaky	hypertenze	1,41	0,10	0,61	1,70	0,18	0,82
	dehydratace	1,00	0,00	0,00	1,10	0,03	0,32

Legenda: Ø – průměr; VS – vážené skóre; ±SD – směrodatná odchylka; tučně v zašedlém poli – nejvýznamnější (majoritní) znak; tučně – méně významný (minoritní) znak

DISKUSE

Samotná hospitalizace může být pro pacienta velmi stresující. Nejenže se obává o svůj zdravotní stav, výsledek vyšetření či operace, ale zároveň se potýká s nepříznivou informací vztahující se k odstranění vlasů, jež může vést k narušení sebeobrazu a osobní identity (Křivohlavý, 2002). Ve zdravotnickém zařízení se pacient musí, mimo jiné, vyrovnat s přijetím nové role, která s sebou přináší mnohá omezení potřeb, a to především v oblasti bio-psycho-sociokulturní a spirituální roviny (Šamánková et al., 2011). Přestože se zdravotnický personál aktivně podílí na poskytování adekvátní péče ve všech sférách, je stále upřednostňován somatický stav jedince, což může být zapříčiněno nedostatečnou informovaností o výsledcích studií (Taskapilioglu et al., 2013; Ratanalert a Sriplung, 2001; Kretschmer, Braun a Richter, 2000; Bekar et al., 2001), které potvrzují, že vlasy není nutno z místa incize odstraňovat. V případě jejich ponechání tak mohou být negativní psychosociální projevy eliminovány.

Z výsledků našeho výzkumného šetření vyplývá, že z fyziologického hlediska pacienti vnímají ztrátu vlasů jako nepříliš významnou. Tento deficit se podle odpovědí respondentů rovněž nijak výrazně neodráží ani na změně tělesných funkcí, stavbě těla a vnímání funkcí vlasů v minulosti. V oblasti psychické bylo prokázáno, že se dotazovaní jedinci po odstranění vlasů zaměřují zejména na zdraví a jiné silné stránky, a to i přesto, že se změnil jejich pohled na vlastní tělo. Převážná část dotazovaných reaguje na vnímanou změnu obrazu těla neverbálními projevy a snaží se dané místo zakrýt. V sociální sféře bylo zjištěno, že odstranění vlasů může vést ke změnám společenského zapojení, stigmatizaci a narušení intimity. Újma, jež je zapříčiněna ztrátou vlasů, je více vnímaná ženami než muži, což demonstrují výsledky výzkumného šetření. Ženy větší měrou chápou vlasy jako součást

těla a jejich ztráta se více projevuje v prožívání změněného sebeobrazu. Zároveň sebezačlenění do společnosti a zachování intimního života je pro ženy mnohem obtížnější než pro muže. Úplná, ale i částečná ztráta vlasů, podněcuje u pacientek intenzivnější obavy ze stigmatizujícího chování okolí. Pacienti s částečně i zcela oholenými vlasy vnímají a prožívají změnu vizáže téměř totožně, avšak jedincům, kterým byly vlasy odstraněny jen částečně, scházejí vlasy o něco více. Obě tyto skupiny se snaží zmíněný deficit před okolím skrýt.

I všeobecné sestry v rámci našeho výzkumu uvádějí, že pacienti po neurochirurgické operaci vlasy postrádají. Tento deficit se dle výsledků sester odráží i na změně tělesných funkcí, které vlasy u těchto jedinců nenaplnují. Objektivně jsou pozorovány změny chování a neverbální projevy, jimiž jedinci reagují na změněný obraz těla. Dle sdělení všeobecných sester je možno usuzovat, že se pacienti snaží oholenou oblast zakrýt, k čemuž využívají pomůcky, které rozšiřují i jejich tělesné hranice. U těchto pacientů se sestry setkávají se změnami společenského zapojení a vyhýbavými postoji k přijetí vlastního vzhledu. Z výsledku šetření lze rovněž usoudit, že se pacienti s odstraněnými vlasy zdravotnickému personálu svěřují s obavami a negativními pocity týkajícími se vlastního já, i přestože pokládají zdraví a jiné silné stránky (psychické, fyzické) za důležitější. U těchto jedinců se objevují těžkosti související s narušením intimního života i s přijetím a znovuzачleněním do společnosti. Experti i neexpertí zhodnotili určující znaky obdobně, nicméně experti jim kladou mnohem větší charakteristickou významnost.

V rámci studie autorů Kose et al. (2016) bylo prokázáno, že menší rozsah oholení vlasů může pozitivně ovlivnit vnímání vlastního obrazu. Výsledky naší studie dokazují opak. Pacienti se zcela i částečně oholenými vlasy nahlízejí na změnu vizáže stejně negativně, tudíž se snaží deficit skrýt a důraz klást na zbývající silné stránky.

Výsledky případové studie autorů Taskapilioglu et al. (2013) zahrnují a blíže popisují důsledky holení vlasů, jež se mohou odrážet na psychickém stavu jedince. Volbu míry odstranění vlasů respondenti přenechali na lékaři. Ponechání vlasů bylo chápáno jako faktor eliminující psychosociální dopady a přispívající k efektivnějšímu znovuzачlenění do společnosti. I naše studie poukazuje na rozsah důsledků plynoucích z předoperační přípravy, které mohou nepříznivě narušit psychickou i sociální oblast jedince. Zároveň bylo zjištěno, že se negativní vlivy spojené s narušením sebeobrazu ve větší míře týkají žen. Z našeho výzkumného šetření vyplývá, že narušení vizáže, kterou pacient v předoperačním procesu podstoupí, vede ke stigmatizaci, změnám ve společenském zapojení a narušení intimity. Výše uvedené konsekvence se ve větším rozsahu opět projevují u žen. Podobných výsledků dosáhla studie Ratanalerta a Sriplunga (2001), která taktéž potvrzuje nesouhlas s oholením vlasů ze stran žen, mladých lidí a jedinců žijících převážně společenským životem.

Validizační studie autorů Ogasawara et al. (1999), která se zaměřuje na narušený obraz těla související se ztrátou části těla, chemoterapií, kritickým stavem pacienta, chronickým onemocněním, poruchou příjmu potravy a operací, stanovila jako nejvýznamnější definiující charakteristiky ošetřovatelské diagnózy Narušeného obrazu těla (00118) chybění části těla, změnu tělesných funkcí nebo stavby těla, verbální reakce na skutečnou nebo

vnímanou změnu těla a neschopnost přijmout změnu chybění části těla. Výsledky naší studie poukazují na odlišné určující znaky narušeného obrazu těla, jež byly experty identifikovány u pacientů s předoperačně odstraněnými vlasy. Dle analýzy hodnot váženého skóre byl za velmi charakteristický k dané diagnóze označen symptom – skrývání části těla (VS 0,83). Za méně významné příznaky byly experty stanoveny: kladení důrazu na zbývající silné stránky (VS 0,77), rozšíření tělesné hranice tak, aby zahrnovala okolní předměty (VS 0,75), strach z reakce jiných (VS 0,74), stigmatizace (VS 0,72), chybějící část těla (VS 0,70), změna společenského zapojení (VS 0,70), negativní pocity ohledně vlastního těla (VS 0,70) a další (Tab. 3).

Retrospektivní studie Tokimury et al. (2009) pojednává o předoperační přípravě, samotném operačním výkonu a následné pooperační péči o vlasy u jedinců po neurochirurgickém výkonu. Výsledky prokázaly, že v případě zajištění vhodné hygienické péče o vlasy v předoperačním i pooperačním období není nutno vlasy z operačního pole odstraňovat, jelikož ponechání vlasů nijak nezvyšuje riziko infekce v místě chirurgického výkonu, ale naopak může vést k eliminaci psychosociálních dopadů.

Z analyzovaných studií vyplývá, že se u pacientů s předoperačně oholenými vlasy mohou objevit problémy, týkající se narušeného obrazu těla a osobní identity. Zmíněný deficit se může odrážet v psychické, ale i sociální oblasti jedince. Abychom těmto psychosociálním dopadům předešli, je zapotřebí zajistit dostatečnou informovanost pacientů o alternativních možnostech místní předoperační přípravy a rovněž poukázat na fakt, že ponechání vlasů je bezpečné a nijak nezvyšuje riziko infekce. Jednou z možných strategií, jak poskytnout uspokojivé množství informací o této problematice, může být využití informovaného souhlasu s neurochirurgickým výkonem, jehož součástí by mohl být dodatek, týkající se eventualit místních předoperačních příprav s možností jejich volby. Jelikož je hlavním zprostředkovatelem informací zdravotnický personál, je zapotřebí i jej komplexně a věcně obeznámit s potencionálními možnostmi místní předoperační přípravy a poukázat tak na změny ošetrovatelské praxe, které jsou založeny na důkazech a jež je možno aplikovat do ošetrovatelského procesu.

Ve světě je nepostradatelnou součástí ošetrovatelského týmu psycholog, jenž se zabývá psychickým stavem jedince a je nápomocen při zvládání jeho těžkostí. Ve sféře českého zdravotnictví tato praxe zatím bohužel není zcela běžná, proto je nutné, aby o duševní, a zvláště emocionální stav pacienta pečoval i zdravotnický personál.

Na základě zjištěných výsledků bylo potvrzeno, že u pacientů s předoperačně oholenými vlasy může vyvstat problém týkající se narušeného obrazu těla a osobní identity. K objektivizaci bylo využito prvků klasifikačního schématu taxonomie II NANDA International (2015–2017) a odborné literatury. Z analýzy empirické části je zřejmé, že změna obrazu těla pacienta může mít negativní psychosociální dopady na vnímání osobní identity. Těmto odezvám by se dalo předejít cíleným a explicitním vymezením konkrétních intervencí. Jedním ze zákroků, který by bylo možno uplatnit, je zajistit psychickou podporu pacienta zdravotnickým personálem, jež musí mít dostatek času, aby získal potřebný prostor pro bližší pochopení osobnosti ošetřovaného jedince a mohl tak zajistit naplnění potřeb v bio-psycho-sociokulturní a spirituální rovině. Předchozí doporučení by mělo být

zároveň doplněno dostatečnou informovaností pacienta o možnostech a alternativních postupech místní předoperační přípravy. Uplatnění výše uvedených návrhů může vést u pacienta ke kvalitnějšímu zvládnutí pooperačního období.

Limitace studie

Za limitaci tohoto výzkumného šetření považujeme neoslovení většího počtu neurochirurgických pacientů napříč Českou republikou. Výsledky výzkumu považujeme pouze za vstupní předvýzkum v námi sledované oblasti. Zajímavým poznatkem by bylo rovněž zjistit, jaký náhled na tuto problematiku mají neurochirurgičtí lékaři.

ZÁVĚR

Součástí každé operace je předoperační příprava. Chceme-li eliminovat negativní psychosociální dopady, které se mohou u pacienta po neurochirurgické operaci projevit, je v první řadě nutné nejprve odbourat zažitě stereotypy a předsudky týkající se předoperačních postupů. Přestože se medicína stále vyvíjí a umožňuje využití inovativních metod, je psychika pacienta stále odsouvána do pozadí a narušení obrazu těla a osobní identity není přikládána dostatečná míra významnosti.

Po vyhodnocení výsledků šetření, které probíhalo jak u pacientů, tak u všeobecných sester, bylo potvrzeno, že k narušení obrazu těla a osobní identity v souvislosti s oholením vlasů před neurochirurgickou operací může docházet. Změny se z pohledu pacienta projevují v oblastech fyzických, psychických i sociálních. Ačkoliv dotazovaní jedinci vnímají změnu tělesného vzhledu negativně a deficit se snaží skrýt, orientují svou pozornost především na zdraví, k čemuž pravděpodobně dochází z důvodu nedostatečné informovanosti a vnímání odstranění vlasů jako nezbytné součásti předoperační přípravy. Negativní dopady ztráty vlasů intenzivněji pociťují ženy, což by mělo být nepochybně zohledněno i v rámci předoperační péče.

Validizací ošetrovatelské problematiky narušeného obrazu těla a osobní identity bylo zjištěno, že sestry za nejčastěji objevující se symptom u pacientů po neurochirurgické operaci považují skrývání chybějící části těla, které je do jisté míry doprovázeno neverbálními projevy. Objektivním zjištěním bylo prokázáno, že psychiku jedince, dle vyjádření zdravotníků, rovněž ovlivňují negativní pocity ohledně vlastního těla a obavy z narušení intimního života, reakce okolí či případné stigmatizace, které tak jedinci bohužel mnohdy brání ve vykonávání společenských rolí a umocňují projevující se pocity vlastního odcizení. Tyto pohnutky bývají, jak se ukázalo, doplněny upřednostňováním zbývajících silných stránek jedince a zaměřením se na postupné rozšiřování fyzických omezení.

Jestliže při předoperační přípravě dojde k ponechání vlasů, budou rovněž eliminovány dopady s tím související. V tomto případě je však nutné se o vlasy v předoperačním i pooperačním období adekvátně starat a současně vymezit jasný metodický pokyn, jak v případě ponechání vlasů o operační ránu a vlasy v jejím okolí pečovat.

Etické aspekty a konflikt zájmů

Autoři prohlašují, že studie nemá žádný konflikt zájmů.

Autorský podíl

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

Poděkování

Velmi děkujeme respondentům (pacientům i zdravotnickým pracovníkům), kteří se výzkumného šetření účastnili. Poděkování rovněž náleží vedení Neurochirurgického oddělení Městské nemocnice Ostrava za realizaci operačního výkonu bez odstranění vlasů, který byl proveden na základě podnětů získaných našim výzkumným šetřením. V neposlední řadě si ceníme snahy zdravotnického personálu změnit zažitě stereotypní postupy místních předoperačních příprav, a tím u pacientů v pooperačním období eliminovat psychosociální dopady, jež s odstraněním vlasů souvisí.

Literatura

BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1197-4.

BEKAR, A. et al. The Effect of Hair on Infection after Cranial Surgery. *Acta Neurochirurgica* [online]. 2001, vol. 143, no. 6, p. 533–537. [cit. 9. 2. 2018]. ISSN 0942-0940. Available from: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs007010170057>.

CASH, T. F. The psychology of hair loss and its implications for patient care. *Clinics in Dermatology* [online]. 2001, vol. 19, no. 2, p. 161–166. [cit. 9. 2. 2018]. ISSN 0738-081X. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738081X00001279>.

CASH, T. F. and SMOLAK, L., eds. *Body image: a handbook of science, practice, and prevention*. New York: Guilford Press, 2012. ISBN 978-1-4625-0958-4.

HERDMAN, T. H. a KAMITSURU, S., eds. *Ošetrovateľské diagnózy: definície & klasifikácie: 2015–2017*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5412-3.

JANDOUREK, J. *Slovník sociologických pojmů: 610 hesel*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3679-2.

JAROŠOVÁ, D. et al. *Využitelnost ošetrovateľských klasifikácií NANDA International a NIC v domáci péči*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta, 2012. ISBN 978-80-7464-000-1.

KOSE, G. et al. The effects of different types of hair shaving on the body image and surgical site infection in elective cranial surgery. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 2016, vol. 25, no. 13–14, p. 1876–1885. [cit. 5. 3. 2018]. ISSN 0962-1067. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=115831117&lang=c>.

KRETSCHMER, T., BRAUN, V. and RICHTER, H. P. Neurosurgery without shaving: indications and results. *British Journal of Neurosurgery* [online]. 2000, vol. 14, no. 4, p. 341–344. [cit. 5. 3. 2018]. ISSN 0268-8697. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=3591419&lang=cs&site=ehost-live>.

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

MARKOVÁ, E. et al. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1151-6.

OGASAWARA, C. et al. Validation of the Defining Characteristics of Body Image Disturbance in Japan. *Nursing Diagnosis* [online]. 1999, vol. 10, no. 1, p. 15–20. [cit. 5. 3. 2018]. ISSN 1046-7459. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&an=5964401&scope=site>.

RATANALERT, S. and SRIPLUNG, H. Social attitudes toward shaving for cranial neurosurgery. *British Journal of Neurosurgery* [online]. 2001, vol. 15, no. 2, p. 132–136. [cit. 20. 2. 2018]. ISSN 0268-8697. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=4434605&lang=cs&site=ehost-live>.

Shaving the head: reason or ritual?. *Lancet* [online]. 1992, vol. 340, no. 8829, p. 1198–1199. [cit. 15. 2. 2018]. ISSN 0099-5355. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&an=9301106701&scope=site>.

ŠAMÁNKOVÁ, M. et al. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3223-7.

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

TASKAPILIOGLU, M. O. et al. Effect of Craniotomy Without Shaving on Patient Mood. *Journal of Neurological Sciences* [online]. 2013, vol. 30, no. 2, p. 385–391. [cit. 20. 2. 2018]. ISSN 1300-1817. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&an=88848341&scope=site>.

TOKIMURA, H. et al. Cranial surgery without head shaving. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery* [online]. 2009, vol. 37, no. 8, p. 477–480. [cit. 24. 3. 2017]. ISSN 1010-5182. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1010518209001097>.

Kontakt

Bc. Lucie Tajdušová, DiS.

Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě

Ústav ošetrovatelství

Bezručovo nám. 885/14, 746 01 Opava, Česká republika

lucitajdusova@gmail.com

Mgr. Pavlína Rabasová, Ph.D.

Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě

Ústav ošetrovatelství

Bezručovo nám. 885/14, 746 01 Opava, Česká republika

pavlina.rabasova@fvp.slu.cz

MOTIVACE V PROFESI VŠEOBECNÝCH SESTER

MOTIVATION IN THE PROFESSION OF GENERAL NURSES

Anna Rambousková¹, Kateřina Ratislavová²

Abstrakt

Východiska: Motivace sester je tématem velice aktuálním, nárůst zájmu o tuto problematiku lze pozorovat zejména v posledních dvou desetiletích z důvodu nárůstu nedostatku sester, předčasného odchodu sester z profese nebo jejich migrace do jiných zemí.

Cíl: Výzkumné šetření se zabývá pracovní motivací všeobecných sester pracujících na standardních lůžkových odděleních a v intenzivní péči.

Metody: Byla provedena průřezová studie formou dotazníkového šetření u všeobecných sester dvou poskytovatelů zdravotních služeb v Plzeňském a Libereckém kraji.

Výsledky: Statisticky bylo zpracováno 296 dotazníků. Motivační faktor „Mzda“ byl označen za prioritní a zároveň měl největší divergenci v pořadí určeném respondenty a vnímané saturaci ze strany zaměstnavatele ($p = 0,00$). Priorita jednotlivých motivačních faktorů mezi sestrami ze standardních oddělení a z jednotek intenzivní péče se významně nelišila.

Diskuse: Výsledky výzkumného šetření nebyly nijak překvapující a odpovídají předchozím výzkumným studiím. Sestry se již delší dobu cítí platově podhodnocené. Nižší míra motivace všeobecných sester v našem výzkumu byla spojena s vyšší mírou negativního vlivu faktorů: nedostatek času, nízké finanční ohodnocení, práce přesčas, stres a velké množství pacientů.

Závěr: Pokud budou všeobecné sestry dlouhodobě nedostatečně či negativně motivované, problémem nebude pouze vysoký výskyt fluktuace, ale také výskyt psychických a somatických obtíží končících mnohdy až syndromem vyhoření.

Klíčová slova

pracovní motivace, motivační faktory, všeobecná sestra, postoj k ošetřovatelství

¹ Kardiochirurgie – Jednotka pooperační a resuscitační péče, Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

² Fakulta zdravotnických studií, Západočeská univerzita v Plzni

Abstract

Background: Motivation of nurses is a contemporary topic, the increasing interest in this issue can be observed in the last two decades in particular due to increasing scarcity of nurses, early departure of nurses from the profession, or their migration to other countries.

Aim: This research paper investigates work motivation of general nurses working in standard wards or intensive care units.

Methods: A cross-section study using a survey was performed with general nurses employed by two healthcare providers in the Pilsen and Liberec areas.

Results: Statistical analysis of 296 questionnaires was performed. The motivating factor "Wage" was ranked as the most important and has also shown the greatest level of divergence in terms of how it was ranked by nurses and employers ($p = 0,00$). The priority of individual motivating factors did not differ significantly between nurses working in the wards or intensive care.

Discussion: The results of the survey were not surprising and are in line with previous research studies. Nurses have been feeling underpaid for a period of time already. Lower levels of motivation among general nurses in our study were related to an elevated level of negative influence of factors: time pressure, low financial remuneration, working overtime, stress and a high number of patients.

Conclusion: If general nurses are insufficiently or negatively motivated in the long term, not only high occurrence of fluctuation, but also the occurrence of psychological and somatic issues, often resulting in a burnout, will become a problem.

Keywords

job motivation, motivational factors, general nurse, attitude toward nursing

ÚVOD

„Motivovat znamená nejen brát, ale také dávat. Je to proces, při kterém nabízíte člověku, od kterého něco potřebujete, uspokojení jeho zájmů.“ (Plamínek, 2015, s. 11). V současné době považujeme motivaci za klíčový a velice důležitý faktor na cestě k úspěchu (Šamánková, 2011). U vedoucích pracovníků se očekává nejen jejich vnitřní motivace, ale také schopnost dostatečně pozitivně motivovat své podřízené (Niermeyer a Seyffert, 2005). Téma motivace všeobecných sester je v České republice velice aktuální, zejména z důvodu velkého nedostatku sester napříč všemi sektory. Náš výzkum částečně navazuje na výzkumné šetření Vévody et al. (2010) a Ivanové et al. (2013), kteří se zabývali trendy

pracovní spokojenosti sester v letech 2006–2011. Problém nedostatku sester se ve zdravotnických zařízeních odráží zejména na kvalitě poskytované ošetrovatelské péče.

CÍL PRÁCE

Hlavním záměrem našeho výzkumného šetření bylo zjistit, jaké motivační faktory považují sestry ve své profesi za prioritní a zda jsou (dle jejich názoru) tyto motivační faktory naplněny ze strany zaměstnavatelů. Dále bylo úkolem zjistit, jak sestry předcházejí poruchám motivace a jaký mají postoj k ošetrovatelské profesi. Zajímalo nás, zda existuje rozdíl mezi motivací sester pracujících v intenzivní péči a na standardních odděleních nemocnic.

METODIKA

Byla provedena průřezová studie od října do prosince 2017 u dvou poskytovatelů zdravotních služeb v Plzeňském a Libereckém kraji. Data byla shromážděna anonymně pomocí dotazníku.

Osloveny byly všeobecné sestry pracující na standardních lůžkových odděleních a na jednotkách intenzivní péče (JIP) ve dvou zdravotnických zařízeních. Dotazníkovým šetřením bylo celkem osloveno 560 sester, návratnost dotazníku činila 57,14 % (320 respondentek). Z důvodu chybného či neúplného vyplnění muselo být ještě 24 dotazníků vyřazeno. Pro zpracování dat bylo využito 296 (52,86 %) dotazníků.

Dotazník pro výzkumné šetření obsahoval tři části. První část dotazníku tvořily otázky na demografické údaje respondentek (věk, délka profesní praxe, délka zaměstnání v současném zdravotnickém zařízení, typ oddělení), druhá část dotazníku obsahovala dotazník NAQ – The Nursing Attitude Questionnaire (zkrácenou verzi). Třetí část dotazníku tvořily otázky vlastní konstrukce, které se zaměřily na pozitivní a negativní faktory ovlivňující motivaci sester, a dvě otázky (žebříček osobních priorit faktorů pracovního prostředí všeobecných sester a vnímaná saturace těchto faktorů zaměstnavatelem) pocházející z výzkumu Vévody et al. (2010), který svolil s jejich použitím.

Získaná data byla statisticky zpracována pomocí softwaru STATISTICA CZ 12. Volba statistických testů byla provedena na základě typů použitých proměnných. Ordinální proměnné byly porovnávány pomocí Mann-Whitneyho testu či dle Wilcoxonova párového testu. Chí-kvadrát test nezávislosti byl použit u nominální proměnné. V případě závislosti spojitě a ordinální proměnné byl zvolen Spearmanův korelační koeficient.

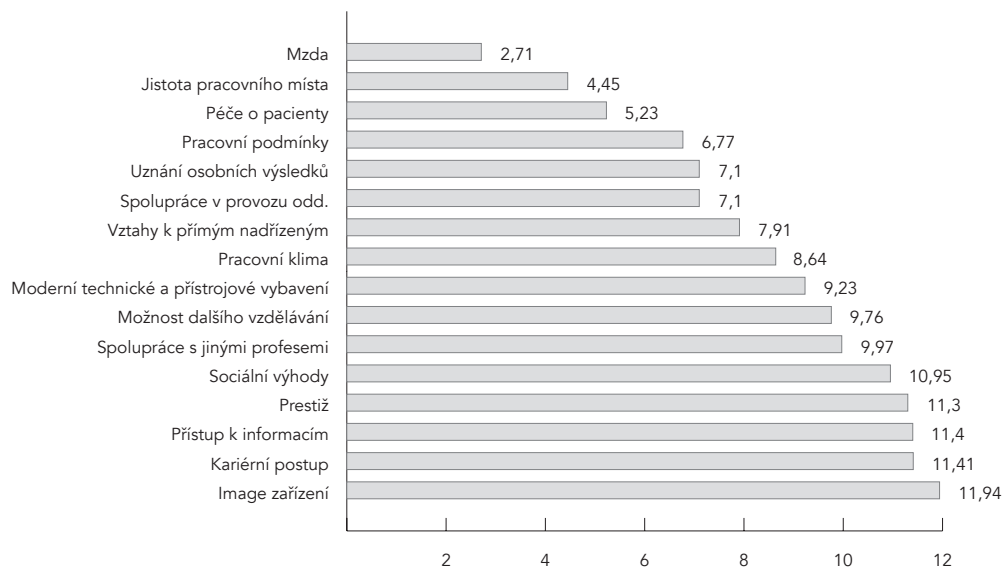
VÝSLEDKY

Dotazník vyplnilo celkem 296 respondentek/všeobecných sester. Nejnížší věková hranice respondentek 18–29 let byla zastoupena nejhojněji ($n = 127$, 43 % responden-

tek). Věkovou hranici 30–39 let označilo 25,4 % ($n = 75$) respondentek, 40–49 let volilo 16,9 % ($n = 50$) respondentek, 50–59 let označilo 11,8 % ($n = 35$) a 60 a více let jen 3 % ($n = 9$) dotazovaných. Méně než 5 let pracovalo ve zdravotnictví 40,2 % ($n = 119$) dotazovaných, 6–20 let praxe mělo 36,5 % ($n = 108$) a více než 21 let 23,3 % ($n = 69$) respondentek.

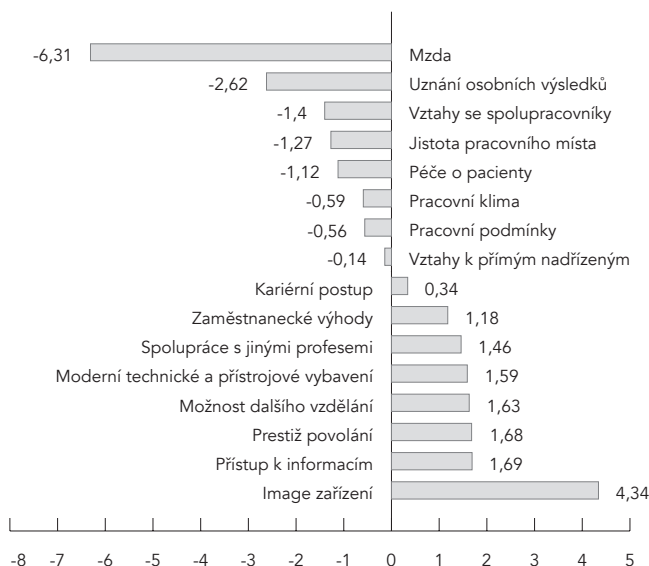
Motivační faktor „Mzda“ respondentky považovaly za prioritní ve své profesi. Na druhém místě zařadily faktor „Jistota pracovního místa“ a na třetím místě faktor „Péče o pacienty“. Na posledních místech se umístil faktor „Kariérní postup“ a „Image zařízení“. Těmto faktorům tedy přisuzují naše respondentky nejmenší důležitost (viz Graf 1).

Graf 1 Priorita motivačních faktorů všeobecných sester

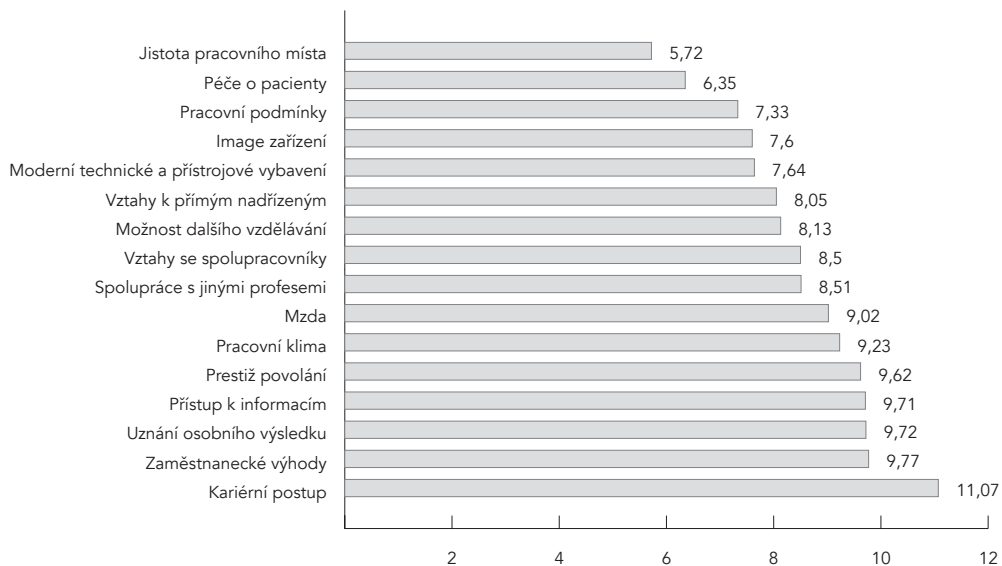


Priorita jednotlivých faktorů mezi sestrami ze standardních oddělení a z jednotek intenzivní péče (JIP) se významně nelišila. Statistické rozdíly byly zaznamenány pouze u čtyř faktorů z šestnácti, konkrétně u faktoru „Moderní a technické vybavení“ ($p = 0,00$), „Přístup k informacím“ ($p = 0,014$), „Pracovní klima“ ($p = 0,00$) a „Sociální výhody“ ($p = 0,00$).

Motivační faktor „Mzda“ měl největší divergenci v pořadí určeném respondentkami a ve vnímané saturaci ze strany zaměstnavatele ($p = 0,00$). Zjistilo se tedy, že „Mzda“ se u sester nachází na první příčce motivačních faktorů, zároveň je ale nejméně poskytována ze strany jejich zaměstnavatelů (viz Graf 2).

Graf 2 Rozdíl mezi osobními preferencemi všeobecných sester a subjektivně vnímanou saturací motivačních faktorů zaměstnavatelem

Podle subjektivního názoru respondentek zaměstnavatelé nejvíce využívají motivační faktory „Jistota pracovního místa“, „Péče o pacienty“ a „Pracovní podmínky“ (viz Graf 3).

Graf 3 Priorita motivačních faktorů ze strany zaměstnavatelů (dle subjektivního názoru respondentek)

Statisticky významné rozdíly byly prokázány u všeobecných sester pracujících na standardních lůžkových odděleních a na JIP ve struktuře motivujících odměn. Zatímco pochvalu a poděkování od vedoucího pracovníka ($n = 15$; 10,1 %) a pacienta ($n = 51$; 34,5 %) preferují sestry spíše na JIP, finanční ($n = 94$; 63,5 %) či nefinanční ($n = 10$; 6,8 %) odměny více preferují sestry na standardních odděleních.

Dále byla zjištěna korelace mezi celkovou mírou motivace všeobecných sester k práci a negativními motivačními faktory. Nižší míra motivace k práci byla spojena s vyšší mírou negativního vlivu faktorů: „Nedostatek času“ ($p = 0,023$), „Nízké finanční ohodnocení“ ($p = 0,01$), „Práce přesčas“ ($p = 0,00$), „Stres“ ($p = 0,00$) a „Množství pacientů“ ($p = 0,00$). Statisticky významný rozdíl mezi mírou negativního vlivu faktorů u všeobecných sester na standardních odděleních a JIP byl prokázán u faktorů „Nedostatek volného času“ ($p = 0,00$), „Konflikty na pracovišti“ ($p = 0,01$), „Nedostatek materiálu“ ($p = 0,00$) a „Nadměrná administrativa“ ($p = 0,00$). Vyšší míru negativního vlivu těmito faktory přirazují všeobecné sestry pracující na JIP.

Z výsledků výzkumného šetření dále vyplývá, že všeobecné sestry nejvíce předcházejí poruchám motivace navazováním a podporováním mezilidských vztahů ($n = 205$; 69,2 %). Čím více předcházely sestry poruchám motivace, tím vyšší byla míra jejich celkové motivace k práci ($p = 0,00$). Míru motivace k práci zaznamenávaly naše respondenty na škále od 0 % do 100 %. Všeobecné sestry v našem výzkumu byly nejvíce motivované na 70 %. Míru motivace 50 a více % uvedlo celkem 86 % z dotazovaných.

Celkový postoj našich respondentek k ošetrovatelské profesi je spíše pozitivní. Avšak s tvrzením: „Všeobecné sestry jsou řádně zaplacené za práci, kterou vykonávají.“ zcela souhlasilo pouze 1 % ($n = 3$) respondentek. S tvrzením spíše nesouhlasilo 36,8 % ($n = 109$) a rozhodně nesouhlasilo 30,1 % ($n = 89$) sester. Dále například s tvrzením „Všeobecné sestry by měly mít při vstupu do praxe minimálně bakalářský titul.“ zcela souhlasilo 34,1 % ($n = 101$) a spíše souhlasilo 23 % ($n = 68$) respondentek a s tvrzením „Práce všeobecné sestry je stejně důležitá jako práce lékaře.“ zcela souhlasilo 60,8 % ($n = 180$) a spíše souhlasilo 25,7 % ($n = 76$) dotazovaných. V postoji sester k ošetrovatelství nebyl zjištěn významný rozdíl mezi respondentkami z JIP a ze standardních oddělení ($p = 0,32$).

DISKUSE

Výsledky výzkumného šetření nebyly nijak překvapující. Sestry se již delší dobu cítí platově podhodnocené. Toto zjištění uvádí ve svých výzkumech Vévoda et al. (2010), Jirkovská et al. (2012) a Ivanová et al. (2013). Ve výzkumech Vévody, Ivanové et al. v letech 2006 a 2011 všeobecné sestry uvedly pro motivační faktor „Mzda“ nejvyšší prioritu. Výsledky jsou totožné i v roce 2017, přestože došlo ke dvěma platovým navýšením a příplatkům pro všeobecné sestry pracující ve směnném provozu (MZ ČR, 2016). Ztotožňujeme se s názorem předsedy Profesní a odborové unie zdravotnických pracovníků Tomáše Války, který vidí jako jediné reálné východisko okamžité navýšení platů všem sestrám. Válka uvádí fakt, že mnohé sestry v privátních a krajských zařízeních nedostaly přidáno jako

sestry ve státním sektoru, navyšování o procenta je podle Válka tristní (Citores, 2017). Celkově se prioritní faktory a jejich vnímaná saturace ze strany zaměstnavatelů všeobecných sester téměř nemění (viz Tab. 1).

Tab. 1 Porovnání motivačních faktorů s výzkumy Vévoda et al. (2010) a Ivanová et al. (2013)

	Vévoda et al. (2010)	Ivanová et al. (2013)	Naše výsledky
Prioritní faktory	Mzda	Mzda	Mzda
	Péče o pacienty	Péče o pacienty	Jistota pracovního místa
	Jistota pracovního místa	Jistota pracovního místa	Péče o pacienty
Nejméně důležité faktory	Pracovní klima	Nepeněžní uznání výsledků práce	Přístup k informacím
	Sociální výhody	Poskytované informace	Kariérní postup
	Kariérní postup	Sociální výhody	Image zařízení
Největší rozdíl mezi prioritou a subjektivně vnímanou saturací zaměstnavatelem	Mzda	Mzda	Mzda
	Jistota pracovního místa	Jistota pracovního místa	Uznání osobních výsledků
	Uznání osobních výsledků	Pracovní klima	Vztahy se spolupracovníky

V našem výzkumu se faktor „Prestiž povolání“ posunul zpět na 13. místo v pořadí priorit, kde byl v roce 2006, zatímco v roce 2011 byl na 8. místě (Ivanová et al., 2013). Prestiž tedy nepatří v současné době mezi faktory, kterým by všeobecné sestry připisovaly velký význam. Je otázkou, zda je to tím, že jsou si vědomé důležitosti své práce a prestiže nebo se naopak v praxi setkávají s neuznáním své práce (Válek a Mikulová, 2016). Z našeho výzkumu vyplývá, že sestry jsou si vědomy toho, že jejich práce je stejně důležitá jako práce lékaře (86,5 % respondentek). Z průzkumu veřejného mínění je zřejmé, že profese všeobecných sester si váží i veřejnost (3. místo v pořadí prestiže jednotlivých povolání, CVVM, 2016). Otázkou zůstává, jak se ke všeobecným sestrám chovají lékaři a pacienti přímo u lůžka.

Důležité je, že „Péče o pacienty“ patří stále mezi hlavní motivační faktory pro profesi všeobecných sester. Ve výzkumu Jirkovské et al. (2012) to byla i spokojenost pacientů, která všeobecné sestry motivovala. V našem výzkumu sestry oceňovaly a hodnotily jako motivující pochvalu a poděkování od pacientů (30,7 % respondentek). Postoj všeobecných sester k ošetřovatelství je dle vyhodnocení dotazníku NAQ pozitivní. Ve srovnání s výzkumem postoje k ošetřovatelství u studentů bakalářského studijního programu ošetřovatelství v Holandsku mají všeobecné sestry v našem výzkumu pozitivnější postoj k bakalářskému vzdělávání sester. S výrokem „Všeobecné sestry by měly mít při vstupu do praxe minimálně bakalářský titul.“ souhlasilo (částečně nebo zcela) 57,1 % našich respondentek a jen 35,2 % studentů ošetřovatelství v Holandsku (Ten Hoeve et al., 2016). Naopak nás překvapilo, že s výrokem „Všeobecné sestry si váží času stráveného péčí u lůžka pacientů.“, kde jsme očekávaly převážně souhlasné stanovisko, 60,8 % našich respondentek s tímto výrokem nesouhlasilo (částečně nebo zcela). Ve studii Ten Hoeve

et al. (2016) naopak 89,5 % studentů ošetrovatelství s tímto výrokem souhlasilo. Mohla by tato skutečnost souviset se syndromem vyhoření nebo nízkou mírou předcházení poruchám motivace? V našem výzkumu měly nejsilnější negativní vliv na motivaci všeobecných sester, kromě špatného finančního ohodnocení, také faktory „Práce přesčas“, „Velké množství pacientů“, „Nedostatek času“ a „Stres“.

Bylo zjištěno, že naše respondenty jsou nejvíce motivované na 70 %. Míru motivace 50 a více % uvedlo celkem 86 % z dotazovaných. Spokojenost sester je mnohdy podceňovaná, přitom se jedná o velmi důležitý indikátor funkčnosti zdravotnického systému. Motivace a spokojenost sester má vliv na jejich setrvání v profesi a na kvalitu poskytované ošetrovatelské péče. Vysoká psychická pohoda a uspokojení z práce znamená menší pravděpodobnost fluktuace (Haroková a Gurková, 2012).

ZÁVĚR

Téma motivace všeobecných sester bude aktuální do té doby, než se počet sesterského personálu v České republice alespoň částečně stabilizuje. Zjištěné výsledky v tomto výzkumu nebyly mnohdy zcela pozitivní. Pro odstranění problémů je nutné, aby se otevřela diskuze mezi sestrami, vedením zdravotnických zařízení, odborovými a profesními organizacemi a Ministerstvem zdravotnictví. Všeobecné sestry by měly začít otevřeně mluvit o svých požadavcích. Pro větší validitu dat by bylo vhodné pokračovat ve výzkumném šetření o větším počtu zdravotnických zařízení a větším počtu respondentů. Ve výzkumu by se měl angažovat zejména management jednotlivých zdravotnických zařízení, který postrádá dostatek všeobecných sester. Pokud budou sestry dlouhodobě nedostatečně či negativně motivované, problémem nebude pouze vysoký výskyt fluktuace, ale také výskyt psychických a somatických obtíží končících mnohdy až syndromem vyhoření.

Poděkování

Děkujeme zdravotnickým zařízením, která nám umožnila výzkumné šetření a zajímala se o motivaci svých zaměstnanců – všeobecných sester.

Literatura

CITORES, F. K. Změny ve vzdělávání sester znamenají degradaci profese, míní odborníci. *Zdravotnické noviny*. 2017, roč. 66, č. 19, s. 1–4. ISSN 0044-1996.

CWM [Centrum pro výzkum veřejného mínění]. *Prestiž povolání – únor 2016* [online]. Praha: 2016. [cit. 30. 1. 2018]. Dostupné z: https://cwm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c2/a2025/f9/eu160309.pdf.

HAROKOVÁ, S. a GURKOVÁ E. Pracovní spokojenost. *Sestra*. 2012, roč. 8, č. 7, s. 33. ISSN 1210-0404.

IVANOVÁ, K., VÉVODA, J., NAKLÁDALOVÁ, M. a MAREČKOVÁ, J. Trendy pracovní spokojenosti všeobecných sester. *Kontakt*. 2013, roč. 15, č. 2, s. 115–127. ISSN 1804-7122.

JIRKOVSKÁ, B., MUDD, D., ŘEPA, M. a BRILOVÁ, M. Průzkum motivačních faktorů u nelékařských zdravotnických pracovníků. *Praktický lékař*. 2012, roč. 92, č. 1, s. 45–49. ISSN 0032-6739.

MZ ČR [Ministerstvo zdravotnictví České republiky]. *Rok 2017 ve zdravotnictví* [online]. Praha: 2016. [cit. 21. 8. 2017]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/dokumenty/rok-2017-ve-zdravotnictvi_13171_1.html.

NIERMEYER, R. a SEYFFERT, M. *Jak motivovat sebe a své spolupracovníky*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1223-7.

PLAMÍNEK, J. *Tajemství motivace: jak zařídit, aby pro vás lidé rádi pracovali*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5515-1.

ŠAMÁNKOVÁ, M. et al. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3223-7.

TEN HOEVE, Y., CASTELEIN, S., JANSEN, W., JANSEN, G. and ROODBOL, P. Predicting factors of positive orientation and attitudes toward nursing: A quantitative cross-sectional study. *Nurse Education Today*. 2016, vol. 40, p. 111–117. ISSN 0260-6917.

VÁLEK, T. a MIKULOVÁ, J. Anketa: Má povolání sestry odpovídající prestiž?. *Zdravotnictví a medicína*. 2016, č. 4, s. 18–21. ISSN 2336-2987.

VÉVODA, J., IVANOVÁ, K., NAKLÁDALOVÁ, M. a MAREČKOVÁ J. Pracovní spokojenost všeobecných sester. *Profese online*. 2010, roč. 3, č. 3, s. 207–220. ISSN 1803-4330.

Kontakt

Mgr. Anna Rambousková
Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
Kardiochirurgie – Jednotka pooperační a resuscitační péče
Šrobárova 1150/50, 100 34 Praha 10, Česká republika
anca.rambo@seznam.cz

PREVENCE RAKOVINY PRSU V ČESKÉ REPUBLICE

PREVENTION OF BREAST CANCER IN THE CZECH REPUBLIC

Lucie Mráčková¹, Helena Kisvetrová¹

Abstrakt

Článek pojednává o stavu screeningu rakoviny prsu v ČR a jiných evropských zemích. Vycházíme z potřeby neustálé edukace žen v oblasti samovyšetřování prsů, ale především na jejich účasti na screeningovém programu.

Cílem článku je zmapovat aktuální vytiženost screeningového programu v ohrožené skupině žen a zjistit, jaké možnosti screeningu rakoviny prsu jsou v současné době v ČR nabízeny.

K vypracování článku byla použita klasická rešeršní strategie v tuzemských i zahraničních databázích za pomoci klíčových slov a booleovských operátorů.

Výsledky ukázaly, že míra účasti na screeningovém programu v posledních letech stagnuje, ačkoliv od svého zavedení v roce 2002 se zvýšila několikanásobně. Cílem screeningového programu je 80% míra účasti. Z dostupných zdrojů se ukázalo, že míra účasti v ČR je 62,80%, což se projevuje pozitivně na mortalitě, která má mírně klesající tendenci, ačkoliv incidence rakoviny prsu dramaticky roste. V rámci projektu Prevence rakoviny prsu a varlat byla provedena anketa mezi ženami v produktivním a postmenopauzálním období života. Výsledky ankety ukázaly, že je třeba neustále intervenovat na ženy v oblasti samovyšetřování, a to zejména u mladších žen.

Závěrem je zjištění, že stav screeningového programu v ČR je na dobré úrovni. Stále je ale třeba veřejnost informovat o rizikových faktorech vzniku rakoviny – a to nejen rakoviny prsu a nepolevit ve snaze přesvědčit ženy, aby pravidelně navštěvovaly lékaře a hlavně vzaly zdraví do svých rukou a prováděli samovyšetřování alespoň 1x za měsíc.

Klíčová slova

prevence, screening, rakovina prsu, samovyšetření, výskyt, úmrtnost, účast, Česká republika

¹ Centrum vědy a výzkumu, Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého v Olomouci

Abstract

This article discusses the state of breast cancer screening in the Czech Republic and other European countries. We base our discussion on the need for continuous education of women in breast self-care, but above all their participation in the screening program. The aim of the study is to map the current occupancy of the screening program in the endangered group of women and to find out what breast cancer screening options are currently available in the Czech Republic.

A search strategy was used at domestic and foreign databases by using keywords and Boolean operators.

The results showed that the rate of participation in the screening program has stagnated in recent years, although it has increased several fold since its introduction in 2002. The goal of the screening program is an 80 % participation rate. From the available sources, the rate of participation in the Czech Republic was 62.80 %, which is positive for mortality, which has a slightly decreasing trend, although the incidence of breast cancer is growing dramatically. As part of the Breast and Testicle Prevention Project, a survey was conducted between women in productive and postmenopausal periods. The results of the survey showed that there is a need to constantly intervene on women in self-care, especially among younger women.

The conclusion is that the state of the screening program in the Czech Republic is at a good level. Still, the public needs to be informed about the risk factors for cancer – not just breast cancer – and effort has to be made to persuade women to visit physicians regularly and take health in their own hands, including self-examination at least once a month.

Keywords

prevention, screening, breast cancer, self-examination, appearance, mortality, participation, Czech Republic

ÚVOD

Karcinom prsu se řadí na první místo v počtu incidence rakoviny u žen v ČR. Od roku 2002 se v ČR provádí dobrovolný screening karcinomu žen ve věku od 45 let, a to formou mamografie v dvouletých intervalech. Podmínkou pro absolvování mamografie je žádanka od praktického lékaře nebo gynekologa, což zájemkyně o toto vyšetření nutí navštívit dalšího odborníka. V případě gynekologa tím dochází i ke screeningu rakoviny děložního čípku. Ženy mladší 45 let mají možnost využít ultrasonografické vyšetření prsu.

A to i bez žádanky lékaře. Stávají se tím samoplátkyněmi. Vyšetření ultrasonografem je zpoplatněno částkou od 150 do 600 Kč. Řada zdravotních pojišťoven nabízí možnost podílení se na financování tohoto vyšetření, nebo jej jednou ročně klientce zcela proplatí. Nezastupitelnou roli v sekundární prevenci rakoviny prsu hraje samovyšetření prsu, které je vhodné provádět minimálně 1x za měsíc a uplatňuje se zejména při záchytu rychle rostoucích nádorů. Ženy mají možnost se o screeningovém vyšetření dozvědět z řady zdrojů – zejména z médií, ale informace by jim měl poskytnout i praktický lékař, gynekolog, odborná veřejnost. V rámci Slezské univerzity v Opavě, Fakulty veřejných politik v Opavě, měla široká veřejnost možnost se seznámit s touto problematikou během Dnů prevence, které celé dva dny probíhaly v Opavě na horním náměstí. V rámci projektu zaměřeného na prevenci rakoviny prsu, děložního čípku a varlat proběhlo také několik přednášek na základních a středních školách v Opavě a Ostravě a další se plánují v průběhu podzimu. I přesto, že informací k provádění screeningů je dostatek a není vůbec složité se k nim dostat, tak v posledních letech počet žen, které vyšetření podstoupí, příliš nestoupá.

POPIS REŠERŠNÍ STRATEGIE

K vyhledání relevantních zdrojů byly použity české i zahraniční online databáze se zdravotnickou tematikou. Bylo využito klíčových slov a booleovských operátorů.

TEXT LITERÁRNÍHO PŘEHLEDU

V České republice funguje preventivní screeningový program od roku 2003. Je určen pro ženy od 45 let (do roku 2009 byla horní hranice 69 let, ale od roku 2010 byla horní hranice zrušena) a provádí se na základě žádanky gynekologa či praktického lékaře. Míra účasti ve screeningovém programu v roce 2008 překročila hranici 50% a v roce 2014 už dosahovala hodnoty 62,80 %. Současně se zavedením plošného screeningů, stoupla také incidence nádorového onemocnění prsu, zároveň se však také snižuje počet žen, které tomuto onemocnění podlehnou. V roce 2014 bylo zachyceno 74,80 % nádorů v I. stádiu, což je prognosticky nejvýhodnější. Screening přináší také významný záchyt nádorů v tzv. preklinické fázi – to znamená, že žena nemá žádné klinické příznaky a v řadě případů je nádor ještě nehmotný – nedá se tedy odhalit samovyšetřováním (Skovajsová, 2016).

Incidence nádorového onemocnění prsu prudce stoupá společně s věkem. Do věku 44 let onemocní v ČR karcinomem prsu okolo 500 žen. Ve věku od 45 let je to číslo mnohonásobně vyšší – až okolo 6500 zachycených nádorů. Toto číslo roste zejména kvůli seniorskému věku. Ženám po sedmdesátce hrozí onemocnění rakovinou prsu až 1000krát častěji než ženám do 45 let.

Plošný mamografický screening mohou provádět jen akreditovaná pracoviště, která musejí podstupovat reakreditace v rozmezí dvou až tří let. Součástí reakreditačního řízení je, mimo jiné, prokazatelné pravidelné vzdělávání nejen lékařů, ale také radiologických

pracovníků. Všechna akreditovaná centra pro provádění mamárního screeningu rovněž musejí obměňovat diagnostická zařízení podle daných kritérií. Všechna data, získaná z těchto pracovišť, jsou sledována a vyhodnocována, což umožňuje dobrou zpětnou vazbu a tím poukazuje na důležitost tohoto programu (Skovajsová et al., 2014).

Problematická, a zároveň deklarující důležitost neustálé propagace screeningových programů, je míra účasti. V severských zemích dosahuje účast na preventivních screeningových programech 80 a více procent. Naproti tomu u nás začala v roce 2010 účast na screeningovém programu rakoviny prsu spíše stagnovat. Je třeba brát na vědomí, že vysoká míra účasti žen na screeningu, významně ovlivňuje mortalitu a prevalenci onemocnění. Jen s vysokou mírou účasti lze předpokládat snížení úmrtnosti. V roce 2014 dosáhla ČR hodnot něco málo pod 63 %. Skovajsová (2016) to přikládá rozdílnému přístupu k propagaci screeningu. Podle ní je v Evropských zemích běžné adresné zvaní žen k pravidelné mamografické prohlídce, přičemž u nás se od tohoto modelu upustilo. Zároveň je v Evropě raritou nutnost vystavení žádanky k mamografickému vyšetření, což vytváří určitou bariéru v dostupnosti. Dušek et al. (2014b) se k tomuto fenoménu také vyjadřuje. Jeho názor je však opatrnější. Poukazuje na důležitost znalosti zdravotního stavu pacientky při pravidelných návštěvách praktického lékaře nebo gynekologa. Ošetřující lékař má dle něj právo znát výsledek tohoto vyšetření, neboť je důležitý k nastavení chronické medikace jiných onemocnění, zejména v souvislosti s hormonální léčbou, například u žen v menopauze.

V souvislosti s tím je nutné se zmínit o faktorech, které snižují účast na screeningovém programu. Jedním ze zásadních se jeví nevzdělanost, strach z pozitivního výsledku a poměrně široce rozšířený mýtus o škodlivosti a neúčinnosti samotné mamografie. I samotný fakt, že jde o dobrovolné vyšetření, se může podílet na snížené účasti. Mezi ženami panuje názor, že jde o vyšetření nepříjemné ba dokonce bolestivé. Je pravdou, že k dobře provedené mamografii je nutné prs stlačit, což může být zejména pro ženy s hutnou mléčnou žlázou vnímáno nepříjemně. Ovšem benefity, které žena z toho vyšetření má, jsou nesrovnatelné s malou chvilkou nepohodlí. Řada žen také trpí vlhkou zapádkou v oblasti pod prsy, což kůže tvoří náchylnější k poranění. Předcházet této nepříjemné zkušenosti lze poměrně snadno a to komunikací s personálem, který je schopen provést opatření, která poranění kůže předejdou. Další poměrně rozšířenou fámou je, že mamografie sama o sobě způsobuje nádorové bujení. Zvýšené množení nádorových buněk může údajně spouštět samotná komprese prsa při vyšetření nebo rentgenové záření. Vzhledem k tomu, že diagnostické přístroje podléhají důsledné kontrole a rentgenové záření je minimalizováno na nejnižší možnou úroveň, je toto tvrzení snadno vyvratitelné. V souvislosti se škodlivostí komprese lze argumentovat tím, že ženský prs během života podstoupí různou zátěž, kolikrát trvající dlouhou dobu (používání těsného prádla, nejrůznější úrazy prsu) a ženy to prokazatelně nepředurčuje ke vzniku rakoviny prsu. Krátkodobá komprese prsu při vyšetření je tedy zanedbatelným rizikovým faktorem. Ženy s hutnou mléčnou žlázou, které pociťují nepříjemný tlak, mají možnost požádat o pomalou kompresi prsu (Skovajsová, 2016; Gregor et al., 2014).

Další problematickou a související oblastí je obeznámení zájemkyň o mamografii i s jejími riziky. Nedostatek informací v této oblasti může podporovat jejich obavy z rizik, která se

zmiňují na sociálních sítích – viz výše. Je třeba si uvědomit, že každý lékařský diagnostický výkon sebou nese nejen pozitiva, ale také i rizika. Mezi objektivní rizika mamografie se řadí především možnost falešně pozitivního nebo i falešně negativního výsledku, zkreslení výsledku po použití tuhého deodorantu s obsahem aluminia nebo olova atd. V souvislosti s informovaností o rizicích mamografie, byla v roce 2018 provedena srovnávací studie, kde bylo porovnáno 10 států EU (UK, Španělsko, Francie, Irsko, Itálie, Portugalsko, Polsko, Slovinsko, Nizozemí a Chorvatsko). Výzkumníci v každé zemi hodnotili prvních deset webových stránek zaměřených na edukaci a informovanost o screeningu rakoviny prsu. Hodnotili zdroje informací, obecné informace o mamografii a screeningu, obeznámení s potenciálními riziky a benefity mamografie. Co se týká informovanosti o rizicích, vyšla ve studii nejlépe Velká Británie. Ta na svých webových stránkách uváděla 56 % všech zjištěných rizik (39 ze 70 možných identifikovaných rizik). Ostatní země za ní značně zaostávaly. Hranici 35 % překročili pouze Španělé, Francouzi, Irové a Italové. Zbytek zemí nepřekročil hranici 30 %. Benefity mamografie dopadly ve srovnání s riziky o mnoho lépe. Zde vynikala Francie z 95 %, v těsném závěsu se ocitá Polsko s 90 % informací o benefitech mamografie a screeningu (Spagnoli et al., 2018). V České republice pacientky před vyšetřením podepisují informovaný souhlas, kde jsou se všemi riziky seznámeny a mají možnost je konzultovat s odborníkem. Aby ale žena mohla podepsat informovaný souhlas, je nutné, aby se nejdříve k vyšetření dostavila. Pokud budou její obavy z neopodstatněných rizik, o kterých se dočetla z nerelevantních zdrojů, nevyvráceny či nedovysvětleny, pravděpodobně se k vyšetření vůbec nedostaví.

Zaměření na prevenci nádorového onemocnění prsu sebou nese nesporné výhody. Nejen, že se sníží úmrtnost na toto onemocnění a prodlouží se délka přežití, ale neméně podstatnou je také ekonomická výhoda. Neboť náklady na plošné provádění screeningu jsou menší než náklady na léčbu pokročilých stádií zhoubného onemocnění. Ve srovnání s Evropou jsme na 18. místě v incidenci zhoubného onemocnění prsu (ve světě zaujímá ČR 30. místo). S mortalitou jsme v Evropě na 36. místě (světově na 117. příčce). Pokud se budeme srovnávat v prevalenci onemocnění (5-ti leté přežití), ta u nás činí 78,00 %. Průměrné přežití v EU dosahuje 81,80 %. Prevalenci zhoubných nádorových onemocnění prsu se tak přibližujeme k hodnotám typickým pro západní země EU. Východní Evropa udává průměrné přežití 73,70 % (Dušek et al., 2014b). Těmto číslům vděčíme rozhodně díky dostupnému screeningu nádorových onemocnění. Musíme přihlídnout k faktu, že screening je druh sekundární prevence – sám o sobě tedy neomezuje riziko vzniku nádorového onemocnění. Díky plošně prováděnému screeningu jsme pouze schopni odhalit toto onemocnění ve fázi, která je dobře a úspěšně léčitelná. Pokud se zaměříme na primární prevenci – tedy opatřeními, která omezují samotný vznik onemocnění – zde již čísla nejsou tak optimistická. V zemích zapojených do OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) má ČR značné rezervy, co se týká primární prevence vzniku rakoviny. Mezi obecně uznávané rizikové faktory pro vznik rakoviny se uvádějí – kouření, obezita, zvýšená konzumace alkoholu. ČR patří mezi země s největší spotřebou alkoholu na 1 obyvatele, významný je také nárůst obezity – rychle doháníme Spojené státy, které se s obezitou potýkají nejvíce. Společně s Řeckem jsme jedinou zemí, kde

dochází k nárůstu počtu kuřáků. Z toho vyplývá, že ČR je jednou z nejvíce zatížených zemí, co se týče rizikového chování. Současně k tomu přispívá fakt, že jsme zemí, která nemá vybudovanou a centrálně podporovanou politiku prevence (Dušek et al., 2014a). Budeme-li se bavit o rizikových faktorech vzniku rakoviny prsu, musíme také zmínit změnu reprodukčního chování a celkové demografické stárnutí populace. Tento fakt zvyšuje incidenci onemocnění významně, neboť prokazatelně věk hraje ve výskytu onemocnění významnou roli. Změnou reprodukčního chování se rozumí odklad mateřství do vyššího věku a zkrácená doba kojení. To ovšem neznamená, že žena, která nemá tyto rizikové faktory – tedy není kuřačka, udržuje si stabilní váhu do 25 BMI, alkohol pije jen příležitostně, rodila před 30 rokem – nemusí podstupovat pravidelné preventivní prohlídky včetně mamografie. Udržování zdravého životního stylu rozhodně není zárukou, že žena zůstane zdravá. Celoplošný screeningový program je jediným spolehlivým nástrojem k snižování úmrtnosti na toto onemocnění.

VÝSTUPY

Z výše zmíněných informací vyplývá, že screeningové programy pro včasný záchyt onemocnění jsou v ČR na dobré úrovni. Stále je však co zlepšovat. Je důležité zaměřit se především na primární prevenci vzniku rakoviny – aktivně se podílet na snižování počtu kuřáků, propagovat zdravý životní styl, podporovat veřejnost ve snaze o zlepšení výživy a snažit se edukovat ohrožené skupiny o škodlivosti nadměrné konzumace alkoholu. Nesmíme také polevit v informovanosti o screeningovém programu. Slezská univerzita v Opavě pořádá několikrát do roka přednášky v rámci edukačního centra na téma prevence rakoviny. V červnu 2018 proběhly Ošetřovatelské dny prevence na horním náměstí v Opavě, kde měla široká veřejnost možnost se nejen dozvědět o prevenci rakoviny a screeningovém programu, ale také si vyzkoušet správnou techniku samovyšetřování prsu na modelech. Byly vytvořeny edukační materiály a brožurky. V rámci této akce probíhala také anketa, která měla podat obecnou informaci o povědomí žen o prevenci rakoviny prsu. Ankety se zúčastnilo 102 žen. Ženy byly rozřazeny do pěti věkových kategorií – 9 žen bylo ve věku do 24 let, 11 žen ve věku do 34 let. Do 44 let se zúčastnilo ankety 10 žen. Celkem 22 žen bylo v rizikové skupině 45–59 let. Zbytek respondentek, tedy 50, bylo starších 60 let. Na dotaz, zda provádějí pravidelně samovyšetřování prsu odpovědělo 36 žen ano pravidelně. Podobné množství žen odpovědělo ne, a to 38 žen. Zbytek respondentek se přiznalo, že samovyšetření provádí, ale nikoli pravidelně. Pozitivně lze hodnotit výsledek, že 100 % žen v rizikovém věku pravidelně podstupuje mamografii – celkem 72 respondentek. Zbýlých 30 žen žádné screeningové vyšetření nepodstupuje, avšak jsou ve věkové kategorii, ve které se screening plošně neprovádí. Žádná z těchto respondentek nenavštívila, ba dokonce ani nevěděla, že má tu možnost, sonografické vyšetření prsu. Značná část respondentek také pravidelně navštěvuje gynekologa – celkem 90 žen. Zbýlých 12 žen nepodstupuje gynekologickou prohlídku minimálně 1x za rok a jedná se spíše o seniorky. Poslední otázkou ankety bylo, zda gynekolog při prohlídce

vyšetřuje respondentce prsa nebo se alespoň ptá, zda si je sama vyšetřuje. Ve 47 případech se ukazuje, že gynekologové neřeší tuto problematiku. Celkem 36 žen odpovědělo, že se jich gynekolog při prohlídce ptá, zda podstupují prevenci rakoviny prsu a v 18-ti případech gynekolog přímo vyšetřuje prsa při běžné preventivní prohlídce. Řada žen také pokládala studentům a pedagogům dotazy na škodlivost mamografie, protože se dočetly, že mamografie může naopak zpustit zhoubný proces v prsu. Je třeba tedy veřejnost informovat nejen o pozitivěch vyšetření, ale také o reálných rizicích a neúnavně bojovat za každou dostatečně a erudovaně informovanou ženu, která dokáže kriticky odlišit reálná rizika od mýtů, které se vyskytují na sociálních sítích.

Výsledky ankety jasně dokazují, že je třeba nepolevit v aktivitách vedoucích k zvýšení informovanosti žen o provádění preventivních opatření. Mohou si tak zachránit život. A život je to nejcennější, co člověk má.

Literatura

DUŠEK, L., MUŽÍK, J., MALÚŠKOVÁ, D. and GREGOR, J. Epidemiology of Cancers with Implemented Screening Programmes in an International Comparison. *Klinická onkologie* [online]. 2014a, vol. 27, suppl. 2, p. 40–48. ISSN 0862-495X. Available from: <http://www.linkos.cz/klinicka-onkologie-journal/search-for-articles/skupina/a/zobrazit/ids/4602/>.

DUŠEK, L., MÁJEK, O., MUŽÍK, J., PAVLÍK, T., KOPTÍKOVÁ, J. and GREGOR, J. Objective Need for Cancer Prevention in the Czech Republic and Europe, and the State Thereof. *Klinická onkologie* [online]. 2014b, vol. 27, suppl. 2, p. 7–18. ISSN 0862-495X. Available from: <http://www.linkos.cz/klinicka-onkologie-journal/search-for-articles/skupina/a/zobrazit/ids/4598/>.

GREGOR, J., MÁJEK, O., DUŠEK, L. and ŠNAJDROVÁ, L. Role and Importance of Civil Society Organisations in the Support of Cancer Screening. *Klinická onkologie* [online]. 2014, vol. 27, suppl. 2, p. 128–130. [cit. 29. 8. 2018]. ISSN 0862-495X. Available from: <http://www.linkos.cz/klinicka-onkologie-journal/search-for-articles/skupina/a/zobrazit/ids/4622/>.

SKOVAJSOVÁ, M., MÁJEK, O., DANEŠ, J., BARTOŇKOVÁ, H., NGO, O. and DUŠEK, L. Results of the Czech National Breast Cancer Screening Programme. *Klinická onkologie* [online]. 2014, vol. 27, suppl. 2, p. 69–78. ISSN 0862-495X. Available from: <http://www.linkos.cz/klinicka-onkologie-journal/search-for-articles/skupina/a/zobrazit/ids/4608/>.

SKOVAJSOVÁ, M. Úspěšný mamární screening v České republice běží již patnáctý rok. *Onkologie*. 2016, roč. 10, č. 3, s. 150–154. ISSN 1803-5345.

SPAGNOLI, L., NAVARO, M., FERRARA, P., DEL PRETE, V. and ATTENA, F. Online information about risks and benefits of screening mammography in 10 European countries: An

observational Web sites analysis. *Medicine* [online]. 2018, vol. 97, no. 22. ISSN 0025-7974. Available from: <http://Insights.ovid.com/crossref?an=00005792-201806010-00071>.

Kontakt

Mgr. Lucie Mráčková
Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého v Olomouci
Centrum vědy a výzkumu
Hněvotínská 976/3, 775 15 Olomouc, Česká republika
pernu00@upol.cz

doc. PhDr. Mgr. Helena Kisvetrová, Ph.D.
Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého v Olomouci
Centrum vědy a výzkumu
Hněvotínská 976/3, 775 15 Olomouc, Česká republika
helena.kisvetrova@upol.cz

INKONTINENCE SENIORŮ V DOMOVECH PRO SENIORY JAKO SOCIÁLNÍ PROBLÉM

INCONTINENCE IN A RETIREMENT HOME AS A SOCIAL PROBLEM

Zdeňka Římovská¹

Abstrakt

Inkontinence znamená pro člověka závažný problémem, ať už žije v rodině, nebo zařízení pro seniory. Nás zajímala problematika inkontinence seniorů v domovech pro seniory z pohledu sociálních vztahů. K dokonalému komfortu patří kvalitní ošetrovatelská péče, důstojné prostředí a láskyplné zacházení. Inkontinence snižuje komfort a může ovlivnit život seniorů i sociální vztahy. Článek mapuje společenskou skupinu seniorů žijících v domovech pro seniory. Analyzuje, zda senioři vnímají svou inkontinenci jako problém v sociálních vztazích a jestli inkontinence narušuje společné soužití v domově pro seniory.

Cíl: Cílem šetření bylo zjistit, zda senioři vnímají svou inkontinenci jako problém v sociálních vztazích a jestli inkontinence narušuje společné soužití v domově pro seniory.

Metodika: Pro sběr dat byla zvolena kvantitativní metoda nestandardizovaného anonymního dotazníku.

Výsledky a diskuze: Na základě dotazníkového šetření bylo zjištěno, že senioři vnímají inkontinenci jako problém v sociálních vztazích a narušuje společné soužití v domově.

Závěr: Obecně platí, že únik moči představuje i společenský, hygienický a ekonomický problém. Proto je důležité tento problém řešit a řešit ho adekvátně.

Klíčová slova

inkontinence moči, inkontinence stolice, domov pro seniory, senior a kvalita života

Abstract

Incontinence means a serious problem for a person, whether he is living in a family or in a home for the elderly. We were interested in the issue of retirement home residents with

¹ Ústav ošetrovatelství, Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě

incontinence from a social perspective. Perfect comfort includes quality nursing care, dignified environment and loving treatment. Incontinence reduces the comfort and can affect the lives of the elderly and their social relationships. The article maps the social group of senior citizens living in retirement homes. It analyzes whether the elderly perceive their incontinence as a problem in social relationships and whether incontinence interferes with coexistence in the retirement home.

Aim: The aim of the survey was to find out whether the elderly perceive their incontinence as a problem in social relationships and whether incontinence disrupts coexistence in the retirement home.

Methodology: The quantitative method of non-standardized anonymous questionnaire was selected for data collection.

Results and discussion: Based on a questionnaire survey, the results show that the elderly perceive incontinence as a problem in social relationships and disruption in coexistence in the retirement home.

Conclusion: In general, urine leakage is a social, hygienic and economic problem. Therefore, it is important to address this problem and address it adequately.

Keywords

urinary incontinence, stool incontinence, retirement home, the elderly and quality of life

ÚVOD

Inkontinence se v současnosti týká 4 až 8 procent světové populace, což představuje zhruba 400 milionů lidí. Jen v Evropě žije přibližně 50 milionů lidí trpících tímto onemocněním a 15 milionů lidí, kteří se o své inkontinentní příbuzné nad 70 roků starají (Holmerová et al., 2007).

Problematika inkontinence je dosud opomíjenou oblastí, přesto je velmi důležitá. Do značné míry se jedná o tabuizované téma, lidé se ostýchají o problému inkontinence hovořit. Závažnost tohoto syndromu, který zahrnuje jak biologické aspekty (močové a další infekce, změny urogenitálního systému), psychologické aspekty (kontrolu kontinence například související s kognitivní poruchou), tak i aspekty sociální, a to včetně tak závažných jako je sociální izolace, redukce sociálních kontaktů a další problémy, které s inkontinencí souvisí. Lidé, které trápí inkontinence, se velmi často ostýchají o svých problémech mluvit. Samovolný únik moči je ve společnosti spojován zejména se stářím, ačkoliv s věkem sice jeho riziko stoupá, týká se všech věkových skupin, včetně dětí. Další mylnou představou, která je velmi rozšířena, je, že se jedná o ženský problém. Únikem moči mohou trpět ale i muži, zejména v případech, že se potýkají s onemocněním prostaty, a velmi často

je pro ně obtížnější než pro ženy si své potíže přiznat. Ve stáří dochází k různým změnám nejen v oblasti močového aparátu. Je tedy zřejmé, že stáří se díky své polymorbiditě, involuci, změnám v oblasti centrálního nervového systému a dalším příčinám i rizikovým faktorům, podílí na rozvoji příznaků inkontinence moči.

CÍL PRÁCE

Cílem průzkumného šetření bylo zjistit, zda senioři vnímají svou inkontinenci jako problém v sociálních vztazích a jestli inkontinence narušuje společné soužití v domově pro seniory.

SOUBOR

Výběr respondentů byl záměrný, tvořili ho senioři (muži i ženy) z Domova Čujkovova, Ostrava-Zábřeh. Uživatelé bydlí v jednolůžkových nebo dvoulůžkových pokojích. Dotazníky byly respondentům předány osobně. Šetření probíhalo na osmi úsecích, kde byly umístěny sběrné boxy pro vyplněné dotazníky. Výzkumné šetření probíhalo od 28. 11. 2017 do 12. 12. 2017. Pro šetření bylo použito 150 dotazníků, zpět se vrátilo 129, z nichž 8 nebylo možné pro neúplnost použít. Správně vyplněných dotazníků bylo 121, návratnost činila 81 %. Výzkumu se zúčastnilo celkem 121 respondentů. Nejvyšší zastoupení měly ženy, kterých bylo 97 (tvořily 80 % ze zkoumaného souboru). Mužů bylo 24 (20 %).

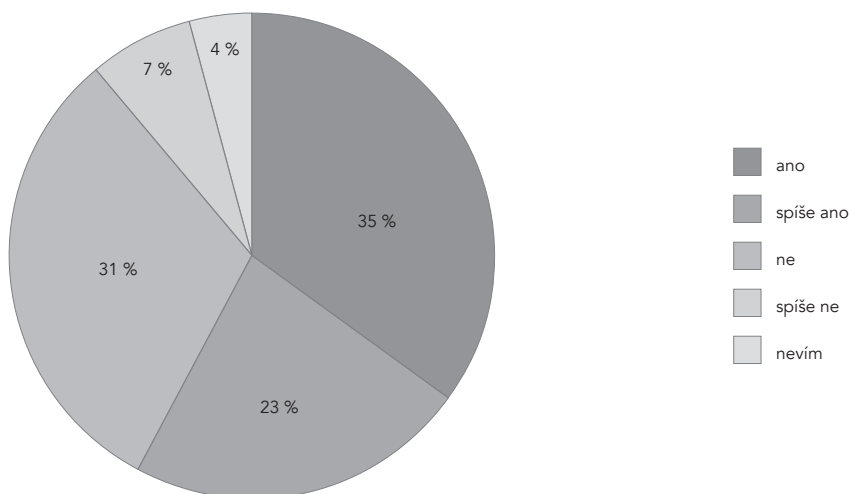
METODIKA

Pro účely průzkumného šetření byla zvolena kvantitativní metoda dotazníkového šetření a jako nástroj sběru dat dotazník vlastní konstrukce v tištěné podobě. Data byla zpracována pomocí statistického programu IBM SPSS Statistics verze 20, programu Microsoft Excel a Microsoft Word.

VÝSLEDKY

Bylo zjištěno, že více než polovině seniorů, tj. 66 % (64), inkontinence negativně ovlivňuje život. Na grafu 1, který mapuje otázku omezení v návštěvách 58 % (57) seniorů uvedlo, že je inkontinence omezuje v návštěvách rodiny a přátel a 63 % (61) je z důvodu inkontinence omezováno ve společenském životě. 54 % (53) seniorů se kvůli inkontinenci vyhýbá společenským akcím, 58 % (57) se ze stejného důvodu vyhýbá stravování v jídelně. 69 % (68) seniorů se z důvodu inkontinence vyhýbá výletům mimo domov.

Graf 1 Omezení v návštěvách



Tab. 1 Omezení v návštěvách

		Absolutní četnost	Relativní četnost %
Omezení v návštěvách	Ano	34	35 %
	Spíše ano	23	23 %
	Ne	30	31 %
	Spíše ne	7	7 %
	Nevím	4	4 %
	Celkem	98	100 %

Dále jsme zjišťovali, zda se senioři cítí, z důvodu své inkontinence, podráždění. Výsledky potvrdily, že 51 % (50) seniorů pociťuje z důvodu své inkontinence podrážděnost. 56 % (55) se cítí ze stejného důvodu méněcenní a dokonce 68 % (66) seniorů se obává toho, že jsou z důvodu své inkontinence nepříjemně cítit, a že si okolí všimne jejich inkontinence. Také nás zajímalo, zda inkontinence spolubydlícího narušuje společné soužití. 72 % (69) vadí zápach (moče, stolice) od spolubydlícího. Celkem 68 % (65) seniorů má se svým spolubydlícím z důvodu jeho inkontinence neshody. Zjišťovali jsme, zda inkontinence negativně ovlivňuje sebepojetí seniorů. Méněcennost uvedlo 56 % seniorů. Otázkou č. 12 bylo zjišťováno, zda se respondenti obávají, že jsou z důvodu své inkontinence nepříjemně cítit. Obavy ze zápachu doznalo 68 % seniorů. Otázka č. 13 byla zaměřena na to, zda se respondenti obávají, že si okolí všimne jejich inkontinence. Obavy z prozrazení mělo

68 % seniorů. Výsledky korespondují s odbornou literaturou. Osoby trpící inkontinencí mají sníženou sebeúctu, cítí se společensky znevýhodněni. Tento závěr také plně koresponduje s výsledky výzkumu Vrublové a Holisové, které zjistily, že 52 % respondentů subjektivně hodnotí svůj psychický stav tak, že trpí úzkostí, protože nemohou své močení ovládat tak, jak by chtěli (Vrublová a Holisová, 2011).

DISKUSE

Inkontinence je běžné onemocnění seniorů. Jejich močový měchýř ztrácí svou schopnost regulovat stahy a uvolnění močového měchýře. Tak dochází k úniku moči. Postižený není schopný ovládat naléhání na močení, nemůže udržet moč do okamžiku, kdy se dostane na toaletu. Největší potíže způsobuje inkontinence seniorům v noci. Inkontinence nepříznivě ovlivňuje kvalitu života, způsobuje psychické problémy, vynucuje si změnu životního stylu, narušuje rodinné vztahy a omezuje ve společenském životě. Postižený má sníženou sebeúctu, cítí se společensky znevýhodněný, omezuje sociální kontakty. Ve snaze předejít močení dochází k vědomému sníženému příjmu tekutin, je zde riziko dehydratace. Z důvodu častého močení v noci nebo ze strachu z pomočení, je narušený spánek. Inkontinence představuje stresor, který má biologické, psychické a sociální důsledky, existuje zde riziko rozvoje geriatrického maladaptativního syndromu. Kromě toho inkontinence zatěžuje také rodinu a ty, kteří o postiženého inkontinencí pečují (Poledníková et al., 2006). Výsledky průzkumného šetření prokázaly, že senioři vnímají svou inkontinenci jako problém v sociálních vztazích. Inkontinence je příčinou toho, že se omezují v návštěvách rodiny a přátel.

Následně jsou omezováni ve společenském životě, vyhýbají se společným aktivitám, stravování v jídelně i výletům mimo domov. Je porušeno jejich sebepojetí. Cítí se z důvodu své inkontinence podrážděni, méněcenní a obávají se toho, že jsou nepříjemně cítit, a že si okolí všimne jejich inkontinence. Inkontinence spolubydlícího narušuje společné soužití v domově.

Seniorům vadí zápach spolubydlícího (moč, stolice). Z důvodu jeho inkontinence mají narušený spánek. Vyhýbají se přijímání návštěv na pokoji, je jim nepříjemné se v pokoji stravovat. Z důvodu inkontinence spolubydlícího mají senioři mezi sebou neshody. Je proto důležité seniorům v této problematice pomoci. Senioři by měli být informováni o tom, že každý typ močové inkontinence vyžaduje rozdílný přístup v terapii. Zásadní je dostatečná edukace, vhodný výběr inkontinenčních pomůcek a jejich správné používání. Pečující personál by měl být proškolen a poučen v této oblasti.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

- zajistit seniorům dostatečnou edukaci o problematice, případně odhalit oblasti, o nichž nejsou senioři dostatečně informováni, a toto napravit opětovnou edukací,

- zařadit do praxe sestru specialistku, která by poskytovala veškerou pomoc a informace výhradně k dané problematice (nové trendy, návrhy na řešení, vyšší kompetence, komplexní péče o nemocné s močovou inkontinencí),
- pomáhat seniorům (případně rodině seniora) ve výběru vhodných a kombinovatelných inkontinenčních absorpčních pomůcek,
- informovat rodinu o problematice ošetřovatelské péče o inkontinentního seniora,
- vytvořit vlastní edukační materiály, které by nejen informovaly o problematice, ale též poukazovaly na nutnost včasné diagnostiky onemocnění,
- upozorňovat seniory na skutečnost, že močová inkontinence není nutnou součástí stáří.

ZÁVĚR

U seniorské populace je inkontinence močová dlouhodobě chápána jako jeden z nejvýznamnějších a nejčastějších zdravotních problémů. Je prioritní ošetřovatelskou záležitostí, je ukazatelem klientovy ošetřovatelské náročnosti, indikátorem dlouhodobé dekompenzace křehkého seniora a také jedním z prediktorů negativní životní prognózy. Proto je důležité tento problém řešit a řešit ho adekvátně. Vyhledání lékařské pomoci je základním předpokladem úspěchu. I když tímto problémem pacient trpí, neznamená to, že se má uzavřít, zůstat doma, přerušit kontakty s lidmi. Existuje množství hygienických zdravotnických prostředků, které jsou plně hrazeny pojišťovnou. Absorpční pomůcky umožňují i starším pacientům se samovolným únikem moči realizovat oblíbené aktivity (výlety, návštěvy, procházky), pacienti se nemusejí cítit sociálně izolovaní. V současné době je na trhu velký výběr kvalitních pomůcek, které minimalizují potíže spojené s inkontinencí. Výrobci mají zpracovaný informační systém také na internetu a nabízejí i osobní proškolení. Pro správnou volbu pomůcek je důležité zjistit typ úniku moči a poté řešení, odpovídající konkrétním potřebám. Je potřeba mít na zřeteli, že inkontinence je velmi intimní záležitostí a lidé mají řadu zábran, proč o ní nechtějí hovořit. Musíme zvolit individuální, citlivý a profesionální přístup k těmto lidem. Kvalita života je neodmyslitelnou součástí lidského bytí. V každém věku je její podstata významná a také ovlivňována řadou subjektivních (např. spokojenost, pocit životního štěstí, atd.) a objektivních (např. zdravotní stav, atd.) faktorů.

Literatura

HOLMEROVÁ, I. et al. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: EV public relations, 2007. ISBN 978-80-254-0179-8.

POLEDNÍKOVÁ, L. et al. *Geriatrické a gerontologické ošetrovatelstvo*. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-208-1.

	INKONTINENCE SENIORŮ V DOMOVECH PRO SENIORY JAKO SOCIÁLNÍ PROBLÉM	ZDEŇKA ŘÍMOVSKÁ	53
--	--	------------------------	-----------

VRUBLOVÁ, Y. a HOLISOVÁ, A. Kvalita života žen se stresovou močovou inkontinencí. *Ošetrovatelství a porodní asistence*. 2011, roč. 2, č. 2, s. 197–201. ISSN 1804-2740.

Kontakt

PhDr. Zdeňka Římovská, Ph.D.
Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě
Ústav ošetrovatelství
Bezručovo nám. 885/14, 746 01 Opava, Česká republika
zdenka.rimovska@fvp.slu.cz

VYUŽITIE NEFARMAKOLOGICKEJ LIEČBY U SENIOROV V DOMÁCEJ A ÚSTAVNEJ STAROSTLIVOSTI

USE OF NON-PHARMACOLOGICAL TREATMENT IN HOME AND INSTITUTIONAL CARE OF THE ELDERLY

Katarína Zrubáková¹, Mária Novyzedláková¹,
Mariana Magerčiaková¹, Mária Šupínová²

Abstrakt

Cieľom príspevku je opísať nefarmakologickú liečbu a možnosti jej využitia u seniorov v domácej a ústavnej liečbe.

Metodológia: Analýza výskumných štúdií získaných po zadaní kľúčových slov v databázach Scopus, Web of Science, ProQuest Central publikovaných v rokoch 2010–2017. Dotazník vlastnej konštrukcie administrovaný sestrám do zdravotníckych a sociálnych zariadení. Komparácia získaných údajov.

Výsledky výskumu: Analýzou štúdií sme zistili, pri ktorých ochoreniach a symptómoch sa využíva nefarmakologická liečba. K najčastejším ochoreniam patrili: demencia, depresia, imobilita, inkontinencia, poruchy spánku, náhla cievna mozgová príhoda, bolesť, artróza, dysfágia, hypertencia, diabetes mellitus. Spôsoby liečby boli: rehabilitácia, liečebná výživa, hydratácia, kognitívna behaviorálna terapia, reminiscencia, pracovná terapia, programové aktivity, edukácia. Dotazníkmi sme zistili, aké nefarmakologické liečebné postupy používajú sestry v terapii seniorov. Najčastejšie to bola liečebná výživa, hydratácia, ošetrovateľská rehabilitácia, edukácia, kognitívny tréning. V zariadeniach sociálnych služieb využívali okrem uvedených bazálnu stimuláciu, validáciu, reminiscenciu, ergoterapiu. Výsledky sú súčasťou projektu KEGA 016KU-4/2017 *Možnosti interdisciplinárnej kooperácie pri realizovaní nefarmakologickej liečby seniorov v ústavných zariadeniach*.

Záver: Nefarmakologická liečba je významnou súčasťou v komplexnej starostlivosti o seniorov. Podľa výsledkov terénneho výskumu je veľa krát samotným seniorom, ale i zdravotníckymi pracovníkmi zamieňaná za farmakoterapiu. Najmenej využívaná je v domácom prostredí/v komunitnej starostlivosti. Absentuje predovšetkým rehabilitácia a kognitívna

¹ Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku

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

stimulácia, neadekvátna je aj interdisciplinárna spolupráca, ktorá je kľúčová v starostlivosti o polymorbídnych a krehkých seniorov.

Klíčové slová

nefarmakologická liečba, nefarmakologické liečebné postupy, seniori, komunitná a ústavná starostlivosť, projekt KEGA

Abstract

The aim of the paper is to describe non-pharmacological treatment and the possibilities of its use in the elderly in home and institutional care.

Methodology: Analysis of research studies obtained after entering keywords in databases of Scopus, Web of Science, ProQuest Central published in 2010–2017. Non-standardized questionnaire administered by nurses to health and social facilities. Comparison of collected data.

Research results: By analysis of the studies, we found out in which diseases and symptoms non-pharmacological treatment is used. The most common diseases were: dementia, depression, immobility, incontinence, sleep disorder, stroke, pain, arthrosis, dysphagia, hypertension and diabetes mellitus. Treatment methods applied were: rehabilitation, nursing rehabilitation, curative nutrition, hydration, cognitive behavioral therapy, reminiscence, work therapy, program activities and education. By using questionnaires, we found out what non-pharmacological treatments are used by nurses in the therapy of the elderly. The most frequent were: curative nutrition, hydration, nursing rehabilitation, education, cognitive training. In social service facilities in addition to basic stimulation they used validation, reminiscence, occupational therapy. The results are part of the project KEGA 016KU-4/2017 *Possibilities of Interdisciplinary Cooperation in the Realization of Seniors Non-pharmacological Treatment in Institutional care*.

Conclusion: Non-pharmacological treatment is an important part of complex care for the elderly. According to the field research results, pharmacotherapy is often preferred by the elderly, as well as the healthcare workers. The method is least used in home environment/community care care. The most absent is rehabilitation and cognitive stimulation. Interdisciplinary cooperation is also inadequate, which is essential in the care of multiple morbidities and frail elderly.

Keywords

non-pharmacological treatment, non-pharmacological therapeutic procedures, elderly, community and institutional care, project KEGA

ÚVOD

Predlžovanie ľudského veku prináša so sebou mnoho zdravotných a sociálnych problémov pre jednotlivca, rodinu a celú spoločnosť. K najvýraznejším patrí väčší počet starších ľudí s chronickými a nevyliciteľnými chorobami, ktorí si vyžadujú dlhodobú profesionálnu a laickú starostlivosť v domácom prostredí alebo v ústavných zariadeniach (Hegyi a Krajčík, 2015). Špecifická je aj preventívna a liečebná starostlivosť. V prevencii zohráva dôležitú úlohu príprava na starnutie, primeraná životospráva a identifikovanie ovplyvniteľných rizikových faktorov. V liečbe musíme akceptovať princípy starostlivosti o seniorov, ktoré sú zamerané na individualizáciu, komplexnosť, kontinuitu, interdisciplinárny prístup, zdravotno-sociálny rozmer starostlivosti (Bartošovič, 2014). Významné sú i zmeny, ktoré vyplývajú zo samotného procesu starnutia, zdravotný a funkčný stav seniora. Súčasťou liečebného procesu je farmakologická a nefarmakologická liečba. Farmakologická liečba má pri komplexnej liečbe seniora veľký význam a výrazné uplatnenie – **patrí k najčastejším formám liečby**. Farmakologická liečba seniorov má, ale i svoje zvláštnosti, ktorými sú: polypragmázia, prevaha symptomatickej liečby nad kauzálnou, vysoké riziko nežiaducich účinkov, interakcie liek-liek, liek-potrava, liek-doplnok výživy, zvláštnosti farmakokinetiky, farmakodynamiky a negatívny dopad na kvalitu života (Zrubáková, Krajčík et al., 2016). K základným opatreniam racionálnej farmakoterapie je preto zvoliť liekovú formu primeranú schopnostiam seniora, kontrolovať ordinované lieky, pred novou ordináciou zvážiť skutočnú potrebu medikácie, resp. **využiť nefarmakologické postupy, nefarmakologickú liečbu** (Hegyi a Krajčík, 2010; Hegyi a Krajčík, 2015; Komjáthy, 2016). Podobne i v cieľoch Svetovej zdravotníckej organizácie – Zdravie 21 je uvedené, že efektívnou prevenciou nežiaducich účinkov liečby a polypragmázie je na klienta zameraná zdravotná starostlivosť, výmena farmaka za vhodnú alternatívu nefarmakologickej liečby (Holmerová, Jurašková, Zikmundová et al., 2007). V príspevku sa preto zameriame na nefarmakologickú liečbu a jej indikácie v akútnej a chronickej liečbe seniorov.

Nefarmakologická liečba je vo výkladovom slovníku opísaná ako akákoľvek liečebná snaha bez použitia liečiv (Liečba, 2014). Úlohou nefarmakologickej terapie je podporiť liečebný proces, zlepšiť fyzický i psychický stav, osviežiť denný režim (Palát, 2002). Využíva sa ako hlavná metóda pri diagnostikovaní neinfekčných – civilizačných ochorení (Foster et al., 2009). U seniorov môže byť alternatívou farmakologickej liečby alebo je súčasťou komplexnej liečby ochorení, geriatrických syndrómov a symptómov. Vplyv tejto terapie je v klinickej praxi všeobecne podceňovaný, a to zo strany laikov, ale aj zdravotníckych pracovníkov. Častý dôvod podceňovania zo strany laikov je možnosť hľadať na svoj problém niečo jednoduché a zároveň účinné najlepšie práve vo forme tablety. Rizikovou skupinou sú polymorbídni a krehkí seniori v domácom prostredí a seniori vo veku 75–84 rokov (Zrubáková, Novyzedláková a Moraučíková, 2017). Dostupné domáce a zahraničné štúdie a výskumy, ale poukazujú na jej čoraz častejšie využitie v dlhodobej starostlivosti – predovšetkým v zariadeniach sociálnych služieb, domoch ošetrovateľskej starostlivosti a v domácom prostredí. Kombinácia farmakologických a nefarmakologických liečebných postupov sa najčastejšie využíva v terapii Diabetes mellitus II typu, Parkinsonovej cho-

roby, Ischemickej choroby srdca, Ischemickej choroby dolných končatín, Osteoartróze, chronickej bolesti, depresie (Abraha et al., 2015). Nefarmakologické postupy sa uprednostňujú pri liečbe demencie, kognitívnych porúch, sarkopénii, dysfágii, obezite, poruchách spánku, zápche, inkontinencii (Conn et al., 2006; Fertalová, Ondriová a Hadašová, 2017; Herholz et al., 2013; Ijaopo et al., 2017; Marková, Jedlinská a Šoukalová, 2013). Na realizácii nefarmakologických intervencií sa podieľajú zdravotníci a nezdravotnícki pracovníci. Najčastejšími členmi tímu sú lekári, sestry, fyzioterapeuti, liečební pedagógovia, sociálni pracovníci, asistenti výživy, psychológovia, rodinní príslušníci/opatrovatelia, ale nemenej dôležitý je aj samotný senior. Významným členmi tímu sú sestry, ktoré realizujú nefarmakologickú liečbu v domácom prostredí, ale aj v ústavných zariadeniach. Jednotlivé intervencie vykonávajú sestry samostatne, na základe ordinácie lekára a v spolupráci s ostatnými členmi tímu – zmysle aktuálnej legislatívy (Vyhláška MZ SR č. 364/2005 Z. z.). K realizovaným výkonom patrí predovšetkým – edukácia seniora/rodiny s dôrazom na sebestačnosť a aktivity denného života, ošetrovateľská rehabilitácia, prevencia porúch z imobility, fyzikálna liečba, liečebná výživa, dietoterapia, fytoterapia, hydratácia, psychická aktivizácia. K častým metódam patrí bazálna stimulácia, reminiscenčná terapia, validácia, kognitívna rehabilitácia, ktoré si však vyžadujú kurzy a certifikáciu (Zrubáková, Novysedláková a Moraučíková, 2017).

Ako je realizovaná nefarmakologická liečba v komunitnej starostlivosti a v ústavných zariadeniach v Slovenskej republike, ale i v zahraničí prezentujeme v nasledujúcej časti príspevku.

CIEĽ PRÁCE A METODIKA

Cieľom príspevku bolo:

1. Identifikovať využitie jednotlivých metód nefarmakologickej liečby v komplexnej terapii seniorov.
2. Zistiť, ktoré nefarmakologické postupy sa najčastejšie využívajú v starostlivosti o seniorov.
3. Zistiť, aká je vzájomná spolupráca jednotlivých členov interdisciplinárneho tímu.

METODIKA

Pre trianguláciu dát sme využili zmiešaný výskum – kombináciu kvalitatívnych a kvantitatívnych metód. Hlavnými metódami bola obsahová analýza a neštandardizovaný dotazník. Ako prvé sme realizovali analýzu výskumných štúdií, ktoré sme získali po zadaní kľúčových slov v databázach Scopus, Web of Science, ProQuest Central publikovaných v rokoch 2010–2017. Následne sme administrovali osobne a elektronicky dotazník vlastnej konštrukcie. Výskumnou vzorkou boli sestry pracujúce v zdravotníckych, sociálnych zariadeniach a agentúrach domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Kritériom pre výber

v ústavných zdravotníckych zariadeniach bola práca v zariadení, ktoré podľa Koncepcie odboru Geriatria z roku 2007, patrí medzi zdravotnícke zariadenia poskytujúce starostlivosť seniorom (geriatrické oddelenie, doliečovacie oddelenie, oddelenie resp. liečebňa pre dlhodobo chorých). Doteraz sme zozbierali údaje od 206 sestier (137 sestier zo zariadení sociálnych služieb, 69 zo zdravotníckych zariadení). Pri zisťovaní demografických údajov bola priemerná dĺžka praxe sestier 17 rokov, 96 sestier malo ukončené stredoškolské vzdelanie a špecializáciu (sestry pracujúce v zariadeniach sociálnych služieb). 65 vysokoškolské vzdelanie I. stupňa a 45 vysokoškolské vzdelanie II. stupňa. V ZSS sme zisťovali aj priemerný počet sestier na klientov – 5,4, priemerný počet klientov – 70 a percentuálny pomer imobilných seniorov – 43%.

Dotazník bol rozdelený na dve časti – v prvej časti sú uvedené jednotlivé typy nefarmakologickej liečby, ku ktorým sa respondenti prostredníctvom 5-číselnej škály vyjadrovali o ich dôležitosti. Číslo 1 znamenalo najdôležitejšia a 5 nedôležité. Druhá časť bola podrobnejšia zameraná na jednotlivé metódy. Prostredníctvom 5-stupňovej Frekvenčnej škály, respondenti označili ako často realizujú uvedené intervencie. Číslo 1 znamenalo neustále a 5 nikdy.

VÝSLEDKY VÝSKUMU

Prezentované výsledky sú súčasťou projektu KEGA 016KU-4/2017. Projekt je naplánovaný na tri roky a momentálne začal druhý rok riešenia. Nakoľko ešte stále prebieha zber dát z dotazníkov, výsledky sú spracované v absolútnych číslach, percentách a vypočítali sme priemerné hodnoty jednotlivých oblastí.

Analýza dát z databáz

Pri zadaní kľúčových slov non-pharmacological treatment in seniors, use of non-pharmacological in seniors treatment v databázach Scopus, Web of Science, ProQuest Central sme našli nasledovné údaje – Tab. 1.

Tab. 1 Nefarmakologická liečba v databázach

Databáza	Celkový počet prác	Počet analyzovaných prác	Diagnózy symptómy, pri ktorých bola liečba využitá
Scopus	11	8	Depresia (2 čl.), Osteoporóza (2 čl.), inkontinencia, kognitívne poruchy, chronická bolesť, muskuloskeletálne problémy
Web of Science	9	7	Depresia (2 čl.), inkontinencia, poruchy spánku, demencia muskuloskeletálna bolesť osteoartróza
ProQuest Central	20	8	Alzheimerova choroba (2 čl.), demencia (3 čl.), depresia, poruchy spánku, Arteriálna hypertenzia

V tab. 2 sú konkretizované jednotlivé metódy nefarmakologickej liečby. Symbol plus (+) znamená, že metóda bola opísaná v článku, symbol mínus (-) znamená, že metóda nebola opísaná.

Tab. 2 Využitie metód v jednotlivých databázach

Metódy nefarmakologickej liečby	Scopus	Web of Science	ProQuest Central
Edukácia	+	+	+
Rehabilitácia	+++	++	+
Kognitívna behaviorálna terapia	++	+++	+
Fyzikálna liečba	-	+	-
Liečebná telesná výchova	-	+	+
Reminiscencia	+	-	+
Validácia	-	-	+
Kognitívna stimulácia	+	+	++
Ergoterapia	-	-	+
Muzikoterapia	-	-	++
Liečebná výživa	-	+	+

Výsledky dotazníka – I. časť

V tab. 3 sú prezentované údaje, ktoré vyhodnocujú akú dôležitosť pripisujú sestry jednotlivým metódam a oblastiam nefarmakologickej liečby. Číslo 1 znamená veľmi dôležité, 2 – dôležité, 3 – neviem sa vyjadriť, 4 – menej dôležité, 5 – nedôležité.

Tab. 3 Stupeň dôležitosti metód

Oblasti	Stupeň dôležitosti					priemer
	1 (n)	2 (n)	3 (n)	4 (n)	5 (n)	
Nefarmakologické liečebné postupy	26	53	127	0	0	2,49
Hydratácia	190	16	0	0	0	1,07
Mobilita	198	8	0	0	0	1,03
Aktivácia	196	10	0	0	0	1,04
Spánok	184	22	0	0	0	1,10
Sebestačnosť	188	16	2	0	0	1,09
Edukácia	95	43	67	1	0	1,85
Spolupráca s inými odborníkmi	87	56	56	7	0	2,73
Spolupráca s rodinou	112	43	49	2	0	1,71

Druhá časť dotazníka

Druhá časť bola zameraná na jednotlivé oblasti nefarmakologickej liečby, v tab. 4 ponúkame prehľad využitia metód. Výsledky sú spracované v absolútnych číslach a posledný stĺpec uvádza priemernú hodnotu. V druhom riadku sú uvedené čísla, kde 1 znamená denne – neustále, 2 – 5 až 4x do týždňa, 3 (často) – 2 až 3x do týždňa, 4 (občas) – 1x do týždňa, 5 (nikdy).

Tab. 4 Frekvencia využitia metód nefarmakologickej liečby

Metóda	Frekvencia využitia metódy					priemer
	1 (n)	2 (n)	3 (n)	4 (n)	5 (n)	
Fytoterapia	0	0	28	176	2	3,87
Aplikácia tepla a chladu	2	1	32	167	4	3,82
Fototerapia	1	2	4	8	191	4,86
Ošetrovateľská rehabilitácia	198	7	1	0	0	1,04
Polohovanie	200	5	1	0	0	1,03
Vertikalizácia	201	5	0	0	0	1,02
Terapeutická komunikácia	28	175	3	0	0	1,87
Bazálna stimulácia	125	5	2	14	60	2,41
Snoozelen terapia	3	7	14	6	176	4,67
Kognitívny tréning	24	39	84	50	9	2,88
Kognitívna rehabilitácia	13	10	31	71	81	3,95
Validácia	6	8	103	28	61	3,63
Reminiscencia	6	8	101	30	61	3,64
Ergoterapia	31	25	81	49	20	3,01
Muzikoterapia	24	19	35	66	51	3,33
Arteterapia	35	18	84	50	19	3
Canisterapia	16	2	27	92	65	3,95

Súčasťou dotazníka bola aj oblasť spolupráca, konkrétne spolupráca s jednotlivými členmi interdisciplinárneho tímu. Po vyhodnotení výsledkov sme zistili, že najčastejšie sestry z ústavnej zdravotníckej starostlivosti spolupracujú s fyzioterapeutom, priemerná hodnota bola 1,68. Sestry v ZSS spolupracujú so sociálnym pracovníkom – priemerná hodnota 1,00 a fyzioterapeutom – 1,86. V oboch typoch zariadení občas spolupracujú s liečebným pedagógom a asistentom výživy a takmer nikdy so psychológom 4,56.

DISKUSIA

Vo vyspelých krajinách tvoria seniori nad 65 rokov 12–15% populácie a ich počet neustále rastie. V dôsledku multimorbidity, ktorá patrí medzi hlavné charakteristiky vyššieho veku, predstavujú seniori prevažnú časť pacientov väčšiny klinických odborov (Valková, 2017). Súčasťou liečebných postupov je farmakoterapia, liečebná výživa, rádioterapia, psycho-terapia, rehabilitácia, ergoterapia, balneoterapia, fyzikálna liečba a ďalšie metódy. Podľa aktuálnych vedeckých prác a výskumov k najčastejším formám liečby patrí farmakoterapia. Seniори spotrebujú približne 32 % celkových nákladov na lieky, užívanie liekov je väčšie v nemocniciach a zariadeniach sociálnych služieb ako v domácom prostredí (Hegyi a Krajčík, 2015). Polyfarmácia, polypragmázia a non compliance, ktoré sú dôsledkom rastúcej preskripcie, negatívne vplyvajú na kvalitu života seniora. Preto je dôležité starostlivé zväženie medikácie alebo voľba vhodnej nefarmakologickej liečby. Analýzou klinických a prehľadových štúdií sme zistili, že v zahraničí je nefarmakologická liečba významnou súčasťou starostlivosti o seniora v domácom prostredí, domoch ošetrovateľskej starostlivosti i v zdravotníckych zariadeniach. Najviac je využívaná pri liečbe geriatrických syndrómov a chronických ochorení – Parkinsonova choroba, Diabetes mellitus, Osteoporóza, Osteoartróza, Vertebrogénny algický syndróm. V Slovenskej republike je však situácia iná. Na základe údajov z klinického výskumu sme zistili, že na doliečovacích oddeleniach, oddeleniach a liečebniach pre dlhodobo chorých a v zariadeniach pre seniorov, dôsledkom nedostatočného počtu sestier, absencie fyzioterapeuta a iných odborníkov sa nemôžu jednotlivé nefarmakologické postupy adekvátne vykonávať. Rovnako viazne aj vzájomná koordinácia v spolupráci zdravotníckych, sociálnych pracovníkov, liečebných pedagógov a psychológa. Po spracovaní výsledkov neštandardizovaného dotazníka sme zistili, že v zdravotníckych a sociálnych zariadeniach je realizovaná nefarmakologická liečba. Prednostne je však zameraná na aktivizáciu seniora, výživu, hydratáciu. Menej sa využívajú nefarmakologické metódy tlmenia bolesti, terapeutická komunikácia, fytoterapia. V zdravotníckych zariadeniach len 9 oslovených sestier využívalo bazálnu stimuláciu, ktorá je odporúčanou metódou v starostlivosti o multimorbidných geriatrických pacientov v zdravotníckych a sociálnych zariadeniach (Machálková, Mazalová, Danosová et al., 2017). Naše výsledky sa zhodujú s výskumom Schlosserovej a Mroskovej (2010) a Pavelovej (2010) ... sestry majú vedomosti o koncepte, nepoznajú dostatočne princíp a biografickú anamnézu, nie je však ani ochota vedenia využívať koncept v liečbe seniorov. Podobné výsledky publikovali i Ižová a Drozdíková (2011), zo vzorky 296 sestier len 65 používa koncept bazálnej stimulácie pri svojej práci. Ďalším negatívnym údajom bolo, že sestry v ústavných zdravotníckych zariadeniach pri práci s pacientmi s miernou kognitívnou poruchou a demenciou nevyužívajú kognitívnu rehabilitáciu, reminiscentnú terapiu a validáciu. Napriek tomu, že sú to odporúčané metódy v starostlivosti o geriatrických pacientov, ku ktorým existuje niekoľko domácich a zahraničných štúdií. V Slovenskej republike predovšetkým Tomagová a Miertová (2011); Tomagová et al. (2012). V Českej republike Janečková a Vacková (2010); Vojtová (2014; 2015). V zahraničných Databázach Zenthöfer et al. (2016); Rivera-Paico a Vega-Grados (2017); Wehner a Schwinghammer (2013).

ZÁVER

Starostlivosť o seniora je náročná, vyžadujúca si individuálny, interdisciplinárny prístup a kombináciu viacerých metód. Pri vyhodnotení dotazníka a pilotnej štúdie sme zistili, že sestry realizujú nefarmakologické metódy – najčastejšie edukáciu, ošetrovateľskú rehabilitáciu, fyzikálnu liečbu, dietoterapiu, hydratáciu. Denne spolupracujú so sociálnym pracovníkom a fyzioterapeutom. Menej často realizujú bazálnu stimuláciu. Pri práci s pacientmi s miernou kognitívnou poruchou a demenciou len občas využívajú kognitívnu rehabilitáciu, reminiscentnú terapiu a validáciu. V ZSS sme získali významne lepšie výsledky pri využívaní nefarmakologickej liečby. Sestry využívajú štandardné postupy, majú absolvované certifikované kurzy a spolupracujú pri aktivačných metódach a individuálnej práci so seniorom s inými členmi tímu. Preto je výzvou pre zdravotnícke zariadenia a sestry pracujúce v domácom prostredí, predovšetkým pri práci s krehkým a multimorbídnym seniorom, ktorý si vyžaduje dlhodobú, prípadne paliatívnu liečbu, využívať niektoré z indikovaných nefarmakologických metód a zlepšiť tak kvalitu jeho života.

Podakovanie

Príspevok bol podporený projektom KEGA 016KU-4/2017 *Možnosti interdisciplinárnej kooperácie pri realizovaní nefarmakologickej liečby seniorov v ústavných zariadeniach*.

Literatúra

ABRAHA, I. et al. Evidence of and recommendations for non-pharmacological interventions for common geriatric conditions: the SENATOR-ONTOP systematic review protocol. *BMJ Open*. 2015, vol. 5, no. 1, p. 1–6. ISSN 2044-6055.

BARTOŠOVIČ, I. *Vybraná problematika gerontológie a geriatricie: 1. diel*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2014. ISBN 978-80-8132-101-6.

CONN, D. et al. National Guidelines for Seniors' Mental Health: The Assessment and Treatment of Mental Health Issues in Long-Term Care Homes (Focus on Mood and Behaviour Symptoms). *Canadian Journal of Geriatrics*. 2006, no. 9, suppl. 2, p. 59–64. ISSN 1718-1879.

FERTAĽOVÁ, T., ONDRIOVÁ, I. a HADAŠOVÁ, L. Piliere terapie Alzheimerovej choroby. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2017, roč. 113, č. 3, s. 119–122. ISSN 1212-0383.

FOSTER, N. E. et al. Research priorities for non-pharmacological therapies for common musculoskeletal problems: nationally and internationally agreed recommendations. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2009, vol. 10, no. 3, p. 1471–1474. ISSN 1471-2474.

HEGYI, L. a KRAJČÍK, Š. *Geriatría*. Bratislava: Herba, 2010. ISBN 978-80-89171-73-6.

HEGYI, L. a KRAJČÍK, Š. *Geriatría pre praktického lekára*. Bratislava: Herba, 2015. ISBN 978-80-89631-31-5.

HERHOLZ, S. C. et al. Non-pharmacological interventions and neuroplasticity in early stage Alzheimer's disease. *Expert Review of Neurotherapeutics*. 2013, vol. 13, no. 11, p. 1235–1245. ISSN 1473-7175.

HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. et al. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: EV public relations, 2007. ISBN 978-80-254-0179-8.

IJAPO, E. O. et al. Dementia-related agitation: a review of non-pharmacological interventions and analysis of risks and benefits of pharmacotherapy. *Translational Psychiatry*. 2017, vol. 7, no. 10, p. 32–36. ISSN 2158-3188.

IŽOVÁ, M. a DROZDÍKOVÁ, K. Využitie konceptu bazálnej stimulácie pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti. In: ŽIAKOVÁ, K., ČÁP, J. et al. *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovateľstve*. Martin: Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta, 2011, s. 128–134. ISBN 978-80-89544-00-4.

JANEČKOVÁ, H. a VACKOVÁ, M. *Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-581-3.

KOMJÁTHY, H. Riziká farmakoterapie geriatrických pacientov. *Praktické lékárnictvo*. 2016, roč. 6, č. 1, s. 8–12. ISSN 1338-3132.

Liečba. In: *Wikipédia: slobodná encyklopédia* [online]. 2. 6. 2014. [cit. 27. 3. 2018]. Dostupné z: <https://sk.wikipedia.org/wiki/Lie%C4%8Dba>.

MACHÁLKOVÁ, L., MAZALOVÁ, L., DANOSOVÁ, M. et al. Koncept bazální stimulace a jeho využití v ošetrovateľské péči u seniorů. *Interní medicína pro praxi*. 2017, roč. 19, č. 1, s. 49–51. ISSN 1212-7299.

MARKOVÁ, K., JEDLINSKÁ, M. a ŠOUKALOVÁ, K. Vztah reminiscenčních aktivit a depresivity seniorů v institucionální péči. *Ošetrovatelství a porodní asistence*. 2013, roč. 4, č. 1, s. 520–527. ISSN 1804-2740.

PALÁT, M. Behaviorizmus, behaviorálna medicína, behaviorálna terapia. *Eurorehab: časopis pre otázky fyzikálnej a rehabilitačnej medicíny: journal of physical and rehabilitation medicine*. 2002, roč. 12, č. 3, s. 131–132. ISSN 1210-0366.

PAVELOVÁ, Ľ. Implementácia prvkov bazálnej stimulácie do klinickej praxe. In: TISOŇOVÁ, V. et al. *Nové trendy vo vzdelávaní a praxi ošetrovatelstva a pôrodnej asistencie*. Ružomberok: Verbum, 2010, s. 143–147. ISBN 978-80-8084-548-3.

RIVERA-PAICO, M. L. and VEGA-GRADOS, J. Incidence of polypharmacy in hospitalized seniors. *Revista del cuerpo medico del hospital nacional almanzor aguinao asenjo*. 2017, vol. 10, no. 2, p. 69–74. ISSN 2227-4331.

SCHLOSSEROVÁ, A. a MROSKOVÁ, S. Uplatnenie bazálnej stimulácie v klinickej ošetrovateľskej praxi. In: *Molisa 7: Medicínsko-ošetrovateľské listy Šariša*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníctva, 2010, s. 124–127. ISBN 978-80-555-0233-5.

SLOVENSKO. Vyhláška MZ SR č. 364/2005 Z. z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom v znení neskorších predpisov.

TOMAGOVÁ, M. a MIERTO VÁ, M. Kognitívna rehabilitácia ako ošetrovateľská intervencia. In: ŽIAKOVÁ, K., ČÁP, J. et al. *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatelstve*. Martin: Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta, 2011, s. 386–395. ISBN 978-80-89544-00-4.

TOMAGOVÁ, M. et al. Príčiny predčasného ukončenia kognitívnej rehabilitácie pacienta s demenciou Alzheimerovho typu. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2012, roč. 108, č. 6, s. 311–317. ISSN 1212-0383.

VALKOVÁ, H. Nepriaznivý zdravotný stav ako súčasť sociálnej služby. *Via Practica*. 2017, roč. 14, č. 1, s. 40–42. ISSN 1336-4790.

VOJTOVÁ, H. Koncept smyslové aktivizace. *Florence*. 2015, roč. 11, č. 11, s. 14–16. ISSN 2570-4915.

VOJTOVÁ, H. *Smyslová aktivizace v české praxi*. Prachatice: Institut vzdělávání, 2014. ISBN 978-80-260-5804-5.

WEHNER, L. a SCHWINGHAMMER, Y. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4423-0.

ZENTHÖFER, A. et. al. Carers' education improves oral health of older people suffering from dementia – results of an intervention study. *Clinical Interventions in Aging*. 2016, vol. 11, p. 1755–1762. ISSN 1176-9092.

ZRUBÁKOVÁ, K., KRAJČÍK, Š. et al. *Farmakoterapie v geriatrii*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5229-7.

ZRUBÁKOVÁ, K., NOVYSEDLÁKOVÁ, M. a MORAUČÍKOVÁ, E. Realizácia nefarmakologickej liečby v ústavnej starostlivosti o seniorov. *Ošetrovatelstvo a pôrodná asistencia*. 2017, roč. 4, č. 6, s. 50–54. ISSN 1339-5920.

Kontakt

PhDr. Katarína Zrubáková, PhD.

Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku

Námestie A. Hlinku 48, 034 01 Ružomberok, Slovenská republika

katarina.zrubakova@ku.sk

OTÁZKY KLINICKÉ PRAXE

DENTÁLNÍ HYGIENA – OBOR ZNÁMÝ I NEZNÁMÝ

DENTAL HYGIENE – BRANCH KNOWN AND UNKNOWN

Radka Nováková¹

Abstrakt

Dentální hygiena je oborem s více než stoletou historií. V České republice ještě na přelomu tisíciletí tento pojem byl znám především odborníkům a omezenému okruhu pacientů. Řada lidí si neuvědomuje, že dentální hygiena není nadstandardní službou pro vybrané skupiny pacientů, ale nezbytnou součástí moderní stomatologie. V tomto příspěvku je obor dentální hygieny představen v podobě nejdůležitějších historických milníků oboru, spolu s představením hlavní náplně dentální hygienistky, který má oporu v české legislativě. V závěru jsou představeny perspektivy tohoto oboru.

Klíčová slova

dentální hygiena, dentální hygienistka/hygienista, dutina ústní, chrup, legislativní rámec

Abstract

Dental hygiene is a discipline with over a hundred years of history. At the turn of the millennium, this concept was only known to a handful of patients and professionals in the Czech Republic. Many people are not aware of the fact that dental hygiene is not a premium service for a selected group of patients, but an integral part of current stomatology. The present article provides an overview of historical milestones in the discipline of dental hygiene and a job description of the profession of dental hygienist as embedded in Czech legislation. Finally, perspectives of the dental hygiene discipline are discussed.

¹ Slezská univerzita v Opavě

Keywords

dental hygiene, dental hygienist, oral cavity, dentition, legislation

ÚVOD

Dentální hygiena patřila v České republice ještě na přelomu tisíciletí mezi pojmy známé především odborníkům a omezenému okruhu pacientů. I když je v současnosti povědomí o specializaci a náplni práce dentálních hygienistek/hygienistů podstatně vyšší, přesto řada lidí stále ani netuší, že taková profese existuje. Mnoho dalších si neuvědomuje, že dentální hygiena není nadstandardní službou pro vybrané skupiny pacientů, ale nezbytnou součástí moderní stomatologie. Dentální hygiena přitom rozhodně není novinkou, ale oborem s více než stoletou historií.

ÉRA PRŮKOPNÍKŮ

Pokud chceme psát o historii dentální hygieny, musíme se vrátit až do roku 1907. Právě tehdy začala veřejnosti nabízet orální profylaxi Irene Newmanová, asistentka amerického zubního lékaře doktora Alfreda Fonese (Lorentzen, 2018; Lehman, 2018). Ten byl stále více znepokojen množstvím pacientů, kteří přicházeli o své zuby následkem zubního kazu a paradentózy. Dr. Fones dospěl k názoru, že ztráty zubů lze výrazně omezit odstraňováním plaku, kamene a sladkých látek z povrchu zubů. Také si uvědomil, že tuto práci nemusí vykonávat sám lékař, ale plně ji zvládne i jeho asistentka, pokud se jí dostane náležitého vzdělání. Pozitivní výsledky práce Newmanové dovedly dr. Fonese až k vypracování koncepce preventivních specialistek, které nazval zubními hygienistkami. Zajímavostí je, že Fones původně uvažoval o termínu „zubní sestra“, který ale nakonec změnil na hygienistku, protože na rozdíl od běžných zdravotních sester měla být náplní nového povolání především preventivní péče a osvěta při vzdělávání v péči o zuby. Pro vzdělávání hygienistek založil Fones v roce 1913 první specializovanou školu v Bridgeportu v americkém státě Connecticut. Ve své učebnici tehdy uvedl: „Dentální hygienistka je především povolána k významné práci ve vzdělávání veřejnosti. Musí se sama cítit nástrojem, jehož prostřednictvím jsou šířeny stomatologické poznatky o ústní hygieně. Největší službou, kterou může dentální hygienistka poskytnout, je trvalá výchova veřejnosti k ústní hygieně a dalším odvětvím obecné hygieny člověka.“

Filozofie dr. Fonese sledovala dvě základní linie. V prvé řadě musí zubní lékaři informovat své pacienty o potřebě dentální hygieny. Současně se ale dentální hygienistky musí pohybovat v terénu a poskytovat své služby pacientům, kteří nemají dostatek financí na klasickou péči o chrup a informace přímo od lékařů jsou jim nedostupné.

Rozvoj oboru mimo území USA přerušila první světová válka, ale již 5 let po jejím konci se specializace na dentální hygienu poprvé objevila i v Evropě – v roce 1923 v Norsku. Následovala Velká Británie, později Nizozemsko a Švédsko. Kolébkou systematického rozvoje evropské dentální hygieny je Švýcarsko, kde byla v roce 1973 založena první specializovaná škola pro hygienistky. Na území bývalého Československa se odborné vzdělávání hygienistek poprvé objevilo až v 90. letech minulého století – v roce 1992 byla zahájena výuka pro dentální hygienistky na Slovensku (Kovaľová et al., 2010). Jednalo se o nástavbové studium, které bylo později nahrazeno studiem vysokoškolským. Již samostatná Česká republika nabídla vzdělání ve stejném oboru o 4 roky později. Od roku 1996 byl obor dentální hygieny vyučován na vyšších odborných školách, od roku 2008 také v rámci bakalářského tříletého studia na lékařských fakultách vysokých škol (Bowen, 2013).

DENTÁLNÍ HYGIENISTKA A JEJÍ PRÁCE

Oficiální definice pocházející od Ester Wilkinové, autorky populární učebnice pro dentální hygienistky, uvádí: Dentální hygienistka je odbornice s licencií k výuce orálního zdraví a k výkonům v dutině ústní, která jako pomocnice zubního lékaře používá vědeckých metod ke kontrole a prevenci stomatologických onemocnění tak, aby pomohla jednotlivcům i skupinám obyvatelstva k získání a udržení optimálního orálního zdraví.

Péči dentální hygienistky lze rozdělit do čtyř základních oblastí: vzdělávací, preventivní, terapeutické a estetické.

V oblasti vzdělávací hygienistka vzdělává pacienty v oblasti péče o hygienu ústní dutiny a vede je při nábízení správných postupů a technik ústní hygieny. Součástí vzdělávání je také výchova pacientů zaměřená na prevenci zubního kazu, parodontopatie a ortodontických anomálií. Důležitým bodem vzdělávací péče je rozdělení potravin a nápojů na vhodné a nevhodné z hlediska péče o chrup.

V oblasti preventivní péče hygienistka získává anamnézu, vyšetřuje ústní dutinu a provádí orientační zhodnocení stavu chrupu. Dospělým, ale především dětským pacientům hygienistka poskytuje ukázky a nácvik správné techniky čištění zubů se zubním kartáčkem. Dentální hygienistka podporuje už od dětství v dětech uvědomění, že zuby lze udržet zdravé pomocí jednoduché práce se zubním kartáčkem. Všechny tyto informace jsou také předávány rodičům, kteří mají zodpovědnost za zdraví zubů svých dětí a kteří se podílejí na provádění a kontrole příslušné techniky čištění.

V rámci terapeutické a estetické péče provádí pečetění fisur a fluoridaci zubů, odstraňuje zubní plak a nevzhlednou pigmentaci, leští povrch zubů a výplní, provádí odborné čištění zubů, bělení a další estetické úpravy. Dentální hygienistka také aplikuje dentální šperky (Mazánek et al., 2015).

Dentální hygienistka je často považována za specialistku na péči o krásu a dobrý vzhled zubů. Součástí její práce je ale také prevence problémů v ústech, jakými jsou např. zubní kaz či zánět dásní. V případě zánětu dásní je v současnosti role dentálních hygienistek zcela klíčová a představuje nepostradatelnou součást parodontologických pracovišť.

Dentální hygienistky tak zajišťují celou škálu preventivních a estetických zákroků. Zubní lékaři se díky tomu mohou soustředit pouze na závažnější výkony (Korábek, 1997).

Průběh péče dentální hygienistky o pacienta lze shrnout do několika kroků. Jako první probíhá vstupní vyšetření, při němž hygienistka prověří stav zubů a dásní, a podle zjištěné situace stanoví léčebný plán. V rámci dalšího kroku – realizace léčebného plánu – hygienistka pečuje o chrup pacienta a současně ho motivuje ke zlepšení péče o chrup. Součástí motivační fáze je rovněž instruktáž správného čištění zubů předváděná přímo v ústech pacienta za pomoci zubního kartáčku, jednosvazkového kartáčku, mezizubních pomůcek jako jsou mezizubní kartáčky či dentální nitě. Při dalších krocích – návštěvách pacienta – jsou cílem hygienistky nejen vyšetření a péče o chrup, ale také vyhodnocení, jak pacient o své zuby pečuje. V případech, kdy pacientova domácí péče o chrup není optimální, poskytuje hygienistka novou instruktáž a vysvětlení, proč je třeba preventivní domácí péči o zuby provádět pečlivě, systematicky a dlouhodobě.

DENTÁLNÍ HYGIENA

Jak je výše uvedeno, dentální hygienistka či hygienista je specialistou, jehož cílem je prevence problémů v dutině ústní, např. zubního kazu, zánětu dásní a parodontitidy, a léčení či zastavení již vzniklých onemocnění.

I když současná medicína dokáže vyléčit mnoho zdravotních problémů, nejvhodnějším přístupem zůstává prevence. V případě chrupu je známo, že klíčový problém představuje zubní mikrobiální povlak (Oral hygiene, 2018). Znalost příčin a vzniku onemocnění umožňuje dentálním hygienistkám provádět kvalifikovanou péči a především – učit pacienty, jak o svoji dutinu ústní mají pečovat. Správně a pravidelně prováděná péče dokáže zajistit dlouhodobé zdraví dutiny ústní a je jedinou spolehlivou cestou k udržení funkčního a zdravého chrupu po celý život. Úkolem dentální hygienistky je dovedení pacienta k poznatku, že čisté zuby se nekazí, a proto je pravidelná a kvalitní péče nejdůležitějším krokem pro udržení zdravého chrupu.

Z pohledu pacientů existuje několik důvodů, proč je třeba o zuby celoživotně pečovat. Klíčové je pochopitelně udržení plné funkčnosti zubů ke zpracování potravy a možnosti příjmu různorodé stravy. Důležitá je však také fonetika – zdravý chrup umožňuje bezproblémové mluvení a srozumitelnou výslovnost. Třetí důvod, jehož význam u péče o chrup dlouhodobě roste, je estetický. S vlastním, zdravě vyhlížejícím chrupem působí člověk přirozenějším a mladším dojmem. Významným motivačním faktorem je také finanční stránka – prevence a systematická péče o chrup je výrazně levnější než náhrada již ztracených zubů.

LEGISLATIVNÍ RÁMEC

Při své práci se dentální hygienistky musí řídit platnou legislativou. Rozsah jejich činností a oprávnění je specifikován ve Vyhlášce č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických

pracovníků a jiných odborných pracovníků ve znění pozdějších změn, z nichž poslední je Vyhláška č. 391/2017 Sb., kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb. (Vyhláška č. 391/2017 Sb., 2018).

Paragraf 16 vyhlášky č. 391/2017 Sb. kromě jiného uvádí, že dentální hygienistka bez odborného dohledu a bez indikace může vychovávat a instruovat pacienty k pravidelné a systematické preventivní péči o ústní hygienu, stanovit úroveň individuální hygieny, provádět nácvik postupů a technik ústní hygieny a kontrolovat jejich účinnost, provádět kolektivní zdravotně-výchovnou činnost zaměřenou na prevenci zubního kazu, parodontopatií, ortodontických anomálií a na racionální výživu a provádět ve spolupráci se zubním lékařem výzkum v oblasti zubního lékařství, zvláště pak v oblasti dentální hygieny.

V dalších bodech pak dentální hygienistka provádí bez odborného dohledu profylaxi onemocnění ústní dutiny včetně odhalení časných patologických změn a prevence jejich zhoršování. Tyto činnosti zahrnují vstupní a kontrolní vyšetření ústní dutiny včetně získání anamnézy, zhodnocení stavu parodontu a měkkých tkání, orientačního zhodnocení stavu chrupu a jeho kazivosti, provádění otisků chrupu, odstraňování zubního plaku a kamene z mezizubních a supragingiválních prostorů, leštění povrchu zubů profylaktickými materiály a další činnosti.

Vyhláška dále uvádí řadu dalších činností, které může dentální hygienistka provádět bez dohledu lékaře, a vyjmenovává i činnosti, které naopak odborný dozor vyžadují, např. provádění aplikace povrchové anestézie pro povrchové znecitlivění dásní, bělení zubů a obdobné estetické úpravy a doporučení ohledně individuálního domácího bělení zubů.

PERSPEKTIVY DENTÁLNÍ HYGIENY

Ačkoli je dentální hygiena v České republice relativně mladým oborem, stala se již nedílnou součástí moderního zdravotnictví. Je důkazem, že současná medicína stále více přechází od léčebných výkonů k prevenci, kterou lze zabránit mnoha budoucím komplikacím. Dentální hygienistka/hygienista dnes představuje specializované povolání zahrnující činnosti v oblasti preventivní, diagnostické, léčebné i vzdělávací. Je člověkem, na kterého se pacient může obrátit s jakýmkoli problémem týkajícím se zubní hygieny.

Ošetření u dentální hygienistky rozhodně nelze považovat za jednorázovou návštěvu. Pro správnou prevenci péče o zubní dutinu je třeba tato odborná vyšetření a ošetření pravidelně absolvovat jako doplnění pečlivé domácí péče o ústní dutinu. Protože hygienistka vždy spolupracuje se zubním lékařem, má současně pacient jistotu, že v případě závažnějších onemocnění bude jeho problém řešit kvalifikovaná osoba.

Klíčovou úlohou hygienistky v péči o pacienty je prevence a vzdělávání v oblasti domácí péče o chrup. Úkolem hygienistky je vysvětlit pacientovi důvody, proč musí péči o zuby věnovat zvýšenou pozornost a z jakého důvodu jednotlivé kroky a postupy provádí. Pokud pacient správně pochopí, že důslednou domácí péčí může výrazně omezit rizika dentálních onemocnění či poškození chrupu, lze z jeho strany očekávat větší důslednost a dlouho-

dobější péči o chrup. Dentální hygienistka proto musí být nejen specialistkou v odborné oblasti péče o zuby, ale musí také disponovat odpovídajícími komunikačními a edukačními schopnostmi, aby dokázala svým pacientům potřebné informace správně a přesvědčivě předat. Nadstandardní pozornost je třeba věnovat dětským pacientům, u kterých je nutné volit adekvátní způsob komunikace odpovídající věku, znalostem, rodinným poměrům a další aspektům, které jsou u každého dítěte individuální.

Vzhledem k dlouhodobě rostoucímu zájmu obyvatel České republiky o kvalitu jejich chrupu je velmi pravděpodobné, že poptávka po nových absolventech se vzděláním v oboru dentální hygieny v blízké době výrazně poroste. Studium dentální hygieny proto nabízí nejen zajímavý obor, ale po absolvování školy také velkou šanci úspěšného uplatnění v praxi.

Literatura

BOWEN, D. M. History of Dental Hygiene Research. *Journal of Dental Hygiene* [online]. 2013, vol. 87, suppl. 1, 5–22. [cit. 15. 8. 2018]. Available from: http://jdh.adha.org/content/87/suppl_1/5.full.

KORÁBEK, L. *Každý může mít zdravé a krásné zuby*. Praha: Grada, 1997. ISBN 80-7169-164-X.

KOVALOVÁ, E. et al. *Orální hygiena. [II., III.]*. Prešov: Pavol Šidelský – Akcent print, 2010. ISBN 978-80-89295-24-1.

LEHMAN, E. *Alfred Fones, Irene Newman, and the Dental Hygiene Revolution* [online]. [cit. 15. 8. 2018]. Available from: <http://bportlibrary.org/hc/education/dr-alfred-fones/>.

LORENTZEN, M. *Irene E. Newman (1875–1958) – Find A Grave Memorial* [online]. [cit. 15. 8. 2018]. Available from: <https://www.findagrave.com/memorial/28481770/irene-e.-newman>.

MAZÁNEK, J. et al. *Stomatologie pro dentální hygienistky a zubní instrumentářky*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4865-8.

Oral hygiene. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. [cit. 15. 8. 2018]. Available from: https://en.wikipedia.org/wiki/Oral_hygiene.

Vyhláška č. 391/2017 Sb. In: *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 15. 8. 2018]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-391>.

	DENTÁLNÍ HYGIENA – OBOR ZNÁMÝ I NEZNÁMÝ	RADKA NOVÁKOVÁ	75
--	--	-----------------------	-----------

Kontakt

Mgr. Radka Nováková, DiS.
 Slezská univerzita v Opavě
 Na Rybníčku 626/1, 746 01 Opava, Česká republika
 novakovadh@gmail.com

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

RECENZE KNIHY PATOFYZIOLOGIE PRO ZDRAVOTNICKÉ OBORY

Autor: Muralitharan Nair, Ian Peate

Přeložila: MUDr. Hana Pospíšilová

Praha: Grada Publishing, 1. vydání, 2017, 256 stran, ISBN 978-80-271-0229-7

Uvedená kniha byla přeložena z anglického originálu *Pathophysiology for Nurses and a Glance* (ISBN 978-1-118-74606-6). Patofyziologie jako vědní disciplína se zabývá poruchami normálních mechanických, fyzikálních a biochemických funkcí. Publikace předkládá v kostce stručný přehled patofyziologie vybraných nejčastějších onemocnění, obsah je rozdělen do sedmnácti na sebe navazujících kapitol. Jejich zpracování je srozumitelné, doplněné o bohaté obrázkové materiály, které umožňují zejména budoucím všeobecným sestrám získání znalostí o změnách jednotlivých systémů při přítomnosti chorob. Cílem textu je rozvinout teoretické a praktické znalosti a dovednosti pro poskytování bezpečné, efektivní a vysoce kvalifikované péče v kontextu pochopení souvislostí mezi normálním fungováním lidského těla a patologickými změnami. Domnívám se, že obsah této knihy by měl patřit mezi základní znalosti všeobecných sester, a proto doporučuji zejména pro výuku nelékařských oborů a také pro samostudium.

Kontakt

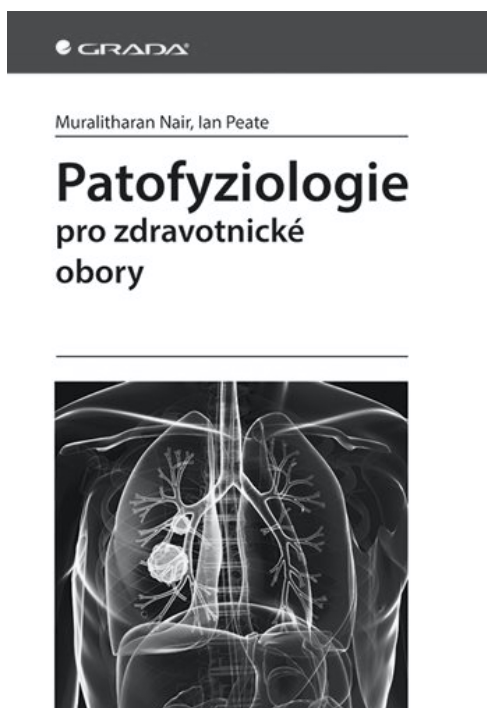
doc. PhDr. Yveta Vrublová, Ph.D.

Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě

Ústav ošetrovatelství

Bezručovo nám. 885/14, 746 01 Opava, Česká republika

yveta.vrublova@fvp.slu.cz



RECENZE KNIHY PSYCHOSOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA V OŠETŘOVATELSKÉ PROFESI

Autor: PhDr. Alena Mellanová, CSc.

Praha: Grada Publishing, 1. vydání, 2017, 112 stran, ISBN 978-80-247-5589-2

Problematika nedostatku všeobecných sester je celonárodním problémem. Publikace se věnuje velmi závažné oblasti psychosociální problematiky v ošetrovatelství. Na základě výzkumů předkládá poznatky o profesi sestry, jejím současném postavení, vzdělávání, uplatnění na trhu práce u nás i v zahraničí. Velmi důležitý a za pozornost stojící je poznatek, že úspěšné pracovní působení sester je mimo jiné dáno i tím, že nositelky profese jsou sociálně zralé osobnosti.

Toto dílo si jednoznačně zaslouží pozornost a vřele doporučuji jeho využití ve výuce i samostudiu.

Kontakt

PhDr. Zdeňka Římovská, Ph.D.

Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě

Ústav ošetrovatelství

Bezručovo nám. 885/14, 746 01 Opava, Česká republika

zdenka.rimovska@fvp.slu.cz

GRADA

Alena Mellanová

Psychosociální problematika v ošetrovatelské profesi



KNIŽNÍ NOVINKY

ANGLICKÁ KONVERZACE U LŮŽKA NEMOCNÉHO

Kolektiv autorů – editoři Jan Lomíček, Vlasta Wirthová

Praha: Grada Publishing, 2018, 1. vydání, 144 stran, ISBN 978-80-271-0200-6

Konverzace zahrnuje fráze a informace, které jsou potřebné k získání anamnézy, vyšetření nemocného, k lékařskému ošetření, ke správnému provádění ošetrovatelské péče na interním, chirurgickém, gynekologicko-porodnickém a dětském oddělení.

Fráze k lékařskému vyšetření se liší podle postupů na jednotlivých odděleních. Fráze k ošetrovatelské péči jsou děleny podle ošetrovatelských postupů – od úpravy lůžka, přes hygienu a podávání jídla, až po specializované postupy, např. infuze, aplikaci injekcí, péči o matku a dítě atd.

GRADA

Kolektiv autorů

Anglická konverzace u lůžka nemocného



KLINICKÁ VÝŽIVA A DIETOLOGIE

Sangita Sharma a kolektiv

Praha: Grada Publishing, 2018, 1. vydání, 240 stran, ISBN 978-80-271-0228-0

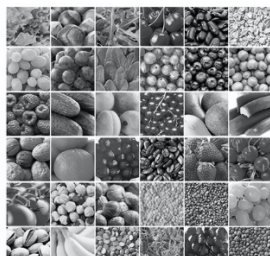
Kniha obsahuje informace o složkách potravy a jejich účincích na lidský organismus a dále doporučení ke složení výživy v jednotlivých obdobích života – v prenatálním věku a těhotenství, kojeneckém, dětském, dospělém a seniorském věku. Součástí jsou specifika výživy nemocných dospělých a seniorů. Doporučení pro výživu nemocných s různými chorobami doplňují přehled problematiky. Samostatná kapitola se týká výživy sportovců.

GRADA

Sangita Sharma a kolektiv

Klinická výživa a dietologie

v kostce



NĚMECKÁ KONVERZACE U LŮŽKA NEMOCNÉHO

Kolektiv autorů – editoři Jan Lomíček, Vlasta Wirthová

Praha: Grada Publishing, 2018, 1. vydání, 152 stran, ISBN 978-80-271-0211-2

Konverzace zahrnuje fráze a informace, které jsou potřebné k získání anamnézy, vyšetření nemocného, k lékařskému ošetření, ke správnému provádění ošetrovatelské péče na interním, chirurgickém, gynekologicko-porodnickém a dětském oddělení.

Fráze k lékařskému vyšetření se liší podle postupů na jednotlivých odděleních. Fráze k ošetrovatelské péči jsou děleny podle ošetrovatelských postupů – od úpravy lůžka, přes hygienu a podávání jídla, až po specializované postupy, např. infuze, aplikaci injekcí, péči o matku a dítě atd.

GRADA

Kolektiv autorů

Německá konverzace u lůžka nemocného



OŠETŘOVATELSTVÍ I

Ilona Plevová a kolektiv

Praha: Grada Publishing, 2018, 2., přepracované a doplněné vydání, 288 stran, ISBN 978-80-271-0888-6

Učebnice ošetrovatelství, ve které jsou soustředěny všechny potřebné informace uceleně a v aktuálním znění. Obsahuje všechna témata, která jsou nutná ke zvládnutí základních studijních požadavků – od historie ošetrovatelství až po role sester a jejich profesní organizace.

Tato učebnice je určena pro studenty bakalářského a magisterského studia oboru všeobecná sestra, porodní asistentka a všeobecné lékařství a také pro studenty všech zdravotnických oborů, které zahrnují i předmět ošetrovatelství.

GRADA

Ilona Plevová a kolektiv

Ošetrovatelství I

2., přepracované a doplněné vydání



URGENTNÍ MEDICÍNA V KLINICKÉ PRAXI LÉKAŘE

Jana Šeblová, Jiří Knor a kolektiv

Praha: Grada Publishing, 2018, 2., doplněné a aktualizované vydání, 492 stran, ISBN 978-80-271-0596-0

Úspěšná publikace byla průběžně aktualizována – přibyly (nebo byly zcela přepracovány) zejména kapitoly týkající se urgentní geriatric, farmakoterapie urgentních stavů, práce se zemřelými (v rámci forenzní problematiky) i organizace a řízení.

Urgentní medicína zahrnuje přednemocniční neodkladnou péči, časnou nemocniční péči a připravenost na řešení mimořádných událostí. Všichni lékaři, ať již pracují ve zdravotnické záchranné službě nebo na urgentních příjmech, si musí osvojit široký diferenciálně diagnostický pohled na pacienta, přístup na základě vedoucího příznaku a stálé přehodnocování priorit. Právě tento komplexní přístup k problematice a zasazení do souvislostí pomáhá tato publikace pochopit.

Srozumitelnosti knihy napomáhá 68 tabulek a 144 obrázků (z toho 19 v barevné příloze). Oba hlavní autoři pracují v oblasti urgentní medicíny více než třicet let a mají zkušenosti jak z terénu, tak z organizace práce RZP, takže jsou schopni čtenářům kvalifikovaně přiblížit specifika tohoto náročného, avšak medicínsky velice zajímavého oboru.

GRADA

Jana Šeblová, Jiří Knor a kolektiv

Urgentní medicína v klinické praxi lékaře

2., doplněné a aktualizované vydání



ZÁKLADY OŠETŘOVATELSTVÍ A OŠETŘOVATELSKÝCH POSTUPŮ PRO ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANÁŘE

Martina Dingová Šliková, Lucia Vrabelová, Lucie Lidická

Praha: Grada Publishing, 2018, 1. vydání, 316 stran, ISBN 978-80-271-0717-9

Studium ošetrovatelství je nedílnou součástí přípravy na profesi zdravotnického záchranáře. V České republice legislativa umožňuje zdravotnickým záchranářům pracovat nejen v rámci neodkladné přednemocniční péče, akutní lůžkové péče intenzivní včetně urgentních příjmů, ale i v celém spektru zdravotnických zařízení v pozici praktické sestry.

Ucelených textů zabývajících se ošetrovatelskou problematikou a určených zdravotnickým záchranářům je však v České republice minimum. Kniha proto obsahuje informace, postupy a nové trendy z oboru ošetrovatelství cíleně zaměřené na profesní přípravu zdravotnických záchranářů. Text by měl sloužit i jako orientační pomůcka v některých nových trendech frekventantům celoživotního vzdělávání či odborníkům z profese.

Vzhledem k tomu, že autorky působí na Fakultě biomedicínského inženýrství ČVUT, mají k současnému technickému vývoji velmi blízko. Všechny tři autorky vyučují ošetrovatelské předměty, ale mají i dlouholetou zkušenost s poskytováním ošetrovatelské péče v praxi a s mentoringem.

GRADA

Martina Dingová Šliková, Lucia Vrabelová,
Lucie Lidická

Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů

pro zdravotnické záchranáře



GRADA PŘIPRAVUJE

DĚTSKÁ PALIATIVNÍ PÉČE

Radka Bužgová, Lucie Sikorová a kolektiv

MANAGEMENT NEŽÁDOUCÍCH UDÁLOSTÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ – METODIKA PREVENCE, IDENTIFIKACE A ANALÝZA

Andrea Pokorná a kolektiv

NANDA – OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY – DEFINICE A KLASIFIKACE 2018–2020

NANDA International

OŠETŘOVATELSKÉ POSTUPY PRO ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANÁŘE I

OŠETŘOVATELSKÉ POSTUPY PRO ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANÁŘE II

Eva Veverková

RIZIKO PÁDŮ V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI – U HOSPITALIZOVANÝCH PACIENTŮ S NEUROLOGICKÝM ONEMOCNĚNÍM

Michaela Miertová

VEŘEJNÉ ZDRAVOTNICTVÍ A VÝCHOVA KE ZDRAVÍ – PRO NELÉKAŘSKÉ OBORY

Lidmila Hamplová

POKYNY PRO AUTORY

PRŮBĚH RECENZNÍHO ŘÍZENÍ

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

POKYNY PRO AUTORY – FORMÁLNÍ A OBSAHOVÉ NÁLEŽITOSTI PŘÍSPĚVKŮ

Základní členění textu:

Název: název příspěvku i jeho anglického překladu psát tučně velkými písmeny 16 b. Název musí být stručný a výstižný, vypovídá o obsahu příspěvku. Neměl by zpravidla přesáhnout 8 slov. Neměl by obsahovat zkratky. V nadpisu lze užít zkratky jen výjimečně, pokud by se text nadpisu rozvedením zkratky neúměrně prodloužil.

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

Pracoviště: úplný název pracoviště a sídlo (např.: ¹ Ústav ošetrovatelství, Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě)

² Chirurgická klinika, Nemocnice Horní

Příspěvky výzkumného charakteru

Název příspěvku a jeho anglického překladu tučně velkými písmeny. Název by měl výstižně prezentovat obsah článku.

Abstrakt: doporučená délka abstraktu jedné jazykové verze je max. 1 500 znaků včetně mezer. Uvádí se v originálním a anglickém jazyce a obsahuje: východiska, cíl, metody, výsledky a diskuzi, závěry.

Klíčová slova: uvádí se v originálním a anglickém jazyce, počet je 5–8 klíčových slov, neshodují se s výrazy v názvu. Informují o metodách, technikách výzkumu, odborném problému a výzkumném nástroji.

Text rukopisu: podnadpisy jednotlivých oddílů jsou psány tučně na samostatném řádku velkými písmeny. Text rukopisu je strukturován: Úvod, cíl práce, metodika, výsledky, diskuze, závěr, poděkování, referenční seznam.

Úvod: seznamuje čtenáře v obecné rovině s tématem práce, na co práce navazuje, výzkumná sdělení s odkazy na zdroje různých autorů.

Cíl práce: cíl práce, organizace výzkumu.

Metodika: charakteristika souboru, kritéria k zařazení respondentů do souboru, typ studie, popis metod a technik, design výzkumu, sběr dat, metody použité ke statistickému zpracování dat, název a verze statistického softwaru aj.

Výsledky: uvést ke každému výzkumnému cíli, tabulky, grafy, obrázky, schémata, uvedení statistických výsledků.

Diskuze: stanovisko k vlastním výsledkům, porovnat je s výsledky jiných autorů, diskutovat k odlišným výsledkům, uvést možné příčiny, informovat o limitech, benefitech a omezeních výzkumu.

Závěr: výstižné shrnutí vlastních výsledků výzkumu, návrh výzkumných otázek pro další výzkum v dané oblasti.

Poděkování: dedikace projektu, grantu.

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

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

Příspěvky přehledového a teoretického charakteru

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

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

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

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

Recenze aktuálních publikací

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

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

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

Rozsah: max. 9 000 znaků.

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

Formální požadavky rukopisu:

Rukopis zasílejte v textovém editoru MS Word.

Font písma: Times New Roman.

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

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

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

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

V textu nepodtrhávájte.

Práce s textem: před interpunkčními znaménky nikdy nedělejte mezeru, za nimi naopak vždy. Dělejte pouze jedno úhazové mezery. Důsledně rozlišujte číslice 1 a 0 od písmen O a I. Nepoužívejte automatické úpravy textu (dělení slov, generování obsahu, poznámek, živá záhlaví, styly, vkládání obrázků...).

Zkratky je třeba užívat uvážlivě. Každou zkratku je třeba vysvětlit při prvním výskytu zkracovaného slova, např. Světová zdravotnická organizace (dále jen WHO). V souhrnu se zkratky nepoužívají vůbec.

Jednotky uvádějte podle SI normy, hodnota pulzu, krevního tlaku a tělesné teploty, uvádějte v konvenčních jednotkách.

Odkazování na zdroje: na zdroje průběžně odkazujte v textu, nevyužívejte poznámky pod čarou, podoba odkazu v textu (autor, rok vydání, příp. strana u přímých citacích).

Tabulky, grafy, obrázky, fotografie nejsou součástí textu. Každá tabulka, graf, obrázek, fotografie jsou na separátním listu. Grafické zpracování musí být v kvalitě umožňující jejich reprodukci. Fotografie se dodávají v lesklém provedení. List s tabulkou obsahuje její název a legendu. Legenda ke grafům a obrázkům je uvedena na zvláštním listu. Tabulky, grafy a obrázky jsou číslovány (každá z uvedených forem zvlášť) arabskými čísly. Jejich použití musí být účelové a vhodně doplňují text.

Tabulky nemají duplikovat text (část textu) příspěvku, tabulka, sloupce a řádky v ní jsou stručně a výstižně pojmenovány, tabulka je rozměrově přizpůsobena formátu časopisu B 5.

V samotném rukopisu uveďte poznámku, že v tomto místě má být obrazová příloha.

Obrázky, fotografie, grafy a tabulky dodávejte vždy jako samostatné dokumenty (jpg, tiff, eps, xls,xlsx).

Název grafu je uveden pod grafem.

Název tabulky je umístěn pod tabulkou. Velikost textu v tabulce je 12 b, Times New Roman, pokud rozsah tabulky a přehlednost nevyžaduje menší velikost písma.

Obrázky: za obrázků se považují fotografie, schémata, grafy apod. Musí mít svou nezastupitelnou úlohu, nesmí plnit funkci samoúčelnosti, je přizpůsoben časopisu B 5, je přehledný a čitelný v černobílé verzi tisku.

Poděkování za finanční podporu práce, pokud je potřebné (grant, firma atd.) uvádějte před oddílem literatura, za závěrem.

U výzkumných příspěvků, jakož i příspěvků přehledového či teoretického charakteru, je na závěr vložen oddíl literatura, za kterým následuje kontakt na autora (adresa pracoviště a e-mail).

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

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

