

OŠETŘOVATELSKÉ PERSPEKTIVY

VIII. | 2025

2



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

**SLEZSKÁ
UNIVERZITA**
FAKULTA VEŘEJNÝCH
POLITIK V OPAVĚ



OŠETŘOVATELSKÉ PERSPEKTIVY

2025



NURSING PERSPECTIVES

2025

Silesian University in Opava
Faculty of Public Policies in Opava

Ošetřovatelské perspektivy

2025, roč. 8, č. 2

Vedení redakce

Yveta VRUBLOVÁ (Opava) – šéfredaktorka
Daniela NEDVĚDOVÁ (Opava) – zástupkyně šéfredaktorky
Zdeňka ŘÍMOVSKÁ (Opava) – výkonná redaktorka
Gabriela SVĚTNICKÁ (Opava) – výkonná redaktorka
Lucie CHMELÁŘOVÁ (Opava) – technická redaktorka

Redakční rada

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

Online verze časopisu je k dispozici na následujícím webu

osp.slu.cz

Časopis je indexován v těchto mezinárodních databázích

EBSCO Publishing, Inc., <http://www.ebsco.com>
European Reference Index for the Humanities and the Social Sciences (ERIH PLUS),
<https://kanalregister.hkdir.no/publiseringsskanaler/erihplus/>

Vydavatel

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

Identifikační číslo organizace

47813059

Vychází dvakrát ročně.

Grafické zpracování

Dorota Lubojacká
28. října 105/15, 702 00 Moravská Ostrava, Česká republika

Tisk

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

© Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě, 2025

Evidenční číslo Ministerstva kultury České republiky

E 23014

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

OBSAH

EDITORIAL

9

EMPIRICKÁ ŠETŘENÍ A PŮVODNÍ VÝZKUMY

RIZIKO SYNDRÓMU VYHORENIA U SESTIER V ODBOROCH VNÚTORNÉHO
LEKÁRSTVA

Alena DZIACKA, Jaroslava BOBENIČOVÁ

13

SCHOPNOSŤ AKTÍVNEJ SPOLUPRÁCE S POSKYTOVATEĽMI ZDRAVOTNEJ
STAROSTLIVOSTI AKO SÚČASŤ ZDRAVOTNEJ GRAMOTNOSTI

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

25

REDUKČNÝ PROGRAM AKO FORMA PREVENIE DYSFUNKCIE ZDRAVIA
V KOMUNITE ŽIEN S NADMERNOU TELESNOU HMOTNOSŤOU

Ľubica TRNKOVÁ, Mária KILÍKOVÁ

37

OTÁZKY KLINICKÉ PRAXE

RIEŠENIE NEŽIADUCICH UDALOSTÍ V KONTEXTE PROFESIJNÝCH
CHARAKTERISTÍK SESTIER A PRACOVNÉHO PROSTREDIA

Tatiana KATRIŇÁKOVÁ, Mária KILÍKOVÁ, Monika ŠTEFANOVÁ

53

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

VÝZNAM KOMUNIKÁCIE V PEER REVIEW HODNOTENÍ SESTIER SO ZAMERANÍM
NA SPÄTNÚ VÄZBU VO VEKOVU DIVERZIFIKOVANOM OŠETROVATELSKOM
TÍME – PILOTNÁ ŠTÚDIA

Viera HULKOVÁ, Mária KILÍKOVÁ, Magdaléna TUPÁ

67

„VELICE ROZMNOŽÍM TVÉ TRÁPENÍ I BOLESTI TĚHOTENSTVÍ, SYNY BUDEŠ
RODIT V UTRPENÍ...” (GN. 3:16). TĚHOTENSTVÍ, POROD A ŠESTINEDĚLÍ
V NÁBOŽENSKÝCH A MAGICKÝCH RITUÁLECH V MINULOSTI

Rudolf ŽÁČEK

81

RECENZE A KRÁTKÁ SDĚLENÍ

RECENZE KNIHY ETIKA PRO LÉKAŘSKOU, ZDRAVOTNICKOU
A ZÁCHRANÁŘSKOU PRAXI

Daniela NEDVĚDOVÁ

103

RECENZE KNIHY PACIENT A ZDRAVOTNICKÝ PRACOVNÍK:
ŘEŠENÍ KONFLIKTNÍCH SITUACÍ

Daniela NEDVĚDOVÁ

105

KNIŽNÍ NOVINKY

SEPTICKÉ STAVY V INTENZIVNÍ PÉČI: OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

109

BIOLOGIE: PRO STUDENTY LÉKAŘSKÝCH FAKULT

A ZDRAVOTNICKÝCH OBORŮ

109

VYBRANÉ ASPEKTY DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ

110

SPECIALIZOVANÁ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V NEONATOLOGII

110

POKYNY PRO AUTORY

111

Vážené kolegyně, vážení kolegovia,

každé nové číslo nášho časopisu je príležitosťou kontempovať nad tým, kam sa ošetrovatelstvo posúva a čo všetko formuje našu profesijnú identitu. Svet zdravotnej starostlivosti sa mení rýchlo a nároky na sestry rastú s nebývalou intenzitou. O to dôležitejšie je, aby sme zostali komunitou, ktorá sa navzájom podporuje, zdieľa poznatky, inšpiruje sa a spoločne hľadá smer budúceho rozvoja.

Ošetrovatelstvo prechádza dynamickými zmenami, ktoré od sestier vyžadujú vysokú mieru odbornosti a neustále rozširovanie kompetencií. Publikované odborné príspevky poukazujú na úlohy sestier, ich zodpovednosť a kompetentnosť.

Príspevky venované riziku syndrómu vyhorenia či spolupráci s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti zdôrazňujú, že psychická odolnosť a kvalitná komunikácia tvoria základ bezpečnej praxe. Sestry dnes musia nielen reagovať na záťaž, ale aj chrániť a udržiavať si vlastné zdravie a vnútornú rovnováhu v náročnom pracovnom prostredí.

Texty orientované na komunitné redukčné a edukačné programy ukazujú, že sestra je významným edukátorom a koordinátorom prevencie. Kompetencie sestier tak presahujú rámec zdravotníckych zariadení a vstupujú do života komunít, kde svojou odbornou i ľudskou prítomnosťou podporujú zdravý životný štýl.

Príspevok o riešení nežiaducich udalostí pripomína, že jednou z kľúčových kompetencií zostáva schopnosť analyzovať, predchádzať a riešiť situácie ovplyvňujúce bezpečnosť pacienta. Tieto schopnosti dokazujú, že sestra je samostatný odborník, ktorý dokáže aktívne formovať kvalitu starostlivosti.

Historický pohľad na tehotenstvo, pôrod a šestonedelie v náboženských a magických rituáloch nám umožňuje uvažovať nad dlhou cestou ošetrovatelstva, od tradičných foriem pomoci po dnešnú vedecky podloženú prax.

Spoločným menovateľom všetkých príspevkov je výzva zamyslieť sa nad tým, kam sa profesia sestier uberá. Budúcnosť ošetrovatelstva bude závisieť od schopnosti sestier reflektovať a plniť svoje poslanie, no rovnako aj od toho, či spoločnosť dokáže oceniť, podporiť a rozvíjať ich nezastupiteľné kompetencie.

Budúcnosť profesie si vyžaduje aj modernizáciu vzdelávania, posilnenie samostatných kompetencií sestier, rozvoj pokročilej praxe a rozšírenie ich právomocí v diagnostike, prevencii a manažmente chronických ochorení. Digitálna transformácia zdravotníctva prinesie nové nároky od práce s dátami po telemedicínu. Zároveň otvorí priestor pre väčšiu autonómiu a odborné rozhodovanie.

Rovnako dôležitá bude schopnosť sestier viesť, motivovať a formovať pracovné tímy, byť aktívnou súčasťou výskumu a prispievať k tvorbe zdravotníckych politík. Aby sa tieto vízie naplnili, je nevyhnutné investovať do pracovných podmienok, odmeňovania a rešpektu k profesii. Len v prostredí, v ktorom sa sestry cítia podporované, môžu



naplno rozvinúť svoje profesionálne aj ľudské kvality a bezpečne sprevádzať pacientov v meniacom sa svete ošetrovateľskej starostlivosti.

Nové číslo časopisu vychádza v úvode nového roka, preto mi dovoľte vážené kolegyne, kolegovia, zaželať vám do nadchádzajúceho roka pevné zdravie, vnútorný pokoj a veľa síl na ďalšie odborné aj osobné výzvy. Nech vás práca naplňuje, komunita kolegýň a kolegov posilňuje a každý deň prináša vedomie, že vaša profesia má hlboký zmysel a nezastupiteľnú hodnotu.

prof. PhDr. Mária Šupínová, PhD.
Katolícka univerzita v Ružomberku
Fakulta zdravotníctva
Katedra fyzioterapie

	EMPIRICKÁ ŠETŘENÍ A PŮVODNÍ VÝZKUMY	
--	--	--

RIZIKO SYNDRÓMU VYHORENIA U SESTIER V ODBORCH VNÚTORNEHO LEKÁRSTVA

RISK OF BURNOUT SYNDROME IN NURSES IN INTERNAL MEDICINE DEPARTMENTS

Alena Dziacka¹, Jaroslava Bobeničová²

Abstrakt

Východiská: Syndróm vyhorenia často súvisí s dlhodobým vystavením pracovníkov náročným situáciám, nadmernému zaťaženiu a nedostatku odpočinku.

Ciel: Cieľom výskumu bolo analyzovať súvislosť medzi rizikom vyhorenia u sestier a vybranými determinantmi.

Metódy: Informácie boli získavané dotazníkom Maslach Burnout Inventory, ktorý bol distribuovaný elektronickou (65 %) a papierovou formou (35 %). Získané údaje od 120 respondentov, z toho 95 % žien, boli analyzované v programe SPSS na hladine významnosti $p = 0,05$ a Fischerovou metódou kombinovanej p -hodnoty.

Výsledky a diskusia: Najvyššie emocionálne vyčerpanie (74 %) bolo zistené u sestier na geriatrických oddeleniach, ktoré si však zároveň zachovali vysokú pracovnú efektivitu (62 %). Sestry s vysokoškolským vzdelaním II. stupňa vykazujú pozitívne pracovné uspokojenie (44 %), no vyššiu depersonalizáciu (61 %). U sestier s viac ako 41-ročnou praxou vzrastá riziko emocionálneho vyčerpania (82 %).

Závery: Cielená prevencia vyhorenia si vyžaduje komplexný prístup zahŕňajúci podporu medziľudských vzťahov, rovnováhu medzi prácou, osobným životom a budovanie odolnosti voči stresu.

Kľúčové slová

riziko vyhorenia, sestra, vzdelanie, pracovisko, prax

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

² Fakultná nemocnica s poliklinikou F. D. Roosevelta Banská Bystrica

Abstract

Background: Burnout syndrome is often associated with long-term exposure of workers to demanding situations, excessive workload and lack of rest.

Objective: The aim of the research was to analyze the association between the risk of burnout in nurses and selected determinants.

Methods: Information was obtained using the Maslach Burnout Inventory questionnaire, which was distributed electronically (65 %) and in paper form (35 %). Data obtained from 120 respondents, 95 % of whom were women, were analyzed in the SPSS program at a significance level of $p = 0.05$ and Fischer's combined p-value method.

Results and discussion: The highest emotional exhaustion (74 %) was found in nurses in geriatric wards, who, however, maintained high work efficiency (62 %). Nurses with a second-level university education show positive job satisfaction (44 %), but higher depersonalization (61 %). Nurses with more than 41 years of experience have an increased risk of emotional exhaustion (82 %).

Conclusions: Targeted prevention of burnout requires a comprehensive approach that includes supporting interpersonal relationships, work-life balance, and building resilience to stress.

Keywords

burnout risk, nurse, education, workplace, practice

ÚVOD

Psychická záťaž je komplexný jav, ktorý významne ovplyvňuje pracovný život sestier. Zahŕňa rôzne faktory, ktoré môžu zaťažovať kognitívne, senzorické a emocionálne procesy človeka (Vévoda et al., 2013). Dlhodobý vplyv psychickej záťaže často vedie k závažným psychosomatickým ochoreniam, pričom pracovné prostredie zohráva zásadnú úlohu pri ich vzniku. Kľúčom k zvládaniu psychickej záťaže je rozvíjanie odolnosti voči stresu, budovaním pozitívnych medziludských vzťahov a rozširovaním odborných zručností (Urban, 2016). Dôležité je posilňovať emocionálnu odolnosť, ktorá môže zmierniť následky záťaže a predchádzať syndrómu vyhorenia (Imramovská a Machová, 2015). Burnout syndróm bol definovaný Freudenbergerom v roku 1974, ktorý predstavuje závažný dôsledok chronického pracovného stresu a zahŕňa emocionálne vyčerpanie, depersonalizáciu a pokles osobnej výkonnosti (Brindley et al., 2019; Židková, 2013). Sestry v odboroch vnútorného lekárstva sú denne vystavené náročným pracovným podmienkam. Tlak na poskytovanie bezchybného výkonu môže ovplyvniť ich pracovnú spokojnosť

a duševnú pohodu (Dall’Ora et al., 2015). Vyhorenie často súvisí s chronickým vystavením pracovníkov nadmernému zaťaženiu a nedostatku odpočinku (Soares et al., 2023).

CIEĽ PRÁCE

Cieľom výskumu bolo analyzovať súvislosť medzi rizikom vyhorenia sestier pracujúcich v odboroch vnútorného lekárstva a vybranými determinantmi, ako vzdelanie, dĺžka praxe a typ pracoviska, s dôrazom na identifikáciu rizikových skupín a návrh stratégií na prevenciu a zvládanie syndrómu vyhorenia.

METODIKA

Teoretické východiská výskumu boli spracované prostredníctvom analýzy textových dokumentov, rešerše literatúry a odborných publikácií súvisiacich so syndrómom vyhorenia. Vytvárajú základ pre pochopenie danej problematiky a zároveň napomáhajú pri formulovaní výskumných cieľov. Pre zber údajov bol využitý štandardizovaný dotazník Maslach Burnout Inventory (MBI), ktorý hodnotí dimenziu emocionálneho vyčerpania (EE), ktorú definujeme ako stratu energie a nedostatok síl na vykonávanie činností, depersonalizáciu (DP), ako prejav odcudzenia vo vzťahoch a osobné uspokojenie (PA), ako pozitívny pocit z pracovného výkonu (Židková, 2013). Dotazník obsahoval 22 otázok so sedembodovou škálou hodnotenia (0 = vôbec až 7 = veľmi silno). Okrem toho zahŕňal demografické položky, ako vek, pohlavie, pracovisko, vzdelanie a dĺžku praxe. Distribúcia dotazníkov bola kombinovaná v 65 % elektronickou formou cez Google Forms a 35 % papierovou formou vo Fakultnej nemocnici F. D. Roosevelta v Banskej Bystrici. Na analýzu získaných údajov boli použité softvéry Microsoft Excel 2016 a SPSS. Hypotézy boli overované metódami Pearsonovho chí-kvadrát testu a Fischerovej kombinovanej p-hodnoty na hladine významnosti $p = 0,05$.

Výskumnú vzorku tvorilo 120 sestier pracujúcich v odbore vnútorného lekárstva vo fakultných nemocniciach. Najpočetnejšie zastúpenie mali sestry vo vekových kategóriách 21–30 rokov (34 %) a 41–50 rokov (29 %). Väčšina respondentov, až 95 %, boli ženy, čo odráža demografické charakteristiky typické pre profesiu sestier. Podľa pracoviska bolo najviac respondentiek z Internej kliniky (57 %), nasleduje Geriatrická klinika (26 %), Onkologická klinika (11 %) a Klinika pneumológie a ftizeológie (6 %). Z hľadiska dosiahnutého vzdelania dominovali sestry s vysokoškolským vzdelaním I. stupňa v zastúpení 44 % vzorky.

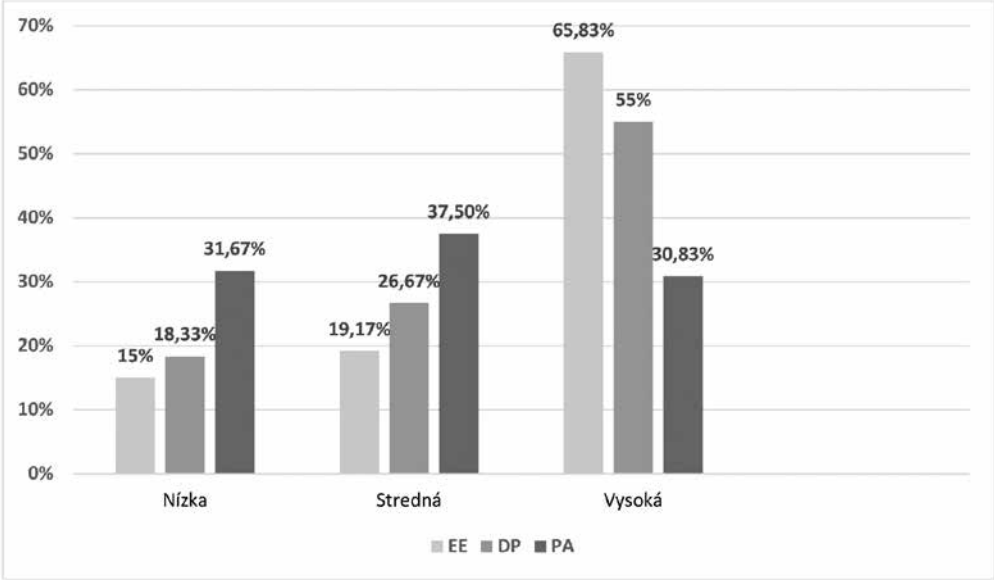
VÝSLEDKY

Výsledky v Tab. 1 a Grafe 1 potvrdzujú vysoké riziko syndrómu vyhorenia medzi sestrami. Vysoký stupeň rizika emocionálneho vyčerpania (EE) vykazovalo 66 % sestier. Vysoké riziko depersonalizácie (DP) zaznamenalo 55 % sestier. Stredný stupeň osobného uspokojenia (PA) uviedlo 37 % sestier.

Tab. 1 Stupeň vyhorenia v jednotlivých subškálach

Riziko vyhorenia	Subškála								
	Emočné vyhorenie (EE)			Depersonalizácia (DP)			Osobné uspokojenie (PA)		
	%	Skóre	Priemer	%	Skóre	Priemer	%	Skóre	Priemer
Nízky stupeň	15,00	3 768	31,400	18,33	1 679	13,992	31,67	4 198	34,983
Stredný stupeň	19,17			26,67			37,50		
Vysoký stupeň	65,83			55,00			30,83		

Graf 1 Stupeň rizika vyhorenia v jednotlivých subškálach



Tab. 2 predstavuje najvyššie percentuálne zastúpenie profilu stupňov rizika vyhorenia v jednotlivých subškálach u sestier podľa ich vzdelania. Výsledky poukazujú na vyššiu mieru emocionálneho vyčerpania a depersonalizácie vo všetkých skupinách vzdelania. Sestry s vysokoškolským vzdelaním II. stupňa vykazujú pozitívne pocity z pracovného výkonu, no zároveň prejavujú najvyššiu mieru odcudzenia v medziľudských vzťahoch.

Tab. 2 Profil stupňov rizika vyhorenia u sestier podľa vzdelania

Vzdelanie	Profil rizika vyhorenia v subškálach					
	EE		DP		PA	
	Stupeň	%	Stupeň	%	Stupeň	%
SZŠ	vysoký	71,43	vysoký	60,71	vysoký	39,39
VOV	vysoký	71,43	vysoký	52,38	vysoký	42,86
VŠ I. st.	vysoký	62,26	vysoký	47,17	stredný	41,51
VŠ II. st.	vysoký	61,11	vysoký	72,22	nízky	44,44

Tab. 3 predstavuje najvyššie percentuálne zastúpenie profilu stupňov rizika vyhorenia v jednotlivých subškálach u sestier podľa ich pracoviska.

Tab. 3 Profil stupňov rizika vyhorenia u sestier podľa pracoviska

Pracovisko	Profil rizika vyhorenia v subškálach					
	EE		DP		PA	
	Stupeň	%	Stupeň	%	Stupeň	%
Interná klinika	vysoký	66,66	vysoký	57,97	stredný	42,02
Geriatrická klinika	vysoký	74,19	vysoký	58,06	vysoký	41,93
Onkologická klinika	vysoký	69,23	vysoký	56,84	nízky	61,53
Klinika pneumológie a ftizeológie	nízky, stredný	42,85	stredný	57,14	nízky, stredný	42,85

Na Internej, Geriatrickej a Onkologickej klinike bola u sestier pomerne vysoké riziko emocionálneho vyčerpania a depersonalizácie. Nízke aj stredné riziko emočného vyčerpania a stredné riziko depersonalizácie vykazujú sestry na Klinike pneumológie a ftizeológie. Pričom vysokú pracovnú efektivitu vykazujú sestry na Geriatrickej klinike. Pracovná efektivita sestier na Internej klinike bola na strednej úrovni. Na Klinike pneumológie a ftizeológie bola u sestier stredná až nízka efektivita výkonov a najnižšiu efektivitu výkonov vykazovali sestry na Onkologickej klinike.

Tab. 4 predstavuje najvyššie percentuálne zastúpenie profilu stupňov rizika vyhorenia v jednotlivých subškálach u sestier a ich dĺžkou praxe.

Tab. 4 Profil stupňov rizika vyhorenia u sestier podľa dĺžky praxe

Dĺžka praxe	Profil rizika vyhorenia v subškálach					
	EE		DP		PA	
	Stupeň	%	Stupeň	%	Stupeň	%
Menej ako 1 rok	nízky, stredný, vysoký	33,33	nízky, stredný, vysoký	33,33	nízky	66,67
1–5	vysoký	63,33	vysoký	52,94	stredný	46,67
6–10	vysoký	70,59	vysoký	60,00	stredný, vysoký	35,29
11–20	vysoký	46,67	vysoký	65,22	nízky	40,00
21–30	vysoký	78,26	vysoký	53,33	stredný	52,17
31–40	vysoký	73,33	vysoký	54,55	vysoký	40,00
41 a viac	vysoký	81,82	vysoký	52,94	vysoký	63,64

Percentuálne údaje ukazujú, ako intenzívne emocionálne vyčerpanie stúpa s dĺžkou praxe.

Napríklad u sestier s viac ako 41 ročnou praxou bolo vysoké emocionálne vyčerpanie až na úrovni 82 %. Odcudzenie v medziľudských vzťahoch bolo najvyššie u sestier s dĺžkou praxe 11–20 rokov v 65 %, kedy aj ich pracovný výkon bol najnižší v 40 %, čo môže naznačovať stagnáciu alebo syndróm vyhorenia. Nízky pocit pracovného uspokojenia v 67 % zaznamenávajú aj začínajúce sestry, čo môže naznačovať ťažkosti s adaptáciou na profesiu a nároky práce. Stredný pocit uspokojenia s prácou vykazujú sestry s dĺžkou praxe 1–5 rokov. Zlepšenie môže byť výsledkom postupného získavania zručností a sebavedomia v povolání. Tiež skúsené sestry s dĺžkou praxe 21–30 rokov nachádzajú rovnováhu medzi pracovným náporom a osobným uspokojením. Sestry s dĺžkou praxe 6–10 rokov sú viac etablované v profesii a vykazujú stredné rovnako ako aj vysoké pozitívne pocity z pracovného výkonu v 52 %. Vysoké uspokojenie z pracovného výkonu vykazujú sestry s dĺžkou praxe 31–40 rokov v 40 % ako aj s dĺžkou praxe viac ako 41 rokov v 63 %, ktoré čerpajú z dlhoročných skúseností, zrelosti, profesionality a osobného pohľadu na prácu.

Hypotézy vo vzťahu medzi rizikom vyhorenia a vzdelaním, pracoviskom a dĺžkou praxe boli štatisticky overované na hladine významnosti $p = 0,05$ a Fischerovou metódou kombinovanej p -hodnoty (0,868; 0,314; 0,471), ktorá bola vysoko nad obvyklou hladinou významnosti $p = 0,05$ ako uvádza Tab. 5.

Tab. 5 Overovanie hypotéz

Premenné		Štatistické metódy			
		Chí-kvadrát test	Stupeň voľnosti	Korelácia	Fischerova metóda kombinovanej p-hodnoty
Vzdelanie	EE	0,8591	6	-0,101	0,868
	DP	0,6255	6	-0,064	
	PA	0,5293	6	0,089	
Pracovisko	EE	0,1734	16	-0,105	0,314
	DP	0,4966	16	-0,139	
	PA	0,3379	16	-0,1548	
Dĺžka praxe	EE	0,4001	12	0,189	0,471
	DP	0,8301	12	0,135	
	PA	0,1849	12	-0,148	

Kombinované p-hodnoty (0,868; 0,314; 0,471) boli vysoko nad hladinou významnosti $p = 0,05$. To znamená, že prijímame nulové hypotézy a alternatívne zamietame. Neexistuje štatisticky významná súvislosť medzi stupňom vyhorenia v jednotlivých dimenziách a vybranými determinantmi. Tieto výsledky podporujú záver, že vzdelanie, pracovisko a dĺžka praxe nie sú hlavnými faktormi ovplyvňujúcimi stupeň vyhorenia u sestier v odboroch vnútorného lekárstva. Tab. 2–4 ilustrujú najvyššie percentuálne zastúpenie profilu stupňov rizika vyhorenia v jednotlivých subškálach u sestier podľa ich vzdelania, pracoviska a dĺžky praxe. Údaje zdôrazňujú potrebu efektívnejších preventívnych opatrení na zmiernenie syndrómu vyhorenia.

DISKUSIA

Diskusia o psychickej záťaži a syndróme vyhorenia sestier v odboroch vnútorného lekárstva prináša otázky o pracovných podmienkach, vzťahoch a pracovných výkonoch. Zistenia ukazujú, že až 66 % sestier zažíva emocionálne vyčerpanie a 55 % pociťuje odcudzenie v medziľudských vzťahoch. Tieto faktory majú negatívny dopad nielen na osobnú pohodu sestier, ale aj na kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Porovnaním výsledkov so zahraničnými štúdiami môžeme identifikovať viaceré podobnosti aj odlišnosti, ktoré pomáhajú lepšie pochopiť faktory ovplyvňujúce riziko vyhorenia u sestier na rôznych pracoviskách. Štúdie autorov Cañadas-De la Fuente et al. (2015) a Radosz-Knawa et al. (2022) poukazujú na variabilitu rizík syndrómu vyhorenia. Kým emocionálne vyčerpanie u sestier bolo v španielskej štúdii pomerne nízke (41 %), poľské a slovenské údaje vykazujú vysokú emocionálnu záťaž. Táto odlišnosť môže vyplývať

z rozdielnych pracovných podmienok, kultúrnych špecifik alebo úrovne emocionálnej a praktickej podpory od zamestnávateľov. Podobne aj výsledky štúdie Cishahayo et al. (2017) poukazujú na riziko emocionálneho vyčerpania v rôznych stupňoch (nízky 41 %, stredný 34 %, vysoký 25 %) u sestier pracujúcich na jednotkách intenzívnej starostlivosti v Rwande. Ako hlavné faktory uvádzajú vysokú pracovnú záťaž a plánovanie ukončiť pracovný pomer v priebehu najbližších 12 mesiacov.

Analýza rizika vyhorenia u sestier pracujúcich v odboroch vnútorného lekárstva na základe ich vzdelania poukazuje na vyššiu mieru emocionálneho vyčerpania a depersonalizácie vo všetkých skupinách vzdelania. Vzťah medzi stupňom vyhorenia a stupňom vzdelania skúmala aj brazílska štúdia de Paiva et al. (2017) v ktorej sestry so stredoškolským vzdelaním vykazovali vysokú mieru emocionálneho vyhorenia. Naopak v dimenzii depersonalizácie bol zaznamenaný najvyšší stupeň vyhorenia u sestier s vyšším odborným vzdelaním (61 %). V nami realizovanom výskume sestry s vysokoškolským vzdelaním II. stupňa vykazujú pozitívne pocity z pracovného výkonu, no zároveň prejavujú najvyššiu mieru odcudzenia v medziludských vzťahoch. Táto analýza naznačuje zaujímavý paradox medzi pozitívnym vnímaním práce a náročnosťou medziludských vzťahov. Výsledky štúdie od de Paiva et al. (2017) naznačujú, že práve tieto sestry vykazujú najvyšší stupeň osobného uspokojenia. Podobnosť výsledkov medzi našimi zisteniami a brazílskymi údajmi sa prejavili v oblasti osobného uspokojenia. Autori štúdie predpokladajú, že sebavedomie a skúsenosti získané počas postgraduálneho vzdelávania podporujú pocit sebaistoty, čím znižujú stres. Naopak, sestry so stredoškolským vzdelaním v Brazílii vykazovali najnižší stupeň osobného uspokojenia.

Z analýzy rizika vyhorenia u sestier na základe ich pracoviska vyplýva, že sestry pracujúce na Onkologickej klinike vykazujú vysokú mieru vyhorenia vo všetkých dimenziách (EE = 70 %, DP = 57 %, PA = 62 %). To zodpovedá medzinárodným štúdiám, ktoré zdôrazňujú obzvlášť vysoké emocionálne a fyzické nároky na sestry v onkológii (Li et al., 2024). Sestry na Internej klinike vykazujú vysoké riziko emocionálneho vyčerpania (67 %). Podobné výsledky boli zaznamenané v štúdií Cañadas-De la Fuente et al. (2015), kde emocionálne vyčerpanie dominovalo ako hlavný ukazovateľ vyhorenia u sestier v intenzívnej starostlivosti. Naše zistenia poukazujú na vysoké emocionálne vyčerpanie u sestier na Geriatrických oddeleniach (EE = 74 %) spojené však s vysokou efektivitou práce (62 %). Riziko miery vyhorenia u sestier na Klinike pneumológie a ftizeológie bolo stredné až nízke v dimenzii depersonalizácie DP = 57 %, čo je priaznivejší výsledok ako údaje zo štúdie Radosz-Knawa et al. (2022), ktorá poukazuje na vyššiu variabilitu v závislosti od pracovných podmienok a tímovej podpory. Intenzita vyhorenia môže byť podmienená lokálnymi pracovnými podmienkami, ako je počet pacientov, podporou vedenia a tímovou spolupracou. Výsledky pochádzajúce zo Slovenska môžu byť rozdielne so zahraničnými štúdiami, ktoré môžu reflektovať odlišné národné normy, očakávania a prístupy k práci sestier. Výsledky môže ovplyvniť podpora duševného zdravia, ktorá môže byť v rôznych krajinách odlišná. Tieto porovnanie poukazujú na komplexnú povahu vyhorenia a naznačujú, že riešenie tejto problematiky si vyžaduje multidimenzionálny prístup prispôsobený špecifickým potrebám pracovísk s kultúrnym kontextom.

Porovnanie výsledkov v dimenzii osobného uspokojenia s výkonom poukazujú na to, že vysoké uspokojenie s pracovným výkonom vykazujú sestry s viac ako 31–40 ročnou dĺžkou praxe (40 %) ako aj s dĺžkou praxe viac ako 41 rokov (63 %), ktoré čerpajú z dlhoročných skúseností, zrelosti, profesionality a osobného pohľadu na prácu. V subškále osobné uspokojenie v našom výskume vykazuje nízky pracovný výkon 31 % sestier, čo je negatívnejší výsledok v porovnaní s poľskou štúdiou Radosz-Knawa et al. (2022), kde túto úroveň vykazuje 25 % sestier. Výsledky naznačujú, že skúsenosti zohrávajú kľúčovú úlohu pri formovaní pracovného uspokojenia, no ich pozitívny vplyv môže byť obmedzený inými faktormi, ako sú pracovné podmienky alebo dostupnosť podpory. Zistenia tiež zdôrazňujú potrebu personalizovaných riešení, ktoré sú prispôsobené špecifickým kontextom a potrebám sestier v odboroch vnútorného lekárstva.

Každý výskum má svoje obmedzenia, ktoré je dôležité zohľadniť pri interpretácii výsledkov. V tomto prípade môže k skresleniu odpovedí viesť subjektívne vnímanie vyhorenia, ktoré sa môže líšiť od reálnej situácie. Tiež geografické obmedzenia, kultúra, legislatíva, ktoré môžu ovplyvniť riziko vyhorenia v rôznych krajinách. Existujú aj ďalšie faktory, ktoré neboli skúmané, ako napríklad rodinné zázemie či kvalita pracovného tímu. Ich vplyv na vyhorenie sestier by bolo vhodné analyzovať v budúcich štúdiách.

Z praktického hľadiska je možné navrhnúť opatrenia na zmiernenie rizík spojených so syndrómom vyhorenia. Kľúčovým krokom je zlepšenie pracovného prostredia prostredníctvom lepšej organizácie práce a znižovaním nadčasovej práce. Zároveň je dôležité poskytovať sestrám podporu a nástroje na zvládanie stresu, napríklad formou pravidelných školení, alebo prístupu k odborníkom na duševné zdravie. Dôležitou súčasťou preventívnych opatrení je včasná identifikácia rizikových faktorov a plánovanie preventívnych aktivít, ako sú napríklad relaxačné pobyty. Budovanie silných tímových vzťahov môže účinne zmierniť pocity odcudzenia a izolácie na pracovisku, tiež spravodlivé a motivačné odmeňovanie prispieva k vyššej spokojnosti a eliminuje pocit nespravodlivosti alebo nedocenenia. Implementácia týchto opatrení môže významne pomôcť v prevencii syndrómu vyhorenia a zlepšení celkovej pohody sestier, čo sa pozitívne prejaví aj na kvalite poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti.

ZÁVER

Syndróm vyhorenia má globálny rozmer a predstavuje významnú výzvu pre zdravotnícke systémy aj spoločnosť. Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) v roku 2019 zaradila syndróm vyhorenia medzi choroby súvisiace so zamestnaním, čím podčiarkla jeho význam a potrebu systematického riešenia (WHO, 2019). Táto problematika ovplyvňuje nielen profesionálny výkon sestier, ale aj ich zdravie a kvalitu osobného života, čo si vyžaduje ciele preventívne opatrenia a dlhodobú podporu.

Výsledky výskumu ukázali, že až 66 % sestier zažíva vysokú mieru emocionálneho vyčerpania a 55 % pociťuje odcudzenie v medziľudských vzťahoch. Napriek zachovanej pracovnej výkonnosti (31 %) sú zrejmé negatívne dopady vyhorenia na osobnú pohodu sestier a kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Analýza ukazuje, že vyššie vzdelanie síce podporuje pozitívne vnímanie pracovného výkonu, no zároveň môže súvisieť

s vyššou mierou depersonalizácie, čo naznačuje potrebu personalizovaných opatrení na prevenciu vyhorenia.

Prínos tejto štúdie spočíva v upozornení na nevyhnutnosť zlepšiť pracovné podmienky sestier a posilniť podporu ich duševného zdravia. Navrhované opatrenia, ako školenia na zvládanie stresu, monitorovacie programy a relaxačné pobyty, môžu výrazne prispieť k zlepšeniu kvality ich života a celkovej spokojnosti v pracovnom prostredí. Pre ďalší výskum v danej oblasti boli navrhnuté výskumné otázky: *Ako ovplyvňuje tímová spolupráca a podpora zo strany vedenia odolnosť sestier voči stresu a vyhoreniu? Aké stratégie zvládania stresu využívajú sestry v rôznych krajinách a aké sú ich výsledky?*

Prevencia syndrómu vyhorenia si vyžaduje komplexný prístup zahŕňajúci systematickú podporu duševnej hygieny, rovnováhu medzi pracovným a osobným životom a budovanie odolnosti voči stresu. Výsledky tejto štúdie potvrdzujú potrebu multidimenzionálnych riešení, ktoré budú reflektovať individuálne potreby sestier a špecifiká ich pracovného prostredia (Platis, Reklitis a Zimeras, 2015; Urban, 2016).

SUMMARY

The World Health Organization (WHO) has classified burnout as a work-related illness, underlining its seriousness. The research analyzed the relationship between the risk of burnout in nurses and factors such as education, length of practice and type of workplace, identifying high rates of emotional exhaustion (66 %) and depersonalization (55 %).

The results show variability in burnout across countries, with nurses in internal medicine departments reporting significant psychological strain.

Prevention requires a comprehensive approach that combines mental hygiene, work-life balance and systematic team building.

Literatúra

BRINDLEY, P. G. et al. Psychological 'burnout' in healthcare professionals: Updating our understanding, and not making it worse. *Journal of the Intensive Care Society* [online]. 2019, vol. 20, no. 4, p. 358–362. [cit. 13. 3. 2025]. ISSN 2057-360X. DOI: 10.1177/1751143719842794.

CAÑADAS-DE LA FUENTE, G. A. et al. Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *International Journal of Nursing Studies* [online]. 2015, vol. 52, no. 1, p. 240–249. [cit. 11. 3. 2025]. ISSN 1873-491X. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2014.07.001.

CISHAHAYO, E. U. et al. Burnout among nurses working in critical care settings: a case of a selected tertiary hospital in Rwanda. *International Journal of Research in Medical Sciences* [online]. 2017, vol. 5, no. 12, p. 5121–5128. [cit. 17. 3. 2025]. ISSN 2320-6012. DOI: 10.18203/2320-6012.ijrms20175430.

DALL'ORA, C. et al. Association of 12 h shifts and nurses' job satisfaction, burnout and intention to leave: findings from a cross-sectional study of 12 European countries. *BMJ Open* [online]. 2015, vol. 5, no. 9. [cit. 14. 3. 2025]. ISSN 2044-6055. DOI: 10.1136/bmjopen-2015-008331.

DE PAIVA, L. C. et al. Burnout syndrome in health-care professionals in a university hospital. *Clinics* [online]. 2017, vol. 72, no. 5, p. 305–309. [cit. 17. 3. 2025]. ISSN 1980-5322. DOI: 10.6061/clinics/2017(05)08.

IMRAMOVSKÁ, S. a MACHOVÁ, A. Psychické a fyzické faktory v profesi sestry v domácí péči. *Florence* [online]. 2015, roč. 11, č. 1–2, s. 19–22. [cit. 1. 3. 2025]. ISSN 2570-4915. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2015/1/psychicke-a-fyzicke-faktory-v-profesi-sestry-v-domaci-peci/>.

LI, L. Z. et al. Nurse Burnout and Patient Safety, Satisfaction, and Quality of Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Network Open* [online]. 2024, vol. 7, no. 11. [cit. 14. 3. 2025]. ISSN 2574-3805. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2024.43059.

PLATIS, C., REKLITIS, P. and ZIMERAS, S. Relation between Job Satisfaction and Job Performance in Healthcare Services. *Procedia – Social and Behavioral Sciences* [online]. 2015, vol. 175, p. 480–487. [cit. 13. 3. 2025]. ISSN 1877-0428. DOI: 10.1016/j.sbspro.2015.01.1226.

RADOSZ-KNAWA, Z. et al. Factors Influencing the Rationing of Nursing Care in Selected Polish Hospitals. *Healthcare* [online]. 2022, vol. 10, no. 11. ISSN 2227-9032. DOI: 10.3390/healthcare10112190.

SOARES, J. P. et al. Use of the Maslach Burnout Inventory Among Public Health Care Professionals: Scoping Review. *JMIR Mental Health* [online]. 2023, vol. 10. [cit. 12. 3. 2025]. ISSN 2368-7959. DOI: 10.2196/44195.

URBAN, J. *Přestaňte se v práci stresovat: 44 doporučení pro ty, kteří nechtějí práci obětovat své zdraví*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5820-6.

VÉVODA, J. et al. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4732-3.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. *Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases* [online]. WHO, 2019. [cit. 15. 3. 2025]. Available from:

<https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>.

ŽIDKOVÁ, Z. *Syndrom vyhoření. Dotazník MBI* [online]. 2013. [cit. 3. 3. 2025]. Dostupné z: <https://zdenka-zidkova-psvz.webnode.cz/metody/>.

Kontakt

PhDr. Alena Dziacka, PhD.

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita v Trnave

Katedra ošetrovateľstva

Univerzitné námestie 1, 918 43 Trnava, Slovenská republika

alena.dziacka@truni.sk

SCHOPNOSŤ AKTÍVNEJ SPOLUPRÁCE S POSKYTOVATEĽMI ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI AKO SÚČASŤ ZDRAVOTNEJ GRAMOTNOSTI

ABILITY TO ACTIVELY COLLABORATE WITH HEALTHCARE PROVIDERS AS PART OF HEALTH LITERACY

Mariana Magerčiaková¹, Katarína Zrubáková¹, Marcela Ižová¹,
Mária Novyzedláková¹

Abstrakt

Východiská: Optimálna úroveň zdravotnej gramotnosti sa spája aj s aktívnou spoluprácou pacientov s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti.

Ciel: Cieľom výskumu bolo zistiť schopnosť aktívnej spolupráce s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti ako jednej z domén zdravotnej gramotnosti u pacientov s artériovou hypertenziou. Výskum bol realizovaný v rámci projektu KEGA č. 010KU-4/2022 *Implementácia prvkov podpory zdravotnej gramotnosti dospeljej populácie do vzdelávania v odbore ošetrovateľstvo*.

Metódy: Zber údajov bol uskutočnený prostredníctvom slovenskej verzie štandardizovaného meracieho nástroja Health Literacy Questionnaire (HLQ). Výskumný súbor tvorilo 391 respondentov s ochorením artériová hypertenzia.

Výsledky: Z dátového setu výskumu boli extrahované výsledky k doméne 6 meracieho nástroja HLQ, ktorá je zameraná na schopnosť aktívnej spolupráce s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. U respondentov sme zaznamenali priemerné skóre na úrovni 3,4 z maximálnej možnej hodnoty 5. Ďalej sme overovali vplyv veku, pohlavia, vzdelania a bydliska respondentov na schopnosť aktívnej spolupráce s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Vek, vzdelanie a bydlisko respondentov sa potvrdili ako významné faktory schopnosti aktívnej spolupráce s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Pohlavie nemá vplyv na oblasť domény 6.

¹ Katedra ošetrovateľstva, Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku

Záver: Nízka úroveň domény 6 znamená, že ľudia sú pasívni v prístupe k systému zdravotnej starostlivosti. Aktívne nevyhľadávajú informácie, rady a služby zdravotnej starostlivosti. Naopak, vysoká úroveň domény 6 naznačuje, že osoby sa aktívne, starajú sa o svoje zdravie a majú vybudovaný vzťah s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti.

Klíčové slová

zdravotná gramotnosť, artériová hypertenzia, pacient, aktívna spolupráca, Health Literacy Questionnaire (HLQ)

Abstract

Background: The optimal level of health literacy is also associated with active cooperation of patients with healthcare providers.

Aim: The aim of the research was to determine the ability to actively cooperate with healthcare providers as one of the domains of health literacy in patients with arterial hypertension. The research was carried out within the framework of the KEGA project No. 010KU-4/2022 *Implementation of elements of health literacy support for the adult population into education in the field of nursing*.

Methods: Data collection was carried out using the Slovak version of the standardized measurement tool Health Literacy Questionnaire (HLQ). The research set consisted of 391 respondents with arterial hypertension.

Results: Results for domain 6 of the HLQ measurement tool, which focuses on the ability to actively cooperate with healthcare providers, were extracted from the research dataset. We recorded an average score of 3.4 out of a maximum possible value of 5 for respondents. We further verified the influence of age, gender, education and place of residence of respondents on the ability to actively cooperate with healthcare providers. Age, education and place of residence of respondents were confirmed as significant factors of the ability to actively cooperate with healthcare providers. Gender has no influence on the area of domain 6.

Conclusion: A low level of domain 6 means that people are passive in accessing the healthcare system. They do not actively seek information, advice and healthcare services. On the contrary, a high level of domain 6 indicates that people are active, take care of their health and have a built relationship with healthcare providers.

Keywords

health literacy, arterial hypertension, patient, active cooperation, Health Literacy Questionnaire (HLQ)

ÚVOD

Zdravotná gramotnosť je definovaná ako miera, do akej je jednotlivec schopný získať, komunikovať, spracovať a pochopiť základné zdravotné informácie a služby, aby mohol robiť vhodné rozhodnutia v oblasti zdravia (Bastable, 2023; CDC, 2024; Osborne, 2018; Parnell, 2015). Optimálna úroveň zdravotnej gramotnosti vyžaduje aktívnu spoluprácu pacientov s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Táto oblasť sa týka aj pacientov s artériovou hypertenziou, ktorá patrí medzi najčastejšie chronické kardiovaskulárne ochorenia. Kooperácia alebo spolupráca predstavuje súčinnosť, ktorej základom je spoločná činnosť niekoľkých osôb alebo skupín, a smeruje k dosiahnutiu stanovených cieľov (Kolář et al., 2012).

CIEĽ PRÁCE

Jedným z cieľov výskumu bolo zistiť schopnosť aktívnej spolupráce s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti ako jednej z domén zdravotnej gramotnosti u pacientov s artériovou hypertenziou. Výskum bol realizovaný v rámci projektu KEGA č. 010KU-4/2022 *Implementácia prvkov podpory zdravotnej gramotnosti dospeljej populácie do vzdelávania v odbore ošetrovateľstvo*.

METODIKA

Relevantné údaje v kontexte cieľa výskumu boli získané prostredníctvom slovenskej verzie štandardizovaného meracieho nástroja Health Literacy Questionnaire (ďalej len HLQ) na základe HLQ™ licenčnej zmluvy. HLQ je komplexný merací nástroj zameraný na deväť rôznych oblastí (domén) zdravotnej gramotnosti (Tab. 1), ktoré umožňujú vytvoriť detailný profil zdravotnej gramotnosti respondenta a identifikovať problematické oblasti, na ktoré je vhodné zamerať odporúčania či intervencie smerujúce k zlepšeniu zdravotnej gramotnosti (Čepová, Kolarčík a Madarasová Gecková, 2017; Osborne et al., 2013). Schopnosť aktívnej spolupráce s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti predstavuje doménu 6 meracieho nástroja HLQ.

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

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

Zdroj: spracované podľa Čepová, Kolarčík a Madarasová Gecková, 2017; Osborne et al., 2013

Problematiku týkajúcu sa schopnosti aktívnej spolupráce s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti sledovali položky druhej časti dotazníka HLQ č. 2, 4, 7, 15, 20 v znení:

2: Uistiť sa, že poskytovatelia zdravotnej starostlivosti správne porozumeli mojim ťažkostiam

4: Preberať svoje zdravotné ťažkosti s poskytovateľom zdravotnej starostlivosti

7: Preberať dôkladne svoje zdravie s lekármi

15: Diskutovať s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti dovtedy, kým porozumiem všetkému, čomu potrebujem porozumieť

20: Pýtať sa otázky poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, aby som získal/-a potrebné informácie o zdraví (Osborne et al., 2013).

Škálovanie odpovedí bolo päťstupňové, a to:

1 – Nedokážem alebo je to pre mňa veľmi ťažké

2 – Zvyčajne ťažké

3 – Občas ťažké

4 – Zvyčajne ľahké

5 – Vždy ľahké (Osborne et al., 2013).

Výskumný súbor tvorilo 391 respondentov. Výber respondentov zo základného súboru bol zámerný, pričom zaraďujúcimi kritériami boli vek nad 18 rokov, schopnosť a ochota vyplniť dotazník a diagnostikovaná artériová hypertenzia. Respondenti boli vo veku od 20 do 88 rokov, priemerný vek respondentov bol 53,41 roka. Vo výskumnom súbore bolo 207 (52,94 %) žien a 184 (47,06 %) mužov (Tab. 2). Čo sa týka bydliska, tak v súbore bolo takmer pomerné zastúpenie – 196 (50,13 %) respondentov býva v meste a 195 (49,87 %) respondentov žije na vidieku (Tab. 3). Z hľadiska vzdelania boli vo vý-

skumnom súbore najpočetnejšou skupinou respondenti so stredoškolským vzdelaním s maturitou – 165 (42,20 %) respondentov, nasledovali respondenti s vysokoškolským vzdelaním – 101 (25,83 %) respondentov, potom respondenti so stredoškolským vzdelaním bez maturity – 84 (21,48 %) respondentov, a najmenej početnou skupinou boli respondenti so základným vzdelaním, a to 41 (10,49 %) respondentov (Tab. 4).

Tab. 2 Prehľad respondentov podľa pohlavia

Možnosti odpovede	n	%
Žena	207	52,94
Muž	184	47,06
Celkom	391	100,00

Tab. 3 Prehľad respondentov podľa bydliska

Možnosti odpovede	n	%
Mesto	196	50,13
Dedina	195	49,87
Celkom	391	100,00

Tab. 4 Prehľad respondentov podľa vzdelania

Možnosti odpovede	n	%
Základné	41	10,49
Stredoškolské bez maturity	84	21,48
Stredoškolské s maturitou	165	42,20
Vysokoškolské	101	25,83
Celkom	391	100,00

VÝSLEDKY

Z dátového setu výskumu boli extrahované výsledky týkajúce sa domény 6 HLO: Schopnosť aktívnej spolupráce s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Prostredníctvom výskumu sme zisťovali početnosť odpovedí na jednotlivé položky a priemerné skóre odpovedí. Zároveň sme sledovali vzťah medzi hodnotením domény 6 a atribútmi: vek, pohlavie, vzdelanie a bydlisko respondentov. Priemerné skóre odpovedí na otázky v doméne 6 je uvedené v Tab. 5.

Tab. 5 Výsledky v jednotlivých položkách domény 6

Doména 6						$\bar{x}$
Položky dotazníka	2	4	7	15	20	3,41
Priemerné skóre	3,37	3,46	3,45	3,39	3,40	

Priemerné dosiahnuté skóre v doméne 6 podľa vekových skupín je uvedené v Tab. 6.

Tab. 6 Priemerné skóre v doméne 6 podľa veku respondentov

Vek	0–25 rokov	26–50 rokov	51–75 rokov	76 a viac rokov
Priemerné skóre (%)	66,59	3,46	3,45	3,39

Na základe uvedených hodnôt skóre v doméne 6 je možné sledovať, že s rastúcim vekom klesá schopnosť aktívnej spolupráce s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Rozdiel v skóre medzi krajnými vekovými skupinami je viac ako 15 percentuálnych bodov. Štatistická významnosť tohto rozdielu bola overovaná na základe testu ANOVA. H_0 : Vek nemá vplyv na schopnosť aktívne spolupracovať s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti.

H_1 : Vek má vplyv na schopnosť aktívne spolupracovať s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti.

Výsledok testu je uvedený v Tab. 7.

Tab. 7 ANOVA – single factor – vek respondentov

Skupiny	Počet	Súčet	Priemer	Rozptyl		
0–25 rokov	22	1 465	66,59091	274,7294		
26–50 rokov	145	9 135	63	321,3194		
51–75 rokov	200	11 760	58,8	294,2814		
76 a viac rokov	24	1 225	51,04167	378,2156		
Zdroj variability	SS	df	MS	F	P-value	F_{crit}
Medzi skupinami	4 434,762	3	1 478,254	4,795331	0,002717	2,627968
V rámci skupiny	119 300,3	387	308,2694	H1		
Celkom	123 735	390				

Na základe hodnôt F a F_{crit} odporúčame prijatie alternatívnej hypotézy. Vek sa potvrdil ako významný faktor v kontexte schopnosti aktívnej spolupráce s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. S vekom respondentov táto schopnosť klesá.

Druhým sledovaným znakom je pohlavie respondentov. Priemerné hodnoty skóre v doméne 6 podľa pohlavia respondentov sú uvedené v Tab. 8.

Tab. 8 Dosiahnuté priemerné skóre v doméne 6 na základe pohlavia respondentov

Pohlavie	Muž	Žena
Priemerné skóre (%)	59,02	61,47

To, či je skóre v doméne 6 rozdielne na základe pohlavia respondentov, sme zisťovali na základe stanovených hypotéz:

H0: Pohlavie nemá vplyv na schopnosť aktívne spolupracovať s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti.

H1: Pohlavie má vplyv na schopnosť aktívne spolupracovať s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti.

Na overenie hypotéz bol použitý t-test dvoch stredných hodnôt s rovnosťou rozptylov. Hodnoty testu sú uvedené v Tab. 9.

Tab. 9 Výsledok t-testu – pohlavie respondentov

	Muži	Ženy
Priemer	59,02174	61,47343
Rozptyl	333,464	301,5806
Pozorovania	184	207
Združený rozptyl	316,5797	
Hypotetický priemerný rozdiel	0	
df	389	
t Stat	1,359972	H0
P(T<=t) one-tail	0,087313	
t Critical one-tail	1,64878	
P(T<=t) two-tail	0,174627	
t Critical two-tail	1,966081	

Na základe dát t_{stat} a t_{crit} odporúčame prijatie nulovej hypotézy H0. Pohlavie nemá vplyv na hodnotenie problematiky domény 6.

Tretím znakom, ktorý sme sledovali vo vzťahu k doméne 6, je vzdelanie respondentov. Priemerné dosiahnuté skóre v doméne 6 z hľadiska vzdelania respondentov je uvedené v Tab. 10.

Tab. 10 Priemerné skóre v doméne 6 podľa vzdelania respondentov

Vzdelanie	Základné	Stredoškolské bez maturity	Stredoškolské s maturitou	Vysokoškolské
Priemerné skóre (%)	50,37	61,31	60,64	63,02

Na základe vývoja hodnôt predpokladáme, že vzdelanie bude významným faktorom vo vzťahu k doméne 6.

H0: Vzdelanie nemá vplyv na schopnosť aktívne spolupracovať s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti.

H1: Vzdelanie má vplyv na schopnosť aktívne spolupracovať s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti.

Na verenie bola použitá funkcia ANOVA single factor na hladine 0,05. Výsledky testu uvádzame v Tab. 11.

Tab. 11 ANOVA – single factor – vzdelanie respondentov

Skupiny	Počet	Súčet	Priemer	Rozptyl		
Základné	41	2 065	50,36585	354,2378		
Stredoškolské bez maturity	84	5 150	61,30952	362,7223		
Stredoškolské s maturitou	165	10 005	60,63636	283,8914		
Vysokoškolské	101	6 365	63,0198	280,0396		
Zdroj variability	SS	df	MS	F	P-value	F _{crit}
Medzi skupinami	4 897,432	3	1 632,477	5,316235	0,001338	2,627968
V rámci skupiny	118 837,6	387	307,0739	H1		
Celkom	123 735	390				

Na základe hodnôt F bola prijatá alternatívna hypotéza. Vzdelanie sa potvrdilo ako významný faktor pri schopnosti aktívnej spolupráce s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti.

Posledným sledovaným faktorom je bydlisko respondentov. Predpokladáme, že dosiahnuté hodnoty skóre sa budú líšiť na základe bydliska respondentov.

H0: Bydlisko nemá vplyv na schopnosť aktívne spolupracovať s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti.

H1: Bydlisko má vplyv na schopnosť aktívne spolupracovať s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti.

Priemerné hodnoty skóre domény 6 sú u respondentov žijúcich v meste významne vyššie ako hodnoty dosiahnuté u respondentov žijúcich na dedine, čo je zobrazené v Tab. 12.

Tab. 12 Priemerné skóre v doméne 6 podľa bydliska respondentov

Bydlisko	Dedina	Mesto
Priemerné skóre (%)	58,72	61,91

Na overenie hypotéz bol použitý t-test dvoch stredných hodnôt s rovnosťou rozptylov. Výsledky testu sú uvedené v Tab. 13.

Tab. 13 Výsledok t-testu – bydlisko respondentov

	Dedina	Mesto
Priemer	58,71795	61,91327
Rozptyl	329,2757	301,8335
Pozorovania	195	196
Združený rozptyl	315,5193	
t Stat	1,778516	H1
P(T<=t) one-tail	0,03805	
t Critical one-tail	1,283732	
P(T<=t) two-tail	0,0761	
t Critical two-tail	1,64878	

Na základe výsledku t-testu odporúčame prijatie alternatívnej hypotézy. Bydlisko sa potvrdilo ako štatisticky významný faktor pri schopnosti aktívne spolupracovať s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti.

DISKUSIA

Schopnosť aktívnej spolupráce s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti je šiestou z deviatich domén meracieho nástroja HLQ a skúma ju päť položiek. U respondentov sme pri využití tohto hodnotiaceho nástroja zaznamenali priemerné skóre na úrovni 3,4 z maximálnej možnej hodnoty 5. Nízka úroveň domény 6 znamená, že osoby sú pasívne v prístupe k systému zdravotnej starostlivosti. Aktívne nevyhľadávajú informácie, rady ani služby zdravotnej starostlivosti. Prijímajú informácie, ktoré sú k dispozícii, a nekladú otázky v prípade, ak im je niečo nejasné alebo nechápu. Nesnažia sa zabezpečiť všetko potrebné pre svoje zdravie. V prípade vysokej úrovne domény sú osoby aktívne, starajú sa o svoje zdravie a majú vybudovaný vzťah s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Sú schopné sa poradiť s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti,

ak je to potrebné v prípade nejasnosti (Čepová, Kolarčík a Madarasová Gecková, 2017; Osborne et al., 2013).

V rámci výskumu sme overovali aj vplyv veku, pohlavia, vzdelania a bydliska respondentov na schopnosť aktívnej spolupráce s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Pri využití testu ANOVA sa vek potvrdil ako významný faktor schopnosti aktívnej spolupráce s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. S vekom táto schopnosť klesá. Ako uvádza WHO (2018) s pribúdajúcim vekom má človek tendenciu znižovať svoju vnútornú kapacitu (t. j. súčet svojich fyzických a duševných schopností), zatiaľ čo jeho zdravotné problémy sa stávajú chronickejšími a komplexnejšími. Multimorbidita (t. j. prítomnosť viacerých chronických ochorení súčasne) je s vekom čoraz častejšia. U starších ľudí môžu byť geriatrické syndrómy, ako je krehkosť, močová inkontinencia a sklon k pádom, ktoré nezapadajú do samostatných kategórií ochorení. Práve z týchto dôvodov, ako aj v kontexte starnutia populácie, je nevyhnutné zamerať sa na schopnosť aktívnej spolupráce s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti v cieľovej skupine seniorov.

Pohlavie ako jeden zo sledovaných faktorov v našom súbore respondentov nemal vplyv na oblasť domény 6, čo sme zistili prostredníctvom t-testu. Naopak, vzdelanie sa potvrdilo ako významný faktor pri aktívnej spolupráci s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Na overenie vplyvu vzdelania bol použitý test ANOVA na hladine 0,05. Respondenti s vyšším vzdelaním majú vyššiu schopnosť spolupráce s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Bydlisko sa tiež potvrdilo ako štatisticky významný faktor pri aktívnej spolupráci s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti pri použití t-testu dvoch stredných hodnôt. Vyššiu schopnosť spolupráce majú respondenti žijúci v meste než ľudia žijúci na vidieku.

Schopnosť aktívnej spolupráce s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti ako jednej z domén zdravotnej gramotnosti u pacientov s artériovou hypertenziou predstavuje významnú oblasť v kontexte terapie aj prevencie komplikácií. Zdravotná gramotnosť je jedným zo spôsobov, ako dosiahnuť optimálne zdravie. Nízka úroveň zdravotnej gramotnosti sa prejavuje vyššou patologickou povahou, vyšším výskytom chronických ochorení a v neposlednom rade vyššou ekonomickou záťažou (Trnková a Kilíková, 2021). Základnými piliermi terapie artériovej hypertenzie sú úprava životného štýlu a v indikovaných prípadoch aj farmakoterapia, ktorých dodržiavanie zo strany pacienta je vo výraznej miere závislé od úrovne jeho zdravotnej gramotnosti (Magerčiaková et al., 2022).

ZÁVER

Aktívna spolupráca pacientov so zdravotníkymi pracovníkmi je základom pre dodržiavanie liečebného režimu a prevenciu komplikácií artériovej hypertenzie, ale aj iných chronických ochorení, nielen kardiovaskulárnych. Pri chronických ochoreniach je veľmi dôležitým faktorom poddajnosť (compliance) pacienta voči liečbe a liečebným odporúčaniam, ako aj adherencia, ktorá sa odráža v dodržiavaní liečebného režimu, spolupráci pri užívaní liekov a vhodnej diéty. Rovnako dôležitá je spolupráca pri úprave životného štýlu (Magurová a Majerníková, 2016). Na dosiahnutie optimálneho nie-

len terapeutického, ale aj preventívneho výsledku je nevyhnutná obojstranná aktívna kooperácia, tak zo strany zdravotníckeho personálu, ako aj zo strany pacientov. Preto je v tejto oblasti žiaduce uplatňovanie intervencií na podporu aktívnej spolupráce zo strany zdravotníckych pracovníkov s rešpektovaním individuálnych charakteristík každého pacienta.

SUMMARY

The study examined the health literacy domain of “ability to actively engage with healthcare providers” in 391 patients with arterial hypertension using the Slovak version of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). Results showed a moderate average score, with significant differences linked to age, education, and place of residence: younger, more educated, and urban respondents demonstrated higher cooperation with healthcare professionals. Gender showed no significant effect. Findings indicate that while many patients remain passive in communication with providers, active engagement is essential for adherence, lifestyle modification, and prevention of complications in chronic diseases. Interventions should therefore focus on supporting patient-provider cooperation tailored to individual characteristics.

Literatúra

BASTABLE, S. B. *Nurse as educator: principles of teaching and learning for nursing practice*. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2023. ISBN 978-1-284-22927-1.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION [CDC]. *Understanding Health Literacy* [online]. 2024. Available from: <https://www.cdc.gov/health-literacy/php/about/understanding.html>.

ČEPOVÁ, E., KOLARČIK, P. a MADARASOVÁ GECKOVÁ, A. Zdravotná gramotnosť, metóda ako zlepšiť zdravie populácie a jej využitie vo verejnom zdravotníctve. *Zdravotníctvo a sociálna práca* [online]. 2017, roč. 12, č. 1, s. 24–32. ISSN 2644-5433. Dostupné z: https://coherentsite.files.wordpress.com/2016/06/cepova_2017_28-36.pdf.

KOLÁŘ, Z. et al. *Výkladový slovník z pedagogiky: 583 vybraných hesel*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3710-2.

MAGERČIAKOVÁ, M. et al. Význam zdravotnej gramotnosti v prevencii a liečbe artériovej hypertenzie. In: *Zdravie 2022/Health 2022*. Bratislava: Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave, 2022, s. 161–175. ISBN 978-80-8278-008-9.

MAGUROVÁ, D. a MAJERNÍKOVÁ, Ľ. *Teoretické východiská edukácie v zdravotníckej praxi*. Prešov: A-print, 2016. ISBN 978-80-89721-13-9.

PARNELL, T. A. *Health literacy in nursing*. New York: Springer Publishing Company, 2015. ISBN 978-0-8261-6172-7.

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

OSBORNE, R. H. et al. The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health* [online]. 2013, vol. 13. ISSN 1471-2458. DOI: 10.1186/1471-2458-13-658.

TRNKOVÁ, Ľ. and KILÍKOVÁ, M. Interventions leading to increasing the health literacy of diabetics. *International Journal of Health, New Technologies and Social Work*. 2021, vol. 16, no. 4, supplementum. ISSN 1336-9326.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. *Integrated Care for Older People. Realigning primary health care to respond to population ageing* [online]. 2018. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/326295/WHO-HIS-SDS-2018.44-eng.pdf>.

Kontakt

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

REDUKČNÝ PROGRAM AKO FORMA PREVENIE DYSFUNKCIE ZDRAVIA V KOMUNITE ŽIEN S NADMERNOU TELESNOU HMOTNOSŤOU

WEIGHT REDUCTION PROGRAM AS A FORM OF PREVENTION OF HEALTH DYSFUNCTION IN THE COMMUNITY OF OVERWEIGHT WOMEN

Ľubica Trnková¹, Mária Kilíková¹

Abstrakt

Východiská: Prevencia dysfunkcie zdravia v komunite žien s nadmernou telesnou hmotnosťou je založená na individuálnom, dlhodobom a profesionálnom prístupe členov multidisciplinárneho tímu.

Ciel: Zistiť, aký vplyv má zotrvanie žien v redukčnom programe na antropometrické ukazovatele nadmernej telesnej hmotnosti.

Metódy: Do súboru sme zaradili 148 žien s indexom telesnej hmotnosti (BMI) $\geq 25 \text{ kg/m}^2$, vo veku od 19 rokov do 65 rokov. Na analýzu bodyimpedančných dát sme použili deskriptívnu a inferenčnú štatistiku. Výsledky intervalových premenných sme vyjadrili ako aritmetický priemer (AM), štandardná odchýlka (SD), hodnota mediánu (Mdn), minimum (Min) a maximum (Max). Komparáciu distribúcií antropometrických ukazovateľov sme uskutočnili Kruskal-Wallisov testom ($\alpha = 0,05$). Na zistenie vecnej významnosti sme použili Cohenovo d.

Výsledky: 89 žien ($n = 148$) zotrvalo v programe 3 mesiace. Dosiahli váhový úbytok od 11,7 do 27,3 kg, zníženie BMI od -0,43 do 10,9 kg/m^2 , zmenšenie obvodu pásu od -9 cm do 23 cm, Waist to HipRatio (WHR) indexu od -0,12 do 0,18 a úbytok viscerálneho tuku od -43,2 cm^2 do 80,6 cm^2 .

Záver: Výsledky preukázali, že dĺžka zotrvania v redukčnom programe má štatisticky významný vplyv na antropometrické ukazovatele nadmernej telesnej hmotnosti.

¹ Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n. o., Detašované pracovisko bl. Sály Salkaházi v Rožňave

Klíčové slová

nadmerná telesná hmotnosť, redukcia, program, žena

Abstract

Background: Prevention of health dysfunction in the community of overweight women is based on an individual, long-term and professional approach of members of a multi-disciplinary team.

Objective: To determine the impact of women's retention in a weight loss program on anthropometric indicators of overweight.

Methods: We included 148 women with a body mass index (BMI) $\geq 25 \text{ kg/m}^2$, aged 19 to 65 years. We used descriptive and inferential statistics to analyze body impedance data. We expressed the results of interval variables as arithmetic mean (AM), standard deviation (SD), median value (Mdn), minimum (Min) and maximum (Max). We compared the distributions of anthropometric indicators using the Kruskal-Wallis test ($\alpha = 0.05$). We used Cohen's d to determine significance.

Results: 89 women ($n = 148$) remained in the program for 3 months. They achieved weight loss from 11.7 to 27.3 kg, BMI reduction from -0.43 to 10.9 kg/m^2 , waist circumference reduction from -9 cm to 23 cm, Waist to HipRatio (WHR) index from -0.12 to 0.18 and visceral fat loss from -43.2 cm^2 to 80.6 cm^2 .

Conclusion: The results showed that the length of stay in the reduction program has a statistically significant effect on anthropometric indicators of excess body weight.

Keywords

excess body weight, reduction, program, woman

ÚVOD

Nadmerná telesná hmotnosť determinuje zdravie. Predstavuje riziko, ktoré je spôsobené nadmerným množstvom a distribúciou tukového tkaniva nad 30 %. Jedná sa o závažnú, chronickú, recidivujúcu, multifaktoriálne podmienenú dysfunkciu. Podľa Málkovej et al. (2021) je príčinou širokej škály ochorení. Celosvetový nárast počtu osôb s nadmernou telesnou hmotnosťou je spôsobený faktormi vonkajšieho prostredia (Hainer et al., 2021). Na jej vzniku sa podieľa genetika, príjem vysoko energetickej stravy, nadmerná veľkosť konzumovaných porcií, nepravidelné stravovanie, nízka telesná aktivita, sedavý

spôsob života. Nárast telesnej hmotnosti u žien je spájaný aj s podávaním estrogénov pri užívaní antikoncepcie alebo substitučnej hormonálnej liečby v období klimaktéria. Ovariálne hormóny ovplyvňujú príjem potravy, akumuláciu a distribúciu tuku a tiež kardiometabolické riziká (Leeners et al., 2017). Rizikovým obdobím pre nárast telesnej hmotnosti je tehotenstvo a popôrodné obdobie. Čím je u ženy vyššia hodnota BMI, tým vyššie je riziko deficitu zdravia. Hodnota BMI nad 30 kg/m² a obvod pásu ≥ 88 cm sú hodnoty vysokého rizika. Na túto súvislosť poukázali Hainer et al. (2021).

Vysoké hodnoty BMI sú úzko spätá s metabolickými, kardiovaskulárnymi a nádorovými ochoreniami (Kunešová et al., 2016). Z metabolických ochorení je častá porucha metabolizmu purínov, ktorá sa prejavuje zvýšením hladiny kyseliny močovej v sére alebo hyperurikémiou. Častejší je výskyt ochorení žlčníka, gastroezofagiálneho refluxu, pálenia záhy, hiátovej hernie, pankreatitídy, steatózy pečene. Z kardiovaskulárnych ochorení je vyššie riziko výskytu hypertenzie, hypertrofie ľavej komory, dilatácie ľavej srdcovej komory. Tieto situácie podnecujú riziko srdcového zlyhania (BMI ≥ 40kg/m²), vzniku fibrilácie predsiení, komorových arytmií, ovplyvnená je aj systolická aj diastolická funkcia srdca (Sucharda, 2016). Nadmerná telesná hmotnosť je rizikom opakovanej trombembolickej choroby. Ženy s BMI ≥ 40kg/m² sú vystavené riziku jej dvojnásobnému výskytu.

Kováčková a Dókuš (2023) poukazujú na súvislosť medzi nadmernou telesnou hmotnosťou a výskytom malígnych nádorov endometria maternice, obličiek, pažeráka a vaječníkov.

Tab. 1 Prognóza stavu zdravia pri redukcii telesnej hmotnosti

Ochorenie	Cieľ redukcie telesnej hmotnosti (%)	Očakávaný benefit
Metabolický syndróm	10	Prevenencia vzniku diabetes mellitus 2. typu
Diabetes mellitus 2. typu	5–10	Redukcia antidiabetickej medikácie
aDLP	5–15	Zníženie hodnoty TAG, LDL-C, zvýšenie hodnoty HDL-C
Artériová hypertenzia	5–15	Zníženie tlaku krvi, redukcia antihypertenzívnej medikácie
NAFLD	10–40	Redukcia intrahepatálnych lipidov a zápalu
Syndróm polycystických ovárií	5–15	Ovulácia, redukcia hirsutizmu, zníženie hodnoty androgénov, zlepšenie inzulínovej senzitivity
Syndróm spánkového apnoe	7–11	Zníženie indexu apnoe/hypopnoe
Asthmabronchiale	7–8	Zlepšenie úsilného expiračného objemu
Gastroezofageálny reflux	10 a viac	Zlepšenie klinických príznakov

Zdroj: Fábryová et al., 2021

Legenda: aDLP = aterogénna dyslipidémia, TAG = triacylglyceroly, LDL-C = cholesterol v lipoproteínoch s nízkou hustotou, NAFLD = metabolicky podmienené steatózne ochorenie pečene, HDL-C = cholesterol v lipoproteínoch s veľmi vysokou hustotou

V starostlivosti o zdravie u žien s nadmernou telesnou hmotnosťou je potrebné stanoviť úbytok telesnej hmotnosti. Podľa Fábryovej et al. (2021) je odporúčaný hmotnostný úbytok pri hodnote BMI nižšej ako 30 kg/m² 5–10 %, pri hodnote BMI 30–35 kg/m² 5–15 % a pri hodnote BMI nad 35 kg/m² 20 % z aktuálnej telesnej hmotnosti. Odporúča sa hmotnostný úbytok 0,5 kg za týždeň. Nadmerná telesná hmotnosť ako dysfunkcia je stav, pri ktorom je prevencia účinnejšia ako liečba. Bez identifikácie a možnosti ovplyvnenia jej hlavných príčin nie je možné ju efektívne vyriešiť. Za účinnú formu prevencie rizika dysfunkcie zdravia u žien považujeme intervenciu v štyroch oblastiach: výživa, fyzická aktivita, zmena životného štýlu a farmakoterapia. Intenzita a dĺžka redukčných programov na znižovanie telesnej hmotnosti, dosiahnutie pozitívnych zmien v antropometrických parametroch a funkčného zdravia závisí od zdravotnej gramotnosti, aktuálnych ukazovateľov nadmernej telesnej hmotnosti a prítomnosti zdravotných komplikácií.

CIEĽ PRÁCE

Cieľom bolo zistiť, aký vplyv má zotrvanie v redukčnom programe ako súboru intervencií v komunite žien na antropometrické ukazovatele nadmernej telesnej hmotnosti.

METODIKA

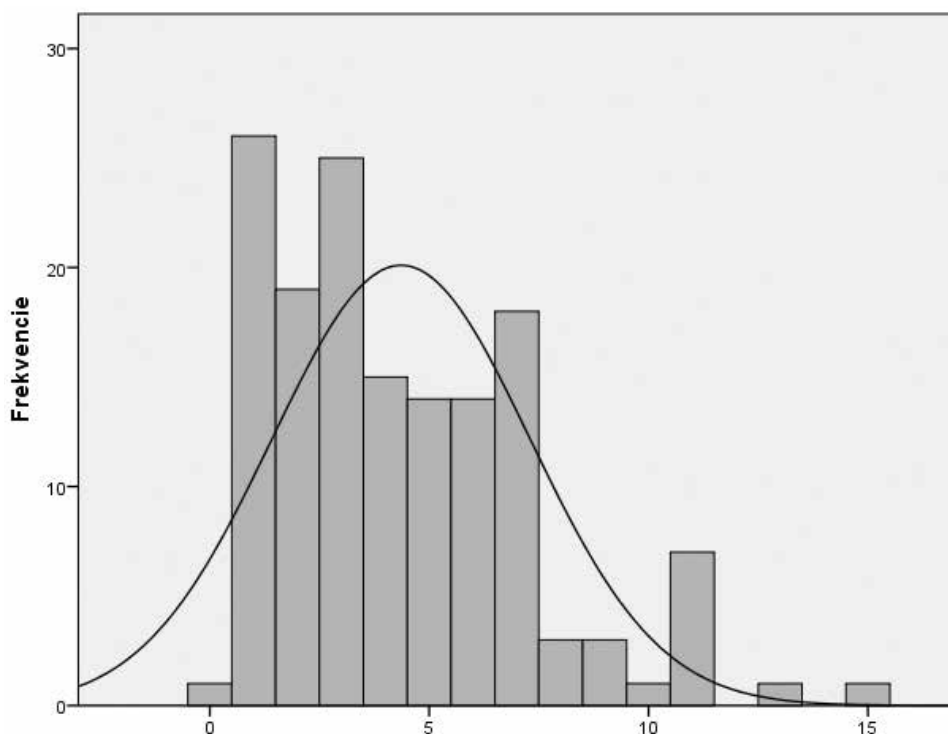
Do výskumného súboru sme zaradili 148 žien na základe ich dobrovoľného súhlasu. Kritériom zaradenia do programu bolo pohlavie, BMI ≥ 25 kg/m² a vek od 19 rokov do 65 rokov. Z výskumu boli vyradené ženy s endokrinne podmienenou obezitou a ženy užívajúce lieky na redukciu telesnej hmotnosti. Respondentky uvádzali za posledných 12 mesiacov prírastok telesnej hmotnosti AM = 4,36 kg (SD = 2,93 kg). Medián prírastku bol 4 kg. Prírastok sa pohyboval v rozpätí od 0–15 kg (Graf 1). Respondenti v programe zotrvali 14 dní až 3 mesiace (Tab. 2).

Longitudinálny výskum žien zaradených do redukčného programu bol zameraný na monitoring, analýzu a detekciu vývojového trendu antropometrických ukazovateľov. Antropometrickými ukazovateľmi boli telesná výška, telesná hmotnosť, BMI, obvod pásu, index WHR, hodnota úrovne viscerálneho tuku. Uskutočnili sme bodyimpedančné merania pomocou prístroja In Body Biospace 230. Obvod pásu sme merali krajčírskym metrom v horizontálnej rovine uprostred vzdialenosti medzi dolným okrajom posledného rebra a hrebeňom bedrovej kosti na konci normálneho výdychu. Merania sme realizovali pred začatím a po skončení redukčného programu. Redukčný program pozostával zo súboru plánovaných intervencií: individuálne poradenské sedenia, úprava stravovacích návykov, telesnej aktivity a intervencií kognitívno-behaviorálnej terapie.

Dáta sme vyhodnotili pomocou deskriptívnej a inferenčnej štatistiky v programe SPSS 22 a Excel. Pri deskriptívnej štatistike sme použili absolútnu (n) a relatívnu početnosť (%). V prípadoch intervalových premenných sme použili hodnoty aritmetického priemeru (AM), štandardnej odchýlky (SD), hodnoty mediánu (Mdn), minima (Min) a maxima (Max). V rámci inferenčnej štatistiky sme využili testy pre porovnanie a zisťovanie vzťahov medzi premennými. Pre porovnanie viacerých skupín v jednej premennej sme využili

Kruskal-Wallisov test. Hodnota hladiny významnosti bola stanovená na $\alpha = 0,05$. Okrem štatistickej významnosti sme zisťovali aj vecnú významnosť a využili sme pre to Cohenovo d (pri testoch, kde sa nepoužíva Cohenovo d sme príslušný koeficient vecnej významnosti previedli pre jednotnosť na Cohenovo d). Interpretácia Cohenovho d sa riadila klasickými pravidlami. Hodnoty blízke $d_{\text{Cohen}} = 0,2$ sa považujú za nízke, hodnoty blízke $d_{\text{Cohen}} = 0,5$ sa stredne vysoké, a hodnoty blízke $d_{\text{Cohen}} = 0,8$ sa považujú za vysoké a hodnoty nad $d_{\text{Cohen}} = 0,8$ sa veľmi vysoké.

Graf 1 Váhový prírastok/úbytok za posledných 12 mesiacov



Tab. 2 Dĺžka zotrvania v redukčnom programe

zotrvanie v redukčnom programe	(n)	(%)
14 dní	15	10,1
1 mesiac	22	14,9
2 mesiace	22	14,9
3 mesiace	89	60,1
celkom	148	100,00

VÝSLEDKY

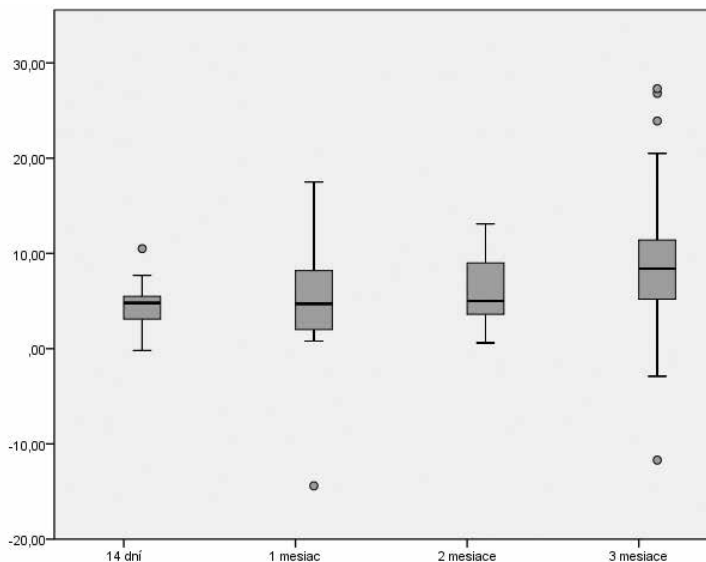
V skupine žien ($n = 15$), ktoré zotrvali v programe len 14 dní, sa úbytok hmotnosti pohyboval v rozpätí od -0,2 kg do 10,5 kg, priemerný úbytok hmotnosti bol $AM = 4,67$ kg ($SD = 2,56$ kg) a $Mdn = 4,8$ kg. V tejto skupine u jednej ženy došlo k prírastku telesnej hmotnosti (6,7 %).

V skupine žien ($n = 22$), ktorá absolvovala program 1 mesiac sa úbytok hmotnosti pohyboval v rozmedzí od -14,4 kg do 17,5 kg. Priemerný úbytok bol 4,67 kg ($SD = 5,91$ kg) a $Mdn = 4,7$ kg.

Ženy ($n = 22$), ktoré absolvovali program 2 mesiace, dosiahli úbytok telesnej hmotnosti v rozmedzí od 0,6 kg do 13,1 kg. Priemerný váhový úbytok bol 6,31 kg ($SD = 3,99$ kg) a $Mdn = 5$ kg. V tejto skupine došlo u všetkých žien k zníženiu telesnej hmotnosti.

Najvyšší váhový úbytok sme zaznamenali v skupine žien ($n = 89$), ktoré absolvovali redukčný program celé 3 mesiace. Ich váhový úbytok pohyboval v rozmedzí od -11,7 kg do 27,3 kg. Priemerný úbytok bol 8,81 kg ($SD = 6,42$ kg) a $Mdn = 8,4$ kg. Najmenší úbytok telesnej hmotnosti dosiahli ženy ($n = 22$), ktoré zotrvali v programe 1 mesiac. Vecná významnosť (Graf 2) výsledku je vysoká ($d_{Cohen} = 0,614$). Konštatujeme, že úbytok hmotnosti žien s nadváhou závisí od dĺžky zotrvania v redukčnom programe. Dĺžka zotrvania má štatisticky významný vplyv na redukciiu hmotnosti. Potvrdili sme štatisticky významné rozdiely ($\chi^2(3) = 15,393$, $p = 0,002$).

Graf 2 Rozdiel úbytku telesnej hmotnosti vzhľadom na zotrvanie v programe

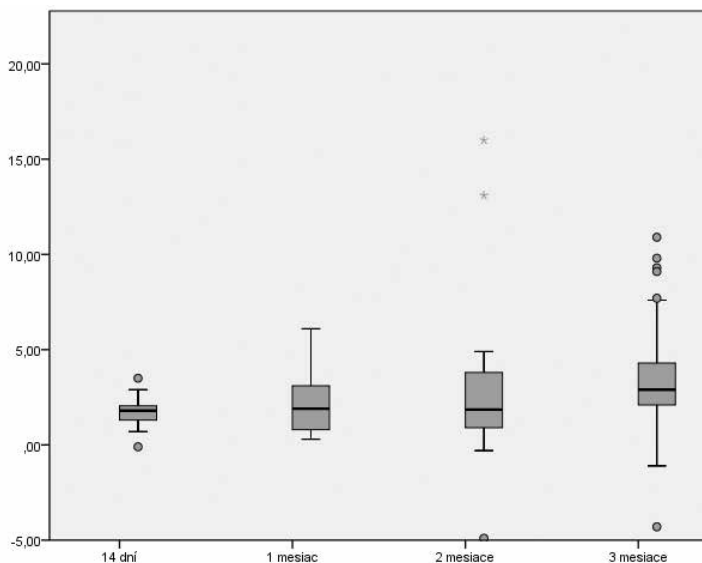


Body mass index žien pred zaradením do redukčného programu sa pohyboval v rozpätí od 25,3 po 50,9 kg/m². Priemerná hodnota bola $AM = 32,65$ ($SD = 5,92$), $Mdn = 32,65$. Vo výskumnej vzorke sa pred intervenciou nachádzalo 48 žien v pásme nadváhy (BMI

25–29,9 kg/m²), 51 žien v pásme obezity 1. stupňa (BMI 30–34,9 kg/m²), 28 žien v pásme obezity 2. stupňa (BMI 35–39,9 kg/m²) a 21 žien v pásme obezity 3. stupňa (BMI ≥ 40 kg/m²). Po intervencii bolo 8 žien v pásme normálnej hmotnosti, 73 žien v pásme nadváhy, 43 žien v pásme obezity prvého stupňa, 11 žien v pásme obezity druhého stupňa a 13 žien v pásme obezity tretieho stupňa. V skupine žien (n = 15), ktoré program absolvovali len prvých 14 dní, sa úbytok BMI pohyboval v rozmedzí od -0,1 do 3,5 kg/m². Priemerné zníženie BMI bolo 1,72 (SD = 0,89) a Mdn = 1,8. U jednej respondentky (6,7 %) dokonca došlo k zvýšeniu BMI.

V skupine žien, ktorá absolvovala program 1 mesiac (n = 22) sa úbytok BMI pohyboval v rozmedzí od 0,3 do 6,1 kg/m². Priemerné zníženie BMI bolo 2,07 (SD = 1,48) a Mdn = 1,9. V tejto skupine došlo u všetkých žien k zníženiu BMI. V skupine žien redukujúcich 2 mesiace (n = 22) sa úbytok BMI pohyboval v rozmedzí od -4,96 do 16 kg/m². Priemerné zníženie BMI bolo 2,97 (SD = 4,3) a Mdn = 1,85. U dvoch žien (9,1 %) došlo k zvýšeniu BMI. V skupine žien, ktorá zotrvala v programe celé 3 mesiace (n = 89) sa úbytok BMI pohyboval v rozmedzí od -0,43 do 10,9. Priemerné zníženie BMI bolo 3,27 (SD = 2,46) a Mdn = 2,9. V tejto skupine žien došlo u 4,5 % (n = 4) k zvýšeniu BMI a u jednej ženy (1,1 %) sa hodnota BMI nezmenila. Výsledkom komparácie bolo zistenie, že medzi nimi existuje štatisticky významný rozdiel ($\chi^2(3) = 17,705$, $p = 0,001$). Najvyššie zníženie BMI bolo u skupiny žien, ktoré absolvovali celý trojmesačný program a najnižšie u skupiny žien, ktoré vydržali len 14 dní (Graf 3). Vecná významnosť výsledku bola veľmi vysoká ($d_{\text{Cohen}} = 0,872$).

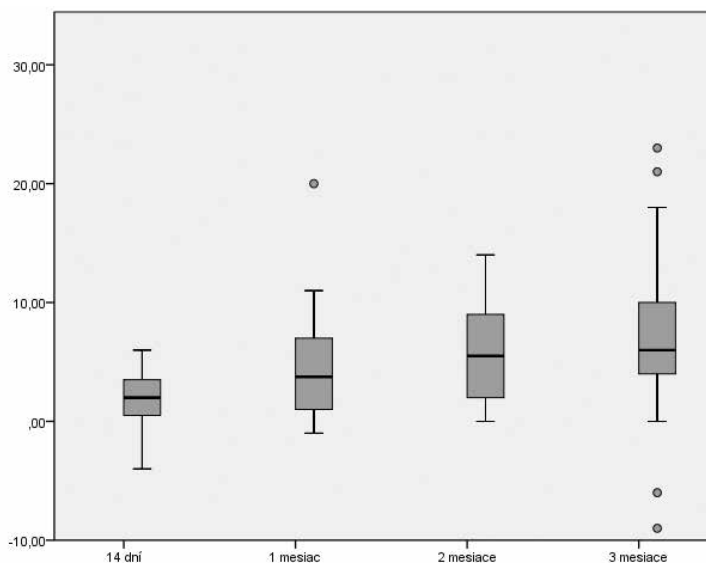
Graf 3 Index BMI vzhľadom na dĺžku zotrvania v programe



Obvod pásu (OP) žien pred intervenciou bol v priemere AM = 112,21 cm (SD = 12,3 cm) a Mdn = 110 cm. Minimum bolo zistené 90 cm a maximum 149 cm.

V skupine žien ($n = 15$), ktoré program absolvovali len prvých 14 dní sa obvod pásu zmenšil od -4 cm do 6 cm. Priemerný úbytok v cm bol 2 cm ($SD = 2,73$ cm), $Mdn =$ bol 2 cm. V tejto skupine u 2 žien sa obvod pásu zväčšil a u 2 žien (13,3 %) sa obvod pásu nezmenil. V skupine žien redukujúcich 1 mesiac ($n = 22$), sa úbytok OP pohyboval v rozmedzí od -1 cm do 20 cm. Priemerný úbytok v cm bol 4,7 cm ($SD = 4,92$ cm) a $Mdn = 3,75$ cm. V tejto skupine nedošlo u 18,2 % žien ($n = 4$) k zmene OP a u jednej ženy (4,5 %) došlo k jeho zväčšeniu. V skupine žien, ktoré zotrvali v programe 2 mesiace ($n = 22$), sa úbytok OP pohyboval v rozmedzí od 0 cm do 14 cm. Priemerný úbytok cm bol 5,36 cm ($SD = 3,55$ cm) a $Mdn = 5,5$ cm. V tejto skupine k zmene obvodu pásu nedošlo u 1 ženy. V skupine žien ($n = 89$), ktoré absolvovali celý redukčný program v trvaní 3 mesiace sa úbytok OP pohyboval v rozmedzí od -9 cm do 23 cm. Priemerný úbytok bol 6,66 cm ($SD = 5,09$ cm) a $Mdn = 6$ cm. U 7,9 % žien ($n = 7$) sa obvod pásu nezmenil a u 2,2 % žien ($n = 2$) došlo k jeho zvýšeniu. Pri porovnaní skupín v úbytku cm na obvode pásu sme zistili, že medzi nimi existuje štatisticky významný rozdiel ($\chi^2(3) = 17,748$, $p = 0,000$). Najvyšší úbytok cm v obvode pásu bol u skupiny žien, ktoré v programe zotrvali 3 mesiace a najnižší, u skupiny žien, ktoré redukovali svoju telesnú hmotnosť len 14 dní (Graf 4). Vecná významnosť výsledku bola vysoká ($d_{Cohen} = 0,676$).

Graf 4 Obvod pásu vzhľadom na dĺžku zotrvania v programe

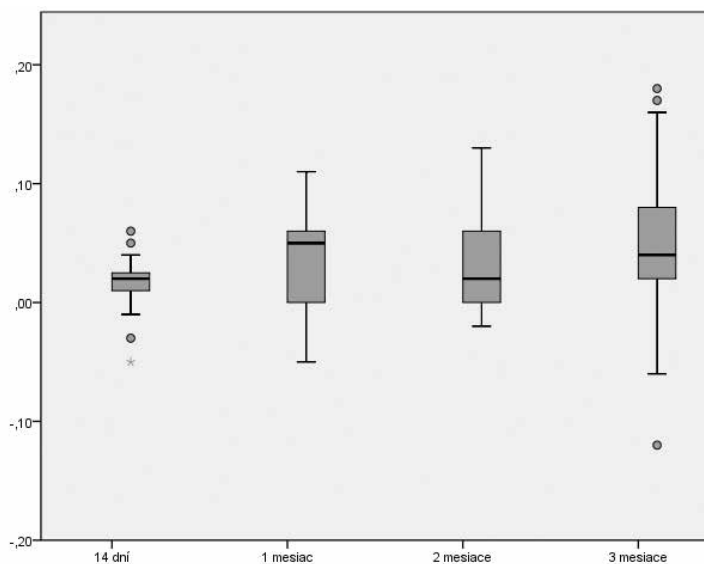


Hraničná hodnota pomeru pás/boky je u žien 0,85. Riziko komplikácií stúpa pri hodnotách vyšších. **WHR index** u žien sa pred intervenciou pohyboval v rozmedzí 0,81–1,15. Priemerná hodnota WHR bola $AM = 1,01$ ($SD = 0,06$). Medián bol 1,01.

V skupine žien ($n = 15$), ktoré vydržali 14 dní v programe, sa úbytok indexu WHR pohyboval v rozpätí od -0,05 do 0,06 a priemerné zníženie WHR bolo $AM = 0,01$ ($SD = 0,03$) a $Mdn =$ bol 0,02. V tejto skupine došlo u 20 % žien ($n = 3$) k zvýšeniu indexu WHR.

V skupine žien, ktoré program absolvovali 1 mesiac ($n = 22$) sa úbytok indexu WHR pohyboval v rozmedzí od $-0,05$ do $0,11$. Priemerné zníženie WHR bolo $0,04$ ($SD = 0,04$) a $Mdn = 0,05$. U dvoch žien ($9,1\%$) nedošlo k zmene indexu WHR a u $18,2\%$ žien ($n = 4$) došlo k zvýšeniu indexu. V skupine žien, ktoré redukovali 2 mesiace ($n = 22$), sa úbytok indexu WHR pohyboval v rozmedzí od $-0,02$ do $0,13$. Priemerné zníženie WHR bolo $0,03$ ($SD = 0,04$) a $Mdn = 0,02$. U troch žien ($13,6\%$) nedošlo k zmene indexu WHR a u $13,6\%$ žien ($n = 3$) došlo k zvýšeniu indexu WHR. V skupine žien, ktoré prešli celým 3 mesiacmi trvajúcim programom pre znižovanie telesnej hmotnosti ($n = 89$), sa úbytok indexu WHR pohyboval v rozmedzí od $-0,12$ do $0,18$. Priemerné zníženie WHR bolo $0,05$ ($SD = 0,05$) a $Mdn = 0,04$. U $7,9\%$ žien ($n = 7$) nedošlo k zmene indexu WHR a u $13,5\%$ žien ($n = 12$) došlo k zvýšeniu indexu WHR. Výsledkom komparácie bolo zistenie, že medzi nimi existuje štatisticky významný rozdiel ($\chi^2(3) = 7,817$, $p = 0,05$). Najvyššie zníženie indexu WHR dosiahli ženy, ktoré zotrvali v programe a redukovali telesnú hmotnosť 3 mesiace, najnižšie ženy, ktoré program absolvovali len prvých 14 dní (Graf 5). Vecná významnosť výsledku je stredne vysoká ($d_{Cohen} = 0,372$).

Graf 5 Index WHR vzhľadom na dĺžku zotrvania v programe

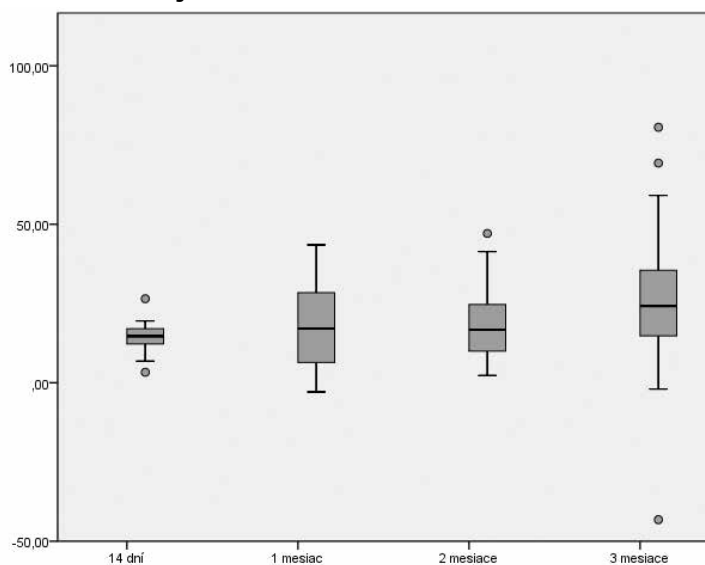


Viscerálny tuk u žien pred intervenciou bol v priemere $AM = 160,28 \text{ cm}^2$ so štandardnou odchýlkou $SD = 36,5 \text{ cm}^2$ a medián viscerálneho tuku bol $154,25 \text{ cm}^2$. Minimum bolo zistené $88,4 \text{ cm}^2$ a maximum $278,8 \text{ cm}^2$.

15 žien, ktoré v programe zotrvali len 14 dní dosiahli úbytok viscerálneho tuku v rozpätí od $3,3 \text{ cm}^2$ do $26,5 \text{ cm}^2$, priemerný úbytok bol $AM = 14,33 \text{ cm}^2$ ($SD = 5,6 \text{ cm}^2$) a $Mdn = -14,7 \text{ cm}^2$. Ženy redukujúce 1 mesiac ($n = 22$) dosiahli úbytok viscerálneho tuku v rozmedzí od $-2,9 \text{ cm}^2$ do $43,5 \text{ cm}^2$. Priemerný úbytok bol $17,93 \text{ cm}^2$ ($SD = 13,29 \text{ cm}^2$) a $Mdn = 17,1 \text{ cm}^2$. Iba v 1 prípade ($4,5\%$) sme zaznamenali zvýšenie hodnoty viscerálneho tuku.

V skupine žien, ktoré program absolvovali 2 mesiace ($n = 22$) sa úbytok viscerálneho tuku pohyboval v rozmedzí od $2,3 \text{ cm}^2$ do $47,1 \text{ cm}^2$. Priemerný úbytok bol $19,53 \text{ cm}^2$ ($SD = 11,82 \text{ cm}^2$) a $Mdn = 16,7 \text{ cm}^2$. V tejto skupine došlo u všetkých žien k zníženiu hodnoty viscerálneho tuku. V skupine žien, ktoré prešli celým 3 mesiacim trvajúcim redukčným programom ($n = 89$), sa úbytok viscerálneho tuku pohyboval v rozmedzí od $-43,2 \text{ cm}^2$ do $80,6 \text{ cm}^2$. Priemerný úbytok bol $25,85 \text{ cm}^2$ ($SD = 17,55 \text{ cm}^2$) a $Mdn = 24,2 \text{ cm}^2$. V tejto skupine došlo u 2,2 % žien ($n = 2$) k zvýšeniu hodnoty viscerálneho tuku. Komparácia dát v úbytku viscerálneho tuku preukázala existuje štatisticky významný rozdiel ($\chi^2(3) = 13,192$, $p = 0,004$). Najvyšší úbytok viscerálneho tuku bol v skupine žien, ktoré absolvovali celé 3 mesiace trvajúci program a najnižší, ktoré vydržali redukovať svoju telesnú hmotnosť len 14 dní (Graf 6). Vecná významnosť výsledku je vysoká ($d_{\text{Cohen}} = 0,552$).

Graf 6 Úbytok viscerálneho tuku vzhľadom na dĺžku zotrvania v programe



Vo všetkých sledovaných antropometrických ukazovateľoch sme zistili štatisticky významné rozdiely po absolvovaní redukčného programu. Potvrdili sme štatistickú významnosť dĺžky zotrvania v redukčnom programe ($p < 0,05$). Ženy, ktoré zotrvali v programe dlhšie (3 mesiace), dosiahli vyšší úbytok celkovej telesnej hmotnosti ($AM = 8,81 \text{ kg}$), vyššie zníženie BMI ($AM = 3,27$), väčšie zmenšenie obvodu pásu ($AM = 6,66 \text{ cm}$), WHR indexu ($AM = 0,05$) a väčší úbytok množstva viscerálneho tuku ($AM = 25,85 \text{ cm}^2$) než tie, ktoré zotrvali v programe kratšie.

DISKUSIA

Nesprávne stravovacie návyky, nevyvážený príjem a výdaj energie, nedostatok pohybovej aktivity, sedavý spôsob života a stres sa považujú za determinanty nad-

mernej telesnej hmotnosti. Ide deficit zdravia s vysokým rizikom ohrozenia kvality života. Podľa Hulkovej (2018), príčinou dysfunkcie zdravia, vrátane nadmernej telesnej hmotnosti je nízka zdravotná gramotnosť, absencia komunitných programov a projektov. Upriamuje pozornosť na potrebu celoživotného vzdelávania populácie v prospech podpory a udržania zdravia. Pavlík et al. (2024) význam pripisujú liečbe nadmernej telesnej hmotnosti ako diagnózy. Liečebné intervencie majú za cieľ dosiahnuť negatívnu energetickú bilanciu. Význam pripisujú kontinuálnej motivácii a podpore vytrvalosti osôb s nadmernou telesnou hmotnosťou. Podľa Yumuka et al. (2015) hlavným cieľom manažmentu nadmernej telesnej hmotnosti znižovanie obvodu pásu, množstva viscerálneho tuku a zlepšenie zloženia tela v prospech svalovej hmoty. Podľa Kunešovej et al. (2016) pri rovnakom deficite energie dôjde k vyššiemu váhovému úbytku u osôb s vyššou hodnotou BMI. Podľa modernej obezitologickej klasifikácie je meranie obvodu pásu zmysluplné aj u žien do hodnoty BMI 35 kg/m². Všetci s BMI nad 35 kg/m² majú výrazné metabolické riziko (Svačina, 2018). V našom súbore (n = 148) vo všetkých antropometrických ukazovateľoch sme zistili štatisticky významné rozdiely v súvislosti s dĺžkou zotrvania v programe (p < 0,05). Ženy, ktoré zotrvali v programe dlhšie (3 mesiace), dosiahli vyšší úbytok celkovej hmotnosti (AM = 8,81 kg), vyššie zníženie BMI (AM = 3,27), väčšie zmenšenie obvodu pásu (AM = 6,66 cm), WHR indexu (AM = 0,05) a väčší úbytok množstva viscerálneho tuku (AM = 25,85 cm²) než tie, ktoré absolvovali redukčný programe kratšie. U respondentov (n = 41) s obezitou 1. a 2. stupňa zaradených do randomizovanej intervenčnej štúdie Penesovej et al. (2020) vyplynuli zistenia významného charakteru. Zotrvanie respondentov v osem týždňovom redukčnom programe s intervenciami (dietoterapia, pohybová aktivita) viedlo k signifikantnému poklesu telesnej hmotnosti v priemere o 5,3 ± 4,4 kg (p < 0,0001), taktiež k zníženiu množstva tukovej hmoty (p < 0,0001), obvodu pásu (p < 0,0001) a hodnoty BMI (p < 0,0001). U respondentov (n = 13) s tretím stupňom obezity, ktorí absolvovali 24 týždňov trvajúcu intervenciu došlo k signifikantnému poklesu telesnej hmotnosti v priemere o 38,8 ± 12,4 kg (p < 0,0001), zníženiu množstva tukovej hmoty (p < 0,0001), obvodu pásu (p < 0,0001) a hodnoty BMI (p < 0,0001).

Belovičová a Matula (2017) sú toho názoru, že dvojtýždňová kúpeľná liečba s edukáciou zmeny životného štýlu má v porovnaní s ambulantnou starostlivosťou o ženy s nadmernou telesnou hmotnosťou svoje pozitíva. V súbore žien (n = 184) po ukončení 14 dňového redukčného pobytu bol zaznamenaný priemerný pokles telesnej hmotnosti 3,8 kg, obvod pásu sa zmenšil priemerne o 5,5cm. Hodnoty poklesu oboch antropometrických ukazovateľov boli vysoko štatisticky významné (p = 0,001).

V štúdií Lukešovej et al. (2009), ktorú tvorilo 37 žien vo veku 26 až 60 rokov s obezitou či nadváhou, ktoré podstúpili trojmesačnú skupinovú kognitívno-behaviorálnu terapiu sa redukcia telesnej hmotnosti pohybovala medzi 3 až 14 % pôvodnej hmotnosti, s priemernou hodnotou 6 %. Z výsledkov štúdie bolo zrejmé, že trojmesačné skupinové kognitívno-behaviorálne intervencie u motivovaných žien viedli k pozitívnym zmenám hodnôt vybraných antropometrických parametrov metabolického syndrómu, či iných rizikových faktorov.

Štatisticky významné zmeny zaznamenali v nasledovných antropometrických parametroch: telesná hmotnosť (priemerný pokles 5,6 kg, $p < 0,001$), BMI ($p < 0,001$), obvod pásu ($p < 0,001$).

Erbenová a Machovec (2013) v skupine žien s nadváhou a obezitou ($n = 22$, priemerný vek 39,8, priemerné hodnoty BMI 33,77 kg/m²), zaznamenali úbytok telesnej hmotnosti po absolvovaní programu trvajúceho 12 týždňov 9,5 kg (6,74 %), čo prekročilo 5% hranicu pozitívne ovplyvňujúcu zdravie. Trend vývoja sledovaného BMI mal postupne znižujúci charakter. Výrazná zmena nastala v úbytku obvodu pásu a to o 25 cm (15,6 %). Kissová (2016) pripisuje význam stabilizácii dosiahnutého úbytku telesnej hmotnosti v dlhodobých udržiavacích režimoch. Až 80 % redukujúcich telesnú hmotnosť má problém s jej stabilizáciou v poredukčnom období. Ak sa ženy vráti k svojmu pôvodnému stravovaniu a životnému štýlu, je opätovný vzostup hmotnosti neodvratný. Udržiavacia fáza znamená stabilizáciu dosiahnutého úbytku telesnej hmotnosti v dlhodobom časovom horizonte. Zásadným princípom je dlhodobo znížený príjem energie a vhodná pohybová aktivita. Nutričný terapeut má kompetenciu posúdiť a manažovať nutričný stav rizikových komúní. V multidisciplinárnom tíme by mali byť vytvorené podmienky na motiváciu osôb s nadmernou telesnou hmotnosťou k zmene myslenia a správania sa. Pochopenie významu prevencie, udržiavania zdravia je cesta k eliminácii rizika dysfunkcie celkového zdravia. Tento cieľ je možné dosiahnuť kreatívnymi metódami individuálnej alebo skupinovej edukácie, motivácie späťnej väzby aj po ukončení programov pre znižovanie telesnej hmotnosti.

ZÁVER

Výsledky výskumu potvrdzujú pozitívny vplyv zmeny stravovacích návykov, pohybovej aktivity a myslenia nielen na zníženie celkovej telesnej hmotnosti, ale aj BMI, obvodu pásu, WHR a množstva viscerálneho tuku. Rozhodnutie súhlasiť so zaradením do redukčného programu môže byť determinované individuálnym klinickým stavom, identifikovanými rizikami, očakávaniami a dostupnosťou programu. Konštatujeme, že u žien zaradené do programu na redukciu nadmernej telesnej hmotnosti sme dosiahli sebadisciplínu v starostlivosti o svoje zdravie. Sebadisciplína sa môže stať nástrojom redukcie telesnej hmotnosti bez zdravotných následkov. Odporúčame pokračovať vo výskume s väčším počtom respondentov a dlhšiu dobu. Apelovať na potrebu zmeny životného štýlu, ktorý predikuje riziko nadváhy a obezity. Sebakritiku, sebadisciplínu vnímame ako efektívny nástroj prevencie dysfunkcie zdravia v komunite žien produktívneho veku.

SUMMARY

Excessive body weight determines health. It is a serious, chronic, recurrent, multifactorial dysfunction and a risk factor contributing to the development of a wide range of diseases. Genetics, intake of high-energy food, excessive portion sizes, irregular eating, low physical activity, and a sedentary lifestyle contribute to its development. In health

care for women with excess body weight, it is necessary to determine the recommended body weight loss. Without identifying and being able to influence its main causes, it is impossible to effectively solve it. We consider intervention in four areas to be an effective form of prevention of the risk of health dysfunction in women: nutrition, physical activity, lifestyle change, and pharmacotherapy. The research results confirm the positive impact of changing eating habits, physical activity, and thinking not only on reducing total body weight, but also BMI, waist circumference, WHR, and visceral fat. We recommend continuing the research with a larger number of respondents and for a longer period of time.

Literatúra

BELOVIČOVÁ, M. a MATULA, P. Účinnosť nefarmakologickej liečby obezity v prostredí kúpeľov. *Cardiology Letters*. 2017, roč. 26, č. 3, s. 138–144. ISSN 1338-3655.

ERBENOVÁ, P. a MACHOVEC, B. Body image v komplexním prístupu léčby obezity. *Studia Kinanthropologica*. 2013, roč. 14, č. 3, s. 165–175. ISSN 1213-2101.

FÁBRYOVÁ, Ľ. et al. Štandardný diagnostický a terapeutický postup na komplexný manažment nadhmotnosti/obezity v dospelom veku [online]. 2021. [cit. 8. 9. 2025]. Dostupné z: https://health.gov.sk/Zdroje/?Sources/dokumenty/SDTP/standardy/15-5-2021/16_1_SDTP-na-komplexny-manazment-nadhmotnosti_obezity-v-dospelom-veku-Obezitologia.pdf.

HAINER, V. et al. *Základy klinické obezitologie*. 3., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2021. ISBN 978-80-271-1302-6.

HULKOVÁ, V. Abeceda zdravotnej gramotnosti. In: *Zdravie – hybná sila ošetrovateľstva bez hraníc: zborník vedeckých prác*. Rožňava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, 2018, s. 105–114. ISBN 978-80-8132-184-9.

KISSOVÁ, V. Prehľad diétnych odporúčaní používaných pre manažment obezity. *Forum Diabetologicum*. 2016, roč. 5, č. 1, s. 12–16. ISSN 1805-3807.

KOVÁČOVÁ, A. a DÓKUŠ, K. Vplyv preobezity a obezity na gynekologické ochorenia. *Forum Diabetologicum*. 2023, roč. 12, č. 3, s. 85–90. ISSN 1805-3807.

KUNEŠOVÁ, M. et al. *Základy obezitologie*. Praha: Galén, 2016. ISBN 978-80-7492-217-6.

LEENERS, B. et al. Ovarian hormones and obesity. *Human reproduction update* [online]. 2017, vol. 23, no. 3, p. 300–321. ISSN 1460-2369. DOI: 10.1093/humupd/dmw045.

LUKEŠOVÁ, O. et al. Skupinová kognitivně behaviorální terapie obezity v primární prevenci metabolického syndromu. *Praktický lékař*. 2009, roč. 89, č. 10, s. 563–567. ISSN 0032-6739.

MÁLKOVÁ, I. et al. *Štandardný preventívny postup pre manažment dospelých s nadváhou a obezitou s dôrazom na psychologický prístup* [online]. 2021. [cit. 8. 9. 2024]. Dostupné z: <https://health.gov.sk/Zdroje/?Sources/dokumenty/SDTP/standarty/Prevenicia/030-SPP-pre-manazment-dospelych-s-nadvahou-a-obezitou-s-dorazom-na-psychologicky-pristup.pdf>.

PAVLÍK, V. et al. Nefarmakologická léčba obezity. *Medicína pro praxi*. 2024, roč. 21, č. 1, s. 26–29. ISSN 1214-8687.

PENESOVÁ, A. et al. Špecifiká manažmentu extrémne obézneho pacienta. In: *Dni praktickej obezitológie a metabolického syndrómu: zborník vedeckých prác*. Warszawa: Collegium Humanum Warsaw Management University, 2020, s. 296–311. ISBN 978-83-958245-0-0.

SUCHARDA, P. Zdravotní rizika obezity a nemoci komplikující obezitu. In: KUNEŠOVÁ, M. et al. *Základy obezitologie*. Praha: Galén, 2016, s. 17–24. ISBN 978-80-7492-217-6.

SVAČINA, Š. *Léčba obézního diabetika*. Praha: Mladá fronta, 2018. ISBN 978-80-204-4901-6.

YUMUK, V. et al. European Guidelines for Obesity Management in Adults. *Obesity Facts*. 2015, vol. 8, no. 6, p. 402–424. ISSN 1662-4025.

Kontakt

PhDr. Mgr. Ing. Ľubica Trnková, PhD., MPH

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n. o.

Detašované pracovisko bl. Sáro Salkaházi v Rožňave

Kósu Schoppera 22, 048 01 Rožňava, Slovenská republika

trnkova@vssvalzbety.sk

prof. PhDr. Mária Kilíková, PhD., MPH

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n. o.

Detašované pracovisko bl. Sáro Salkaházi v Rožňave

Kósu Schoppera 22, 048 01 Rožňava, Slovenská republika

kilikova@vssvalzbety.sk

OTÁZKY KLINICKÉ PRAXE

RIEŠENIE NEŽIADUCICH UDALOSTÍ V KONTEXTE PROFESIJNÝCH CHARAKTERISTÍK SESTIER A PRACOVNÉHO PROSTREDIA

MANAGEMENT OF ADVERSE EVENTS IN THE CONTEXT OF NURSES' PROFESSIONAL CHARACTERISTICS AND WORK ENVIRONMENT

Tatiana Katriňáková^{1,2}, Mária Kilíková¹, Monika Štefanová³

Abstrakt

Východiská: Riešenie nežiaducich udalostí je integrálnou súčasťou kultúry bezpečnosti pacienta, ktorú významne ovplyvňujú profesijné charakteristiky sestier a faktory pracovného prostredia.

Cieľ: Analyzovať vplyv profesijných charakteristík sestier a pracovného prostredia na postoje a skúsenosti sestier súvisiace s riešením nežiaducich udalostí v ošetrovateľskej praxi.

Metodika: Realizovaný bol prierezový kvantitatívny prieskum na súbore 200 sestier pracujúcich na lôžkových oddeleniach vo Veľkom Krtíši, Leviciach a Žiari nad Hronom. Údaje boli získané štruktúrovaným dotazníkom a hodnotené na 5-stupňovej Likertovej škále. Na spracovanie údajov boli použité deskriptívna a inferenčná štatistika využívajúca neparametrický Kruskal-Wallisov test ($p = 0,05$).

Výsledky: Analýza potvrdila štatisticky významný vplyv veku a dĺžky praxe na postoje sestier k riešeniu nežiaducich udalostí ($p < 0,05$). Rozdiely sa preukázali v položkách „k zámene lieku nedošlo vďaka upozorneniu od kolegyne“ ($p = 0,014$; $p = 0,012$) a „po vzniku NU som bol/a preložená/ý“ ($p = 0,017$). Najpozitívnejšie postoje mali sestry nad 50 rokov a s praxou nad 11 rokov. Vzdelanie ani typ oddelenia neboli štatisticky významné ($p > 0,05$).

Záver: Zistenia poukazujú, že dotazníkom zachytené postoje a skúsenosti sestier pri riešení nežiaducich udalostí sú primárne asociované s vekom, dĺžkou praxe a vnímanými podmienkami pracovného prostredia. Posilnenie supervízie, kontinuálneho vzdeláva-

¹ Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n. o., Detašované pracovisko bl. Sály Salkaházi v Rožňave

² Oddelenie všeobecnej a úrazovej chirurgie, Nemocnica s poliklinikou Spišská Nová Ves, a. s.

³ Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n. o.

nia a otvorenej komunikácie podporuje istotu sestier a prispieva k rozvoju bezpečnej a kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti.

Klíčové slová

nežiaduca udalosť, bezpečnosť pacienta, sestra, ošetrovateľská prax, kvantitatívna analýza

Abstract

Background: Managing adverse events is an integral part of patient safety culture, which is significantly influenced by nurses' professional characteristics and the factors of their work environment.

Aim: To analyze the impact of nurses' professional characteristics and work environment on nurses' attitudes and experiences related to the management of adverse events in nursing practice.

Methodology: A cross-sectional quantitative survey was conducted among 200 nurses working in inpatient wards in Veľký Krtíš, Levice, and Žiar nad Hronom. Data were collected using a structured questionnaire and rated on a 5-point Likert scale. Descriptive and inferential statistics were applied, using the non-parametric Kruskal-Wallis test ($p = 0.05$).

Results: The analysis confirmed a statistically significant influence of age and length of practice on nurses' attitudes towards the management of adverse events ($p < 0.05$). Significant differences were found in the items *"Medication error was prevented thanks to a colleague's warning"* ($p = 0.014$; $p = 0.012$) and *"After an adverse event, I was transferred to another department"* ($p = 0.017$). The most positive attitudes were observed among nurses over 50 years old and with more than 11 years of experience. Education level and type of department were not statistically significant ($p > 0.05$).

Conclusion: The findings indicate that questionnaire-based attitudes and experiences related to adverse event management are primarily associated with nurses' age, length of professional experience, and perceived working conditions. Strengthening supervision, continuous education, and open communication enhances nurses' confidence and contributes to the development of safe and high-quality nursing care.

Keywords

adverse event, patient safety, nurse, nursing practice, quantitative analysis

ÚVOD

Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) je nežiaduca udalosť (NU) definovaná ako situácia vedúca k neúmyselnému poškodeniu pacienta, ohrozeniu života alebo narušeniu liečebného procesu (Panagioti et al., 2019). Moosavi et al. (2023) ju označuje za globálny problém vyplývajúci z kombinácie individuálnych chýb a systémových zlyhaní. Kuriakose et al. (2020) odhadujú, že 20–25 % populácie sa stretáva s chybami v primárnej starostlivosti, pričom zásadnými faktormi sú diagnostické omyly, komunikačné zlyhania a fragmentácia starostlivosti. Postoje sestier k prevencii a riešeniu NU ovplyvňujú ich profesijné a osobnostné charakteristiky. Majda et al. (2024) potvrdili, že dĺžka odbornej praxe a vzdelanie významne ovplyvňujú postoje sestier a pôrodných asistentiek k hláseniu NU. Skúsenejšie sestry vykazovali pozitívnejší postoj k transparentnosti a otvorenému prístupu pri riešení udalostí, zatiaľ čo menej skúsene sa vyznačovali opatrnejším prístupom. Podobne Zhao, Shi a Zhao (2022) zistili, že povedomie a úmysel hlásiť rastú so skúsenosťami a podporou pracovného prostredia. Kakemam et al. (2019) upozorňujú, že pracovný stres a kognitívne zlyhania znižujú frekvenciu hlásenia NU, zatiaľ čo Kiviliéné et al. (2024) preukázali, že priaznivá pracovná klíma, efektívna komunikácia a manažérska podpora tento proces posilňujú. Chen et al. (2025) a Zhao, Shi a Zhao (2022) zároveň uvádzajú, že sestry napriek deklarovanej transparentnosti často váhajú s hlásením NU z obáv pred sankciami a kritikou. Tieto zistenia potvrdzujú význam kultúry bezpečnosti a organizačnej podpory pri formovaní zodpovedného prístupu sestier k riešeniu NU.

CIEĽ

Analyzovať vplyv profesijných charakteristík sestier a pracovného prostredia na postoje a skúsenosti sestier súvisiace s riešením NU v ošetrovateľskej praxi.

METODIKA

Do prieskumnej vzorky bolo zaradených 200 sestier pracujúcich na lôžkových oddeleniach zdravotníckych zariadení vo Veľkom Krtíši, Leviciach a Žiari nad Hronom. Najpočetnejšiu skupinu tvorilo 79 sestier vo veku 50 a viac rokov (39,5 %), prevažne s vysokoškolským vzdelaním I. stupňa ($n = 80$; 40,0 %) a s odbornou praxou 11 a viac rokov ($n = 116$; 58,0 %). Najviac respondentov pôsobilo na interných oddeleniach ($n = 61$; 30,5 %), chirurgických oddeleniach ($n = 46$; 23,0 %) a oddeleniach dlhodob chorých ($n = 34$; 17,0 %). Na zber empirických údajov bol použitý štruktúrovaný dotazník zostavený pre účely štúdie, zameraný na postoje a skúsenosti sestier súvisiace s riešením NU v ošetrovateľskej praxi. Jednotlivé premenné boli operacionalizované prostredníctvom ôsmich položiek dotazníka, ktoré predstavovali kvantitatívne indikátory správania sestier a vnímania pracovného prostredia v súvislosti s riešením NU. Položky pokrývali štyri oblasti: prevenciu (napr. upozornenie kolegyne), dokumentáciu (záznam NU v ošetrovateľskej dokumentácii), štandardizovanú prax (komplexná fotodokumentácia dekubitov ako indikátor riešenia NU) a vnímanie pracovných dôsledkov NU. Súčasťou

dotazníka bola aj položka „Po vzniku NU som bol/a súčasťou súdneho sporu“, ktorá zachytáva vnímanie právnych a organizačných dôsledkov NU. Táto položka dopĺňa pohľad na pracovné prostredie a kultúru bezpečnosti, keďže v literatúre sa vnímané riziko sankcií uvádza ako faktor ovplyvňujúci správanie sestier pri riešení NU. Respondenti hodnotili výroky prostredníctvom päťstupňovej Likertovej škály, ktorá umožňovala vyjadriť mieru súhlasu od 1 – silný súhlas po 5 – silný nesúhlas. Zber dát prebiehal v mesiacoch máj a jún 2024 po udelení súhlasu vedenia zdravotníckych zariadení. Na spracovanie a štatistické vyhodnotenie údajov bol použitý program IBM SPSS Statistics v. 26. Aplikovaná bola deskriptívna štatistika (frekvencie, priemerné hodnoty, miera variability) a inferenčná štatistika využívajúca neparametrický Kruskal-Wallisov test, keďže položky reprezentovali ordinálne údaje a porovnávané skupiny respondentov boli navzájom nezávislé. Hladina významnosti bola stanovená na úrovni $p = 0,05$.

VÝSLEDKY

Tab. 1 Analýza riešenia NU v závislosti od veku

Riešenie NU v závislosti od veku	23–30 (n = 30)		31–40 (n = 39)		41–50 (n = 52)		50 a viac (n = 79)		Kruskal- -Wallisov test	
	$\bar{x}$	sd	$\bar{x}$	sd	$\bar{x}$	sd	$\bar{x}$	sd	H	p
Pri vzniku NU diskutujeme o jej priebehu a spôsoboch ako im predchádzať	3,47	1,14	3,41	1,02	3,50	1,00	3,75	0,95	4,35	0,226
Na pracovisku sa vykonávajú zmeny na odstránenie rizík vzniku NU	2,97	1,25	2,79	1,20	3,06	1,09	3,05	1,16	1,51	0,681
U pacienta s dekubitom realizujem fotodokumentáciu, stupeň dekubitu a zaznamenávam proces ošetrovania	3,97	0,89	3,92	0,90	3,77	0,88	3,72	1,12	1,84	0,606
Pri vzniku NU sestra všetko zaznamenáva do dokumentácie	3,23	1,25	3,41	1,21	3,35	1,12	3,42	1,35	0,71	0,871
K zámene lieku inému pacientovi nedošlo vďaka upozorneniu od kolegyne	2,40	1,00	2,89	0,95	2,88	1,00	3,08	0,89	10,6	0,014
Po vzniku NU som bol/a preložený na iné oddelenie	1,90	0,61	2,59	1,04	2,54	1,07	2,39	0,93	10,2	0,017
Po vzniku NU som bol/a súčasťou súdneho sporu	2,03	1,00	2,21	0,92	2,04	0,68	2,11	0,70	2,39	0,495
Pochvala manažmentu ako faktor znižujúci výskyt NU	3,76	1,18	3,79	1,00	3,94	1,06	3,85	1,32	1,41	0,703

Legenda: n – absolútna početnosť; $\bar{x}$ – aritmetický priemer; sd – smerodajná odchýlka; H – testovacia štatistika Kruskal-Wallisovho testu; p – štatistická významnosť

Výsledky preukázali štatisticky významné rozdiely ($p < 0,05$) v dvoch položkách:

- „K zámene lieku inému pacientovi nedošlo vďaka upozorneniu od kolegyne“ ($p = 0,014$),
- „Po vzniku NU som bol/a preložený/á na iné oddelenie“ ($p = 0,017$).

Najnižšie priemerné hodnoty v oboch prípadoch uviedli najmladšie sestry vo veku 23–30 rokov ($\bar{x} = 2,40$; $\bar{x} = 1,90$). Naopak, vyšší vek a dlhšia prax boli spojené s pozitívnejšími postojmi – sestry vo veku 50 rokov a viac dosiahli najvyšší priemer v položke o prevencii zámen liekov ($\bar{x} = 3,08$). V ostatných položkách sa štatisticky významné rozdiely nepreukázali ($p > 0,05$), avšak niektoré vekové skupiny prejavili tendencie k pozitívnejším postojom. Sestry vo veku 41–50 rokov hodnotili pozitívne *pochvalu manažmentu* ako motivačný prvok ($\bar{x} = 3,94$), zatiaľ čo mladšie sestry (23–30 rokov) a skupina 31–40 rokov považovali za pozitívny postoj *ošetrovanie dekubitov, ich dokumentáciu a fotodokumentáciu* ($\bar{x} = 3,92$).

Tab. 2 Analýza riešenia NU v závislosti od dĺžky odbornej praxe

Riešenia NU v závislosti od dĺžky odbornej praxe	0–5 (n = 48)		6–10 (n = 36)		11 a viac (n = 116)		Kruskal- -Wallisov test	
	$\bar{x}$	sd	$\bar{x}$	sd	$\bar{x}$	sd	H	p
Pri vzniku NU diskutujeme o jej priebehu a spôsoboch ako im predchádzať	3,46	1,13	3,44	1,00	3,66	0,96	1,93	0,381
Na pracovisku sa vykonávajú zmeny na odstránenie rizík vzniku NU	2,73	1,14	3,08	1,13	3,07	1,17	3,21	0,201
U pacienta s dekubitom realizujem fotodokumentáciu, stupeň dekubitu a zaznamenávam proces ošetrovania	3,94	0,86	3,69	0,92	3,79	1,05	1,73	0,421
Pri vzniku NU sestra všetko zaznamenáva do dokumentácie	3,19	1,28	3,19	1,14	3,50	1,25	3,01	0,222
K zámene lieku inému pacientovi nedošlo vďaka upozorneniu od kolegyne	2,56	1,05	2,83	1,06	3,04	0,88	8,86	0,012
Po vzniku NU som bol/a preložený/á na iné oddelenie	2,19	0,89	2,61	0,96	2,41	1,00	4,83	0,089
Po vzniku NU som bol/a súčasťou súdneho sporu	2,19	0,96	2,14	0,83	2,05	0,70	0,26	0,879
Pochvala manažmentu ako faktor znižujúci výskyt NU	3,83	1,11	3,86	1,20	3,85	1,20	0,16	0,924

Legenda: n – absolútna početnosť; $\bar{x}$ – aritmetický priemer; sd – smerodajná odchýlka; H – testovacia štatistika Kruskal-Wallisovho testu; p – štatistická významnosť

Analýza výsledkov potvrdila, že dĺžka odbornej praxe má v niektorých prípadoch vplyv na postoje sestier k riešeniu NU. V rámci položky „K zámene lieku inému pacientovi nedošlo vďaka upozorneniu od kolegyne“ bol zistený štatisticky významný rozdiel ($p = 0,012$). Najnižší priemerný súhlas vyjadrili sestry s praxou 0–5 rokov ($\bar{x} = 2,56$), zatiaľ čo najvyšší sestry s praxou 11 a viac rokov ($\bar{x} = 3,04$). Pri ostatných položkách sa štatisticky významné rozdiely nepreukázali ($p > 0,05$), avšak možno

pozorovať určité tendencie. Sestry s dlhšou praxou 11 rokov a viac prejavili pozitívnejší postoj k diskusii o priebehu NU a spôsoboch ich prevencie ($\bar{x} = 3,66$) a zároveň kladne hodnotili pochvalu manažmentu ako motivačný faktor ($\bar{x} = 3,85$). Naopak, negatívny postoj k položke „Po vzniku NU som bola súčasťou súdneho sporu“ vyjadrili všetky skupiny sestier, pričom najnižší priemer zaznamenali práve sestry s dlhoročnou praxou 11 rokov a viac ($\bar{x} = 2,05$).

Tab. 3 Analýza riešenia NU v závislosti od dosiahnutého vzdelania

Riešenia NU v závislosti od dosiahnutého vzdelania	Stredné odborné (n = 72)		Vyššie odborné (n = 48)		Vysokoškolské (n = 80)		Kruskal-Wallisov test	
	$\bar{x}$	sd	$\bar{x}$	sd	$\bar{x}$	sd	H	p
Pri vzniku NU diskutujeme o jej priebehu a spôsoboch ako im predchádzať	3,78	0,94	3,35	1,16	3,53	0,95	5,191	0,075
Na pracovisku sa vykonávajú zmeny na odstránenie rizík vzniku NU	3,00	1,16	2,88	1,14	3,05	1,18	0,676	0,713
U pacienta s dekubitom realizujem fotodokumentáciu, stupeň dekubitu a zaznamenávam proces ošetrovania	3,74	1,05	3,75	0,96	3,91	0,94	1,865	0,394
Pri vzniku NU sestra všetko zaznamenáva do dokumentácie	3,31	1,25	3,35	1,25	3,44	1,24	0,414	0,813
K zámene lieku inému pacientovi nedošlo vďaka upozorneniu od kolegyne	3,08	0,98	2,85	0,91	2,74	0,98	4,824	0,090
Po vzniku NU som bol/a preložený/á na iné oddelenie	2,50	1,01	2,35	0,98	2,33	0,94	1,384	0,501
Po vzniku NU som bol/a súčasťou súdneho sporu	2,13	0,73	2,00	0,62	2,14	0,92	0,741	0,690
Pochvala manažmentu ako faktor znižujúci výskyt NU	3,78	1,24	3,90	1,24	3,89	1,07	0,584	0,747

Legenda: n – absolútna početnosť; $\bar{x}$ – aritmetický priemer; sd – smerodajná odchýlka; H – testovacia štatistika Kruskal-Wallisovho testu; p – štatistická významnosť

Na základe výsledkov možno konštatovať, že úroveň vzdelania sestier nemá štatisticky významný vplyv na ich postoje k riešeniu NU ($p > 0,05$). Napriek tomu možno pozorovať niektoré zaujímavé tendencie. Najpozitívnejšie postoje sa prejavili u sestier s vysokoškolským vzdelaním, ktoré dosiahli najvyšší priemerný súhlas v položke „U pacienta s dekubitom realizujem fotodokumentáciu, stupeň dekubitu a zaznamenávam proces ošetrovania“ ($\bar{x} = 3,91$).

Sestry s vyšším odborným vzdelaním najpozitívnejšie reagovali v položke „Pochvala manažmentu na vykonanú prácu má pozitívny vplyv na znížený výskyt NU“ ($\bar{x} = 3,90$). Naopak, všetky skupiny sestier vyjadrili negatívny postoj k položke „Po vzniku NU som bola súčasťou súdneho sporu“, kde sa priemery pohybovali v rozmedzí $\bar{x} = 2,00$ – $2,14$.

Tab. 4 Analýza riešenia NU v závislosti od typu oddelenia

Riešenia NU v závislosti od typu oddelenia	Interné (n = 61)		Chirurgické (n = 46)		Dlhodobochorých (n = 34)		OAIM (n = 29)		Iné (n = 30)		Kruskal-Wallisov test	
	$\bar{x}$	sd	$\bar{x}$	sd	$\bar{x}$	sd	$\bar{x}$	sd	$\bar{x}$	sd	H	p
Pri vzniku NU diskutujeme o jej priebehu a spôsoboch ako im predchádzať	3,48	1,01	3,57	1,07	3,59	1,02	3,55	1,02	3,80	0,92	2,30	0,680
Na pracovisku sa vykonávajú zmeny na odstránenie rizík vzniku NU	2,82	1,06	3,07	1,24	2,97	1,19	2,72	1,03	3,50	1,22	8,91	0,063
U pacienta s dekubitom realizujem fotodokumentáciu, stupeň dekubitu a zaznamenávam proces ošetrovania	3,89	0,90	3,72	1,11	3,53	1,21	3,93	0,88	4,00	0,69	2,60	0,626
Pri vzniku NU sestra všetko zaznamenáva do dokumentácie	3,34	1,25	3,26	1,25	3,15	1,21	3,66	1,29	3,57	1,19	4,50	0,342
K zámene lieku inému pacientovi nedošlo vďaka upozorneniu od kolegyne	3,02	0,94	2,87	0,97	2,91	1,06	2,72	1,00	2,79	0,94	2,90	0,576
Po vzniku NU som bol/a preložený/a na iné oddelenie	2,20	0,89	2,59	1,26	2,35	0,77	2,72	0,96	2,23	0,73	7,67	0,105
Po vzniku NU som bol/a súčasťou súdneho sporu	2,02	0,65	2,04	1,01	2,29	0,84	2,07	0,59	2,17	0,79	5,54	0,236
Pochvala manažmentu ako faktor znižujúci výskyt NU	3,98	1,10	3,70	1,24	3,74	1,31	3,52	1,27	4,27	0,78	5,86	0,210

Legenda: n – absolútna početnosť; $\bar{x}$ – aritmetický priemer; sd – smerodajná odchýlka; H – testovacia štatistika Kruskal-Wallisovho testu; p – štatistická významnosť

Výsledky analýzy nepreukázali štatisticky významné rozdiely medzi jednotlivými oddeleniami (všetky $p > 0,05$), čo znamená, že typ oddelenia nemá zásadný vplyv na postoje sestier k riešeniu NU. Napriek tomu možno pozorovať niektoré tendencie v hodnotení:

- Sestry z interných oddelení dosiahli najvyšší priemerný súhlas v položke „Pochvala manažmentu na vykonanú prácu má pozitívny vplyv na znížený výskyt NU“ ($\bar{x} = 3,98$).
- Sestry z oddelení OAIM vyjadrili najpozitívnejší postoj v položke „U pacienta s dekubitom realizujem fotodokumentáciu, stupeň dekubitu a zaznamenávam proces ošetrovania“ ($\bar{x} = 3,93$).
- Všetky sledované skupiny sestier uviedli negatívny postoj k položke „Po vzniku NU som bola súčasťou súdneho sporu“, kde sa priemery pohybovali v úzkom rozmedzí ($\bar{x} = 2,02$ – $2,29$).

DISKUSIA

Výsledky prieskumu potvrdili, že profesijné charakteristiky sestier a faktory pracovného prostredia významne ovplyvňujú postoje a skúsenosti sestier súvisiace s riešením NU. Efektívne zvládanie týchto situácií v klinickej praxi závisí nielen od individuálnej zodpovednosti, ale aj od kvality pracovnej kultúry, úrovne tímovej spolupráce a manažérskej podpory. Vzhľadom na charakter použitých nástrojov výsledky odrážajú najmä vnímanie sestier, nie objektívny výkon pri riešení NU. Vek a dĺžka odbornej praxe sa preukázali ako rozhodujúce faktory postojov sestier k riešeniu NU. Pojem „skúsenejšie sestry“ používame ako pracovné označenie respondentov s dlhšou praxou alebo vyšším vekom v rámci nášho súboru, nie ako univerzálnu definíciu skúsenosti. Toto vymedzenie je metodicky odôvodnené a umožňuje korektné porovnanie nezávislých skupín pri analýze ordinálnych údajov. V našom súbore tieto skupiny dosahovali vyššie skóre v položkách reflektujúcich spoluprácu a prevenciu, čo sa potvrdilo aj štatisticky významným rozdielom v položke „k zámene lieku inému pacientovi nedošlo vďaka upozorneniu od kolegyne“ ($p < 0,05$). Tento trend je v súlade so zisteniami Alrasheeday et al. (2024), Kakemam et al. (2021) a Majda et al. (2024), ktorí potvrdili, že dĺžka praxe a vek posilňujú proaktívne bezpečnostné správanie a ochotu transparentne komunikovať o chybách. Výsledky zároveň naznačujú, že postoje sestier sú citlivé na podmienky pracovného prostredia. Na správanie sestier po vzniku NU má zásadný vplyv organizačná kultúra a reakcia vedenia. V našom súbore skúsenejšie sestry častejšie uvádzali skúsenosť s otvorenou diskusiou a konštruktívnou spätnou väzbou, zatiaľ čo mladšie sestry udávali skôr obavy z represívnych reakcií. Podobné zistenia uvádzajú Brabcová et al. (2023), Nourian et al. (2020), Rutledge, Retrosi a Ostrowski (2018) a Alotaibi (2024), ktorí zdôrazňujú, že trestajúce prostredie zníži ochotu hlásiť chyby a vedie k ich individuálnemu, nie tímovému riešeniu. Alotaibi (2024) zároveň poukazuje na potrebu budovania kultúry bez strachu, znižovania pracovného zaťaženia a posilňovania spätnej väzby ako predpokladu konštruktívneho riešenia chýb. Význam manažérskej podpory, vnútornej motivácie a pozitívnej pracovnej klímy potvrdili aj Kivilienė et al. (2024), ktorá zistila, že priaznivé pracovné prostredie, kvalitné medziludské vzťahy a uznanie zo strany nadriadených podporujú vyššiu mieru hlásenia a prevencie NU. Naopak, preťaženie a nedostatok personálu znižujú schopnosť sestier adekvátne reagovať na rizikové situácie. Tieto zistenia sú v súlade aj s výsledkami nášho prieskumu, pričom sestry bez ohľadu na vek či pracovisko uvádzali, že pochvala nadriadeného prispieva k prevencii NU ($\bar{x} = 3,5\text{--}4,2$). Tento trend potvrdzujú Daheshi et al. (2023), ktorí zdôraznili, že dôvera, otvorená komunikácia a konštruktívne riešenie konfliktov posilňujú pracovné vzťahy a zlepšujú kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti. Štatisticky významné rozdiely podľa vzdelania ani typu oddelenia sa nepreukázali ($p > 0,05$), čo naznačuje, že úroveň formálneho vzdelania nemusí byť rozhodujúcim faktorom ovplyvňujúcim postoje sestier k riešeniu NU. Napriek tomu dáta ukázali určité kvalitatívne rozdiely. Sestry s vysokoškolským vzdelaním preukázali systematickejší prístup k dokumentácii a dodržiavaniu štandardov, pričom dosiahli najvyšší priemer v položke „u pacienta s dekubitom realizujem fotodokumentáciu“ ($\bar{x} = 3,91$). Tento trend korešponduje so zisteniami Dyab

et al. (2018) a Gleeson et al. (2020), podľa ktorých kontinuálne vzdelávanie a odborné školenia zvyšujú kompetencie sestier v oblasti bezpečnej starostlivosti a podporujú dodržiavanie štandardizovaných postupov. Sestry so stredným vzdelaním dosiahli vyššie skóre v prevencii zámen liekov ($\bar{x} = 3,08$), čo možno spájať s dlhodobou praxou a znalosťou interných režimov pracoviska. Z hľadiska pracovného prostredia sa ukázalo, že typ oddelenia nepredstavuje rozhodujúci faktor postojov k riešeniu NU, čo je v súlade s tvrdením Moosavi et al. (2023), podľa ktorého je rozhodujúcim prvkom kvalita organizácie práce a štýl vedenia. V našom súbore sestry z interných oddelení častejšie oceňovali pozitívnu spätnú väzbu vedenia, zatiaľ čo sestry z OAIM dosiahli vyššie skóre v oblasti fotodokumentácie dekubitov ($\bar{x} = 3,93$), čo odráža charakter práce s kriticky chorými pacientmi a potrebu detailnej dokumentácie. Závety nášho prieskumu potvrdzujú aj výskum Granados-Plaza et al. (2021), podľa ktorých kultúra bezpečnosti, štýl vedenia a úroveň komunikácie v tíme predstavujú zásadné prediktory postojov sestier k riešeniu a hláseniu NU. Ich závery sa zhodujú s našimi odporúčaniami, podľa ktorých otvorená komunikácia, dôvera a nekritizujúci prístup k chybám predstavujú základné predpoklady bezpečnej a efektívnej ošetrovateľskej praxe.

ZÁVER

Výsledky potvrdili, že vek a dĺžka odbornej praxe významne ovplyvňujú postoje a skúsenosti sestier súvisiace s riešením NU. Skúsenejšie sestry, definované ako respondenti vo veku 50 rokov a viac alebo s odbornou praxou nad 11 rokov, vykazovali vyššiu mieru sebaistoty, ochoty spolupracovať a vnímania tímovej podpory, zatiaľ čo menej skúsene sestry reagovali opatrnejšie a častejšie uvádzali obavy z možných negatívnych dôsledkov NU. Zistenia zároveň poukazujú na potrebu systematickej podpory pracovného prostredia, ktoré formuje vnímanie rizík aj rozhodovanie sestier v klinických situáciách. Podpora bezpečnostnej kultúry, supervízia, kontinuálne vzdelávanie a otvorená komunikácia môžu prispieť k posilneniu istoty sestier pri riešení rizikových situácií a odstráneniu bariér spojených s obavami z represívnych reakcií. Odporúčame, aby manažment zdravotníckych zariadení cielene podporoval kultúru bezpečnosti prostredníctvom transparentnej komunikácie, odbornej podpory a priaznivého pracovného prostredia, ktoré umožňuje bezpečné hlásenie a diskusiu o chybách. WHO (2021) vo svojom Globálnom akčnom pláne pre bezpečnosť pacientov 2021–2030 zdôrazňuje potrebu budovania prostredia založeného na dôvere, vzájomnom učení sa z pochybení a nekritizujúcom prístupe. Takýto prístup môže podporiť pozitívne postoje sestier k riešeniu NU, prispieť k prevencii opakovaných udalostí a zároveň posilniť dlhodobú kvalitu a bezpečnosť ošetrovateľskej starostlivosti.

SUMMARY

A cross-sectional survey involving 200 hospital nurses from three Slovak districts confirmed the significant influence of age and length of professional experience on nurses' attitudes and self-reported experiences related to the management of

adverse events. A self-constructed questionnaire was used, and data were analysed using descriptive statistics and the Kruskal-Wallis test ($\alpha = 0.05$). Nurses aged fifty years and older and those with more than eleven years of experience most frequently reported preventing medication mix-ups following colleagues' alerts ($p = 0.014$; $p = 0.012$) and were less likely to report transfers after an event ($p = 0.017$). Education level and department type were not statistically significant. The findings indicate that experience and supportive working conditions contribute to more positive attitudes and safer self-reported responses in nursing practice. Implementation should prioritise clinical supervision, continuous education, and open, non-punitive communication to strengthen the culture of patient safety.

Literatúra

ALOTAIBI, J. S. Causes of medication administration errors and barriers to reporting them as perceived by nurses in Saudi Arabia: A qualitative study. *Belitung Nursing Journal* [online]. 2024, vol. 10, no. 2, p. 215–221. [cit. 2. 11. 2025]. ISSN 2477-4073. DOI: 10.33546/bnj.3249.

ALRASHEEDAY, A. M. et al. Nurses' perceptions of patient safety culture and adverse events in Hail City, Saudi Arabia: a cross-sectional approach to improving healthcare safety. *BMJ Open* [online]. 2024, vol. 14, no. 9. [cit. 2. 11. 2025]. ISSN 2044-6055. DOI: 10.1136/bmjopen-2024-084741.

BRABCOVÁ, I. et al. Reasons for medication administration errors, barriers to reporting them and the number of reported medication administration errors from the perspective of nurses: A cross-sectional survey. *Nurse Education in Practice* [online]. 2023, vol. 70. [cit. 2. 11. 2025]. ISSN 1873-5223. DOI: 10.1016/j.nepr.2023.103642.

CHEN, Y. et al. Factors influencing nurses' intention to report adverse nursing events in a tertiary hospital using a random forest model. *Asian Nursing Research (Korean Society of Nursing Science)* [online]. 2025, vol. 19, no. 4, p. 347–353. [cit. 2. 11. 2025]. ISSN 2093-7482. DOI: 10.1016/j.anr.2025.05.005.

DAHESHI, N. et al. Nurses' Perception Regarding the Quality of Communication between Nurses and Physicians in Emergency Departments in Saudi Arabia: A Cross-Sectional Study. *Healthcare (Basel)* [online]. 2023, vol. 11, no. 5, p. 645. [cit. 2. 11. 2025]. ISSN 2227-9032. DOI: 10.3390/healthcare11050645.

DYAB, E. A. et al. Exploring nurses' knowledge, attitudes, and perceived barriers toward medication error reporting in a tertiary healthcare facility: a qualitative approach. *Pharmacy (Basel)* [online]. 2018, vol. 6, no. 4, p. 120. [cit. 2. 11. 2025]. ISSN 2226-4787. DOI: 10.3390/pharmacy6040120.

GLEESON, L. et al. Interventions to improve reporting of medication errors in hospitals: A systematic review and narrative synthesis. *Research in Social and Administrative Pharmacy* [online]. 2020, vol. 16, no. 8, p. 1017–1025. [cit. 2. 11. 2025]. ISSN 1934-8150. DOI: 10.1016/j.sapharm.2019.12.005.

GRANADOS-PLAZA, M. et al. Association of nursing practice environment on reported adverse events in private management hospitals: a cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 2021, vol. 30, no. 19–20, p. 2990–3000. [cit. 2. 11. 2025]. ISSN 1365-2702. DOI: 10.1111/jocn.15806.

KAKEMAM, E. et al. Nurses' perception of patient safety culture and its relationship with adverse events: a national questionnaire survey in Iran. *BMC Nursing* [online]. 2021, vol. 20, no. 1. [cit. 2. 11. 2025]. ISSN 1472-6955. DOI: 10.1186/s12912-021-00571-w.

KAKEMAM, E. et al. Occupational stress and cognitive failure of nurses and associations with self-reported adverse events: a national cross-sectional survey. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2019, vol. 75, no. 12, p. 3609–3618. [cit. 2. 11. 2025]. ISSN 1365-2648. DOI: 10.1111/jan.14201.

KIVILIENĖ, J. et al. The relationship between clinical environment and adverse events reporting: evidence from Lithuania. *Healthcare (Basel)* [online]. 2024, vol. 12, no. 2, p. 252. [cit. 25. 9. 2025]. ISSN 2227-9032. DOI: 10.3390/healthcare12020252.

KURIAKOSE, R. et al. Patient safety in primary and outpatient health care. *Journal of Family Medicine and Primary Care* [online]. 2020, vol. 9, no. 1, p. 7–11. [cit. 2. 11. 2025]. ISSN 2278-7135. DOI: 10.4103/jfmpc.jfmpc_837_19.

MAJDA, A. et al. Attitudes of internal medicine nurses, surgical nurses and midwives towards reporting of clinical adverse events. *Healthcare (Basel)* [online]. 2024, vol. 12, no. 1, p. 115. [cit. 25. 9. 2025]. ISSN 2227-9032. DOI: 10.3390/healthcare12010115.

MOOSAVI, S. et al. The relationship between patient safety culture and adverse events in Iranian hospitals: a survey among 360 nurses. *Patient Safety in Surgery* [online]. 2023, vol. 17, no. 1, p. 20. [cit. 1. 11. 2025]. ISSN 1754-9493. DOI: 10.1186/s13037-023-00369-6.

NOURIAN, M. et al. Barriers of medication administration error reporting in neonatal and neonatal intensive care units. *Journal of Patient Safety & Quality Improvement* [online]. 2020, vol. 8, no. 3, p. 173–181. [cit. 2. 11. 2025]. ISSN 2345-4490. DOI: 10.22038/psj.2020.49860.1279.

PANAGIOTI, M. et al. Prevalence, severity, and nature of preventable patient harm across medical care settings: systematic review and meta-analysis. *BMJ* [online]. 2019, vol. 366, p. 1–12. [cit. 5. 10. 2025]. ISSN 1756-1833. DOI: 10.1136/bmj.l4185.

RUTLEDGE, D. N., RETROSI, T. and OSTROWSKI, G. Barriers to medication error reporting among hospital nurses. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 2018, vol. 27, no. 9–10, p. 1941–1949. [cit. 8. 10. 2025]. ISSN 1365-2702. DOI: 10.1111/jocn.14335.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: Towards Eliminating Avoidable Harm in Health Care* [online]. Geneva: WHO, 2021. [cit. 2. 11. 2025]. ISBN 978-92-4-003270-5. Available from: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/a28c34c0-089c-4f5d-a0b1-5d9c35a3cd67/content>.

ZHAO, X., SHI, C. and ZHAO, L. Nurses' intentions, awareness and barriers in reporting adverse events: a cross-sectional survey in tertiary hospitals in China. *Risk Management and Healthcare Policy* [online]. 2022, vol. 15, p. 1987–1997. [cit. 2. 11. 2025]. ISSN 1179-1594. DOI: 10.2147/RMHP.S386458.

Kontakt

PhDr. Tatiana Katriňáková

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n. o.

Detašované pracovisko bl. Sály Salkaházi v Rožňave

Kósu Schoppera 22, 048 01 Rožňava, Slovenská republika

tanakatrinakova@gmail.com

prof. PhDr. Mária Kilíková, PhD., MPH

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n. o.

Detašované pracovisko bl. Sály Salkaházi v Rožňave

Kósu Schoppera 22, 048 01 Rožňava, Slovenská republika

m.kilikova@gmail.com

PhDr. Monika Štefanová

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n. o.

Palackého 1, 811 02 Bratislava, Slovenská republika

monika.stefanova@nspvk.sk

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

VÝZNAM KOMUNIKÁCIE V PEER REVIEW HODNOTENÍ SESTIER SO ZAMERANÍM NA SPÄTNÚ VÄZBU VO VEKOVY DIVERZIFIKOVANOM OŠETROVATEĽSKOM TÍME – PILOTNÁ ŠTÚDIA

THE IMPORTANCE OF COMMUNICATION IN NURSING PEER REVIEW WITH A FOCUS ON FEEDBACK IN GENERATIONAL DIVERSIFIED NURSING TEAM – A PILOT STUDY

Viera Hulková¹, Mária Kilíková², Magdaléna Tupá³

Abstrakt

Východiská: Peer review v ošetrovatelstve je proces, ktorým sestry systematicky posudzujú, monitorujú a poskytujú svojim kolegyniam spätnú väzbu o kvalite ošetrovateľskej starostlivosti meranej v súlade s profesionálnymi štandardmi praxe. Sesterské peer hodnotenie podporuje tímovú prácu, rozhodovanie, autonómiu, samostatnosť, profesionalitu a zodpovednosť sestier.

Ciel: Posúdiť poskytovanie a prijímanie spätnej väzby a konštruktívnej kritiky v súvislosti s vekovou diverzitou ošetrovateľských tímov v rámci sesterského peer hodnotenia.

Metódy: Pilotnej štúdie a vzájomného peer hodnotenia sa zúčastnilo 86 sestier. Hodnotené sestry ($n = 43$) boli zastúpené generačnými kohortami Z ($n = 14$); Y ($n = 17$); X ($n = 11$) a jedna sestra z generácie Baby boomers. Hodnotiace sestry ($n = 43$) boli dominantne z generácie Z ($n = 40$); dve sestry generácie X a jedna sestra z generácie Y. Všetky sestry (hodnotené i hodnotiace) pracujúce v ústavných zdravotníckych zariadeniach nemali skúsenosť s peer hodnotením. Peer review hodnotenie sa uskutočnilo v roku 2023 analýzou kritérií v hodnotiacich formulároch peer review hodnotenia a pološtruktúrovaných rozhovorov. Na štatistické spracovanie bol použitý softvér InStat®, Version 3.02 32 bit for Win95/NT, GraphPad Software, Inc., USA.

¹ Fakulta zdravotníctva, Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne

² Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n. o., Detašované pracovisko bl. Sáro Salkaházi v Rožňave

³ Fakulta sociálno-ekonomických vzťahov, Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne

Výsledky: Verifikovali sme štatisticky významné rozdiely medzi generáciami sestier v poskytovaní vedomostí, skúseností a podpory kolegyniam ($p = 0,003$) a IT znalostí ($p = 0,015$). Priemerná hodnota vzájomného hodnotenia vo všetkých ukazovateľoch peer review hodnotenia u 43 hodnotených sestier bola ($\bar{x} = 4,06$). Komunikácia s kolegynami ($\bar{x} = 4,32$) a poskytovanie vedomostí, skúseností a podpory kolegom bolo sestrami hodnotené ako veľmi dobré ($\bar{x} = 4,139$). Priemerné skóre akceptovania konštruktívnej kritiky ($\bar{x} = 3,51$) poukazuje na neasertívnu komunikáciu a nízku úroveň emocionálnej inteligencie u niektorých respondentiek.

Záver: Reflexia ošetrovateľskej starostlivosti pomocou poskytovania a prijímania spätnej väzby a konštruktívnej kritiky, riešenia problémov, otvorenej komunikácie medzi sestrami je nástrojom na zvyšovanie kvality praxe a výrazne prispieva k osobnostnému a profesijnému rozvoju sestier.

Klíčové slová

peer review hodnotenie, ošetrovateľstvo, sestry, komunikácia, spätná väzba, konštruktívna kritika

Abstract

Introduction: Peer review in nursing is a process by which nurses systematically assess, monitor, and provide feedback to their colleagues on the quality of nursing care measured in accordance with professional standards of practice. Nursing peer review supports teamwork, decision-making, autonomy, professionalism and responsibility of nurses.

Objective: To assess how feedback and constructive criticism are delivered and received within nursing teams, considering the impact of age diversity, in the context of peer review among nurses.

Methods: 86 nurses participated in the pilot study and peer review. The evaluated nurses ($n = 43$) were represented by the generation cohorts Z ($n = 14$); Y ($n = 17$); X ($n = 11$) and one nurse from the Baby Boomer generation. The evaluating nurses ($n = 43$) were predominantly from the generation Z ($n = 40$); two nurses from the generation X and one nurse from the generation Y. All nurses (both evaluated and evaluating) working in institutional healthcare facilities had no experience with peer review. The peer review assessment was carried out in 2023 by analyzing the criteria in the peer review assessment forms and semi-structured interviews. The InStat® software, Version 3.02 32 bit for Win95/NT, GraphPad Software, Inc., USA, was used for statistical processing.

Results: We verified statistically significant differences between generations of nurses in providing knowledge, experience and support to colleagues ($p = 0.003$) and IT knowledge ($p = 0.015$). The average score across all peer review indicators for the 43 evaluated nurses was ($\bar{x} = 4.06$). Peer communication ($\bar{x} = 4.32$) and sharing of knowledge, experience, and support with peers were rated as very good ($\bar{x} = 4.139$).

The average score for accepting constructive criticism ($\bar{x} = 3.51$) indicates non-assertive communication and a low level of emotional intelligence among some respondents.

Conclusion: Reflection on nursing care through the provision and reception of feedback and constructive criticism, problem-solving, and open communication among nurses serves as a tool for improving the quality of practice and significantly contributes to both the personal and professional development of nurses.

Keywords

peer review, nursing, nurses, communication, feedback, constructive criticism

ÚVOD

Peer hodnotenie je efektívny a systematický prístup na hodnotenie kvality ošetrovateľskej starostlivosti poskytovanej podľa ošetrovateľských štandardov (Murdock, 2018; Bergum et al., 2017; George a Haag-Heitman, 2015; Goble et al., 2017; Grootendorst a Lawson, 2015; Haag-Heitman a George, 2011; Murphy et al., 2018; Harrington a Smith, 2008). Peer review sesterské hodnotenie zvyšuje autonómiu sesterskej profesie. Autori súčasne upozorňujú, že je to aj komplikovaný proces na implementáciu, plný emocionálnych a procedurálnych problémov. Hodnotenie by malo prebiehať v konštruktívnej atmosfére, kedy sa sledujú trendy v ošetrovateľskej starostlivosti a otázky kvality starostlivosti. Podľa Goble et al. (2017) je peer review pre sestry nástrojom na poskytnutie priamej spätnej väzby kolegyniam, na vzájomnú reflexiu praxe a na zlepšenie komunikácie. Podobne Pfeiffer et al. (2011) považujú za kľúčové aspekty v peer hodnotení sestier poskytovanie a prijímanie spätnej väzby a riešenie problémov priamo medzi sebou. Konštruktívnou spätnou väzbou sestry zvyšujú bezpečnosť pacienta. Spätnú väzbu ako dôležitú súčasť kariérneho rastu sestier akcentuje Lal (2020). Zlepšuje pracovný výkon a garantuje kvalitné výsledky. Pravidelná spätná väzba od kolegov podporuje vzájomnú dôveru a učenie, motivuje, znižuje fluktuáciu. Spätná väzba od kolegyne nemá vyvolávať úzkosť, ale má sestre pomôcť identifikovať svoje slabé miesta a podporovať sestru k osobnému rastu. Harrington a Smith (2015) zdôrazňujú, že osobné stretnutia podporujú spoluprácu a mentorstvo sestier a odporúčajú sestrám v poskytovaní konštruktívnej spätnej väzby použiť „sendvičovú metódu“: začať pozitívne, potom sa zamerať na oblasti, ktoré je potrebné zlepšiť a ukončiť hodnotenie ďalším pozitívnym komentárom. Grootendorst a Lawson (2015) uvádzajú, že kolegyňa je pre kolegyňu cenným zdrojom poznania a nahliadnutia do vlastnej praxe sestry.

Každá spätná väzba je pre sestru cenná, najmä ak je poskytnutá profesionálnym a kolegiálnym spôsobom. Umožňuje sestre prehodnotiť svoju prax, oblasti, v ktorých by sa chcela

rozvíjať, zlepšovať. Sestry musia pristupovať k procesu spätnej väzby štruktúrovaným spôsobom. Chápať spätnú väzbu od kolegyne ako príležitosť, že dostanú názor od niekoho, koho rešpektujú a dôverujú jej úsudku. Prostredníctvom vzájomného hodnotenia a spätnej väzby si sestry rozvíjajú argumentačné schopnosti (Wong a Shorey, 2022).

Kritika sa väčšine ľudí počúva veľmi ťažko, ale nie každá kritika v sebe skrýva negatívum. Konštruktívna spätná väzba na rozdiel od kritiky dokáže motivovať a povzbudiť k dosahovaniu lepších výsledkov. Kritika môže byť spúšťačom hnevu, zlosti alebo smútku a ak je spojená s nespravodlivosťou alebo ponížením, vyvolá odpor. Kvalitná spätná väzba je kľúčová pre osobný a profesionálny rast. Úspech kvalitnej spätnej väzby spočíva aj v správnom načasovaní (KariéraInfo, 2024).

Murphy et al. (2018) opisujú okamžitú spätnú väzbu a holistické vzájomné hodnotenie sestier. Okamžitá spätná väzba nastáva v rámci ošetrovania pacienta, kedy sestra počas kooperatívnej diskusie okamžite po udalosti poskytne kolegyni konkrétne návrhy k danej udalosti (upozorní kolegyniu na odpozorované odchýlky v štandardizovanej starostlivosti; ocení jej zručnosti, a pod.). Holistické vzájomné hodnotenie sestier je retrospektívna reflexia praxe, identifikuje silné stránky a príležitosti na ďalší rozvoj. Manažérka ošetrovateľstva sa nezúčastňuje peer hodnotenia. Pri poskytovaní a prijímaní spätnej väzby si sestry musia byť vedomé svojich osobných predsudkov, reči tela a uvedomiť si, že spätná väzba je poskytovaná na pomoc pri zlepšovaní starostlivosti o pacienta a pre profesionálny rozvoj sestry.

Harrington a Smith (2008) upozorňujú, že peer hodnotenie sa v praxi často zamieňa za ročné hodnotenie zamestnancov. Ročné hodnotenie výkonnosti je manažérsky proces a nesplňa kritériá pre vzájomné hodnotenie sestier uvedené v usmernení Americkej asociácie sestier z roku 1988 a následnej aktualizácii z roku 2011. Najčastejším porušením je vykonávanie priameho peer review manažérmi. Vzájomné hodnotenie je proces získavania spätnej väzby o konkrétnych rolových kompetenciách alebo správaní v práci od ľudí, s ktorými jedinec pracuje v rámci oddelenia.

Vzájomné peer hodnotenie má nesporný význam aj z hľadiska generáciej diverzity ošetrovateľského tímu. Medzi generácie, ktoré dnes pracovne koexistujú v praxi, sú sestry z kohort Baby boomers, X, Y a Z. Každú generáciu charakterizujú iné pracovné hodnoty, pracovná dynamika a pracovné preferencie. Aby sme navzájom dokázali spolupracovať, musíme sa vystríhať kritike, úsudkov a súdov v pohľade na inú generáciu. Žiadna generácia to v kontexte dejín nemala jednoduché, zažívala alebo zažíva úplne výnimočnú etapu (Hulková, 2024). Vekovo rozdielne tímy prinášajú inovatívne nápady a riešenia práve kombináciou seniorských skúseností a juniorskej schopnosti premeniť riziká na príležitosti, dosahujú vyššiu produktivitu, benefitom je aj vzájomný mentoring medzi sestrami.

Dlhodobou neriešeným problémom je kritický nedostatok sestier v slovenskom zdravotníctve, ktorý sa podľa vyhlásení SK SaPA (2025) rokmi prehľbuje a dosahuje alarmujúce rozmery. Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek vo *Výzve na okamžitú zmenu prístupu k riešeniu krízy v ošetrovateľstve* upozorňuje, že na Slovensku chýba viac ako 15 000 sestier. Pri súčasnom vekovom priemere sestier nad 50 rokov sa do roku 2030 očakáva masívny odchod ďalších tisícok sestier do dôchodku, čo spôsobí kolaps v poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Alarmujúce údaje z registra SK SaPA a štatistiky

ukazujú negatívny trend: v roku 2024 opustilo profesiu 2013 sestier a pôrodných asistentiek a iba 414 absolventov vstúpilo do praxe. Aj Divinová (2024) vo svojom príspevku upozorňuje na krízu, ktorá vyvrcholí približne o desať rokov. Počty ľudí v jednotlivých generáciách sú na pracovnom trhu veľmi nerovnomerne zastúpené, v dôsledku čoho už teraz odchádza do dôchodku viac ľudí, než prichádza na pracovný trh. Keď pôjde o desať rokov do dôchodku generácia X, tak predikcia pomeru počtu absolventov a ľudí odchádzajúcich do dôchodku bude 100-tisíc absolventov vs 190-tisíc dôchodcov.

CIEĽ

Posúdiť poskytovanie a prijímanie spätnej väzby a konštruktívnej kritiky v súvislosti s vekovou diverzitou ošetrovateľských tímov v rámci sesterského peer hodnotenia.

METODIKA

V našej štúdii sa vzájomného hodnotenia zúčastnilo 43 hodnotených sestier, ktoré boli zastúpené generačnými kohortami Z ($n = 14$); Y ($n = 17$); X ($n = 11$) a jedna sestra z generácie Baby boomers. Hodnotiace sestry ($n = 43$) boli dominantne z generácie Z ($n = 40$); dve sestry generácie X a jedna sestra z generácie Y. Všetky sestry (hodnotené i hodnotiace) pracujúce v ústavných zdravotníckych zariadeniach nemali skúsenosť s peer hodnotením. Peer sesterské hodnotenie sa uskutočnilo v roku 2023 a následne sme analyzovali kritériá v hodnotiacom formulári peer review hodnotenia. Na vzájomné peer sesterské hodnotenie bol použitý modifikovaný hodnotiaci formulár autoriek Svetić Čišić a Franković (2015) so súhlasom R. Svetić Čišić, BsN, MN, Ph.D. upravený v súlade s legislatívnymi požiadavkami na rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou v SR. Hodnotiaci formulár peer review obsahoval 29 položiek založených na 5-bodovej škále Likertovho typu. Posudzované kritériá sestry hodnotili: (1)-nedostatočné; (2)-primerané; (3)-priemerné; (4)-veľmi dobré; (5)-výborné. Hodnotené aj hodnotiace sestry uviedli v demografických položkách svoj vek, vzdelanie, roky praxe. Dáta získané z peer review hodnotení sú spracované a interpretované pomocou deskriptívnych štatistických ukazovateľov v tabuľkách. Priemerný vek hodnotených sestier bol 38 rokov; najmladšia sestra mala 22 rokov a najstaršia 63 rokov. Priemerná dĺžka ich praxe bola 15 rokov, najmenej odpracovala hodnotená sestra 6 mesiacov a najdlhšiu prax vykonávala sestra 42 rokov. Osem sestier malo ukončené stredoškolské vzdelanie, dve vyššie odborné vzdelanie, 21 sestier malo ukončené vysokoškolské vzdelanie I. st. a 12 sestier vysokoškolské vzdelanie II st. Priemerný vek hodnotiacich sestier bol 25,8 rokov. Všetky hodnotiace sestry mali ukončené vysokoškolské vzdelanie I. st. a priemerne pracovali 3,5 rokov.

VÝSLEDKY

V Tab. 1 prezentujeme výsledky peer hodnotenia sestier v oblasti komunikácie, odovzdávania vedomostí a akceptovania konštruktívnej kritiky. Z aspektu generačných kohort najvyššie hodnotenie v kritériu Komunikácia s kolegynami dosiahli sestry generácie Y;

v kritériu Poskytovanie vedomostí, skúseností a podpory kolegom sestry generácie X a v kritériu Akceptovanie konštruktívnej kritiky sestry generácie X. IT znalosti dominovali u sestier generácie Z. Priemerná hodnota vzájomného hodnotenia vo všetkých kritériách peer review hodnotenia u 43 hodnotených sestier bola ($\bar{x} = 4,06$), najnižšia hodnota ($\bar{x} = 2,79$) a najvyššia ($\bar{x} = 4,96$). Komunikácia s kolegyňami ($\bar{x} = 4,32$) a poskytovanie vedomostí, skúseností a podpory kolegom bolo sestrami hodnotené ako veľmi dobré ($\bar{x} = 4,139$). Priemerné skóre akceptovania konštruktívnej kritiky ($\bar{x} = 3,51$) poukazuje na neasertívnu komunikáciu a nízku úroveň emocionálnej inteligencie u niektorých respondentiek.

Tab. 1 Výsledky peer review hodnotenia vo vybraných kritériách

Kritériá peer hodnotenia sestier	n	$\bar{x}$	sd	x_m	Q1	Q2	Q3	min.	max.	mod(x)	s ²
Komunikácia s kolegyňami	43	4,32	0,79	5	4	5	5	2	5	5	0,63
Poskytovanie vedomostí, skúseností a podpory kolegom	43	4,139	1,13	5	3	5	5	0	5	5	1,28
Akceptovanie konštruktívnej kritiky	43	3,51	1,148	4	3	4	4	1	5	4	1,319

Legenda: $\bar{x}$ – aritmetický priemer, sd – smerodajná odchýlka, x_m – medián, min. – minimálna hodnota, max. – maximálna hodnota, mod(x) – modus, s² – rozptyl; Q1, Q2, Q3 – kvartily.

Pre globálny test rozdielov medzi tromi podskupinami bol využitý neparametrický Kruskal-Wallisov test z dôvodu neprítomnosti normality distribúcie dát a menších počtov. V prípade, ak p-hodnota testovacieho kritéria Kruskal-Wallisovho testu bola menšia ako 0,05, bolo vykonané testovanie rozdielov medzi jednotlivými tromi dvojicami s pomocou Dunnovho testu, aby sme určili, medzi ktorými konkrétnymi dvojicami boli štatisticky signifikantné rozdiely. Z údajov uvedených v Tab. 2 vyplýva, že jedinou oblasťou, v ktorej verifikujeme štatisticky významné rozdiely medzi generáciami sestier, je poskytovanie vedomostí, skúseností a podpory kolegom ($p = 0,003$) a IT znalosti ($p = 0,015$). V prípade poskytovania vedomostí a podpory sú najvyššie hodnoty mediánu v generáciách X a Y ($x_m = 5$), medzi ktorými preto ani nie je štatisticky významný rozdiel (Dunnov test, $p > 0,05$). Je však veľký rozdiel medzi mediánmi generácií X a Z ($x_m = 5$ verzus $x_m = 3$, $p < 0,01$), podobne aj medzi Y a Z ($p < 0,05$). V prípade IT znalostí je situácia opačná, dochádza k nárastu číselnej hodnoty mediánu (X: $x_m = 3$, Y: $x_m = 4$, Z: $x_m = 4$), pričom najvyšší rozdiel už je štatisticky významný medzi generáciou X a Z (aritmetické priemery sú ešte výraznejšie, ale vzhľadom k použítym štatistickým testom majú iba informačnú hodnotu). V slede generácií X→Y→Z klesá schopnosť poskytovania vedomostí, podpory a skúseností kolegom, naopak vzrastajú IT znalosti a spôsobilosť.

V ostatných sledovaných parametroch (profesionálny prístup, komunikácia s kolegami, komunikácia s pacientmi, rešpektovanie dôvernosti informácií a akceptovanie konštruktívnej kritiky) medzi sledovanými tromi generáciami neboli zistené žiadne štatisticky významné rozdiely.

Tab. 2 Rozdiely medzi generáciami Z, Y a X vo vybraných kritériách

Kritériá peer hodnotenia sestier	Generácia sestier	n	$\bar{x}$	sd	x_m	min.	max.	p_{KW}	p_D		
									X	Y	Z
Profesionálny prístup	X	11	4.5	0.7	5	3	5	0.58	-	n	n
	Y	17	4.5	0.8	5	2	5		n	-	n
	Z	14	4.2	0.9	4,5	3	5		n	n	-
Komunikácia s kolegami	X	11	4.2	1.1	5	2	5	0.89	-	n	n
	Y	17	4.5	0.6	5	3	5		n	-	n
	Z	14	4.4	0.7	4	3	5		n	n	-
Komunikácia s pacientmi	X	11	4.3	1.0	5	2	5	0.98	-	n	n
	Y	17	4.5	0.5	4	4	5		n	-	n
	Z	14	4.4	0.7	4	3	5		n	n	-
Rešpektovanie dôvernosti informácií	X	11	4.6	0.7	5	3	5	0.29	-	n	n
	Y	17	4.5	0.7	5	3	5		n	-	n
	Z	14	4.0	1.2	4	1	5		n	n	-
Poskytovanie vedomostí, skúseností a podpory kolegom	X	11	4.7	0.6	5	3	5	0.003	-	n	**
	Y	17	4.5	0.9	5	2	5		n	-	*
	Z	14	3.4	1.3	3	0	5		**	*	-
Akceptovanie konštruktívnej kritiky	X	11	3.8	1.2	4	1	5	0.30	-	n	n
	Y	17	3.7	0.9	4	2	5		n	-	n
	Z	14	3.2	1.3	3	1	5		n	n	-
IT znalosti	X	11	3.0	1.3	3	1	5	0.015	-	n	*
	Y	17	3.9	1.1	4	2	5		n	-	n
	Z	14	4.4	0.6	4	3	5		*	n	-

Legenda: n – počet sestier, $\bar{x}$ – aritmetický priemer, sd – smerodajná odchýlka, x_m – medián, min. – minimálna hodnota, max. – maximálna hodnota, p_{KW} – hodnota testovacieho kritéria Kruskal-Wallisovho testu, p_D – hodnota testovacieho kritéria Dunnovho testu. Kódovanie výsledkov Dunnovho testu: n – $p > 0,05$; * – $p < 0,05$; ++ – $p < 0,01$.

DISKUSIA

V štúdií sme sa zamerali na hodnotenie poskytovania a prijímania spätnej väzby a konštruktívnej kritiky medzi hodnotiacou a hodnotenou sestrou z aspektu generačnej diverzity. Podľa Parson (2019) mileniáli – generácia Y – budú v blízkej budúcnosti celosvetovo tvoriť 75 % pracovnej sily, generácia Baby boomers odíde do dôchodku a počet zamestnancov generácie X bude klesať. Na význam peer hodnotenia z hľadiska generačnej diverzity v ošetrovateľskom tíme poukazujú Davis, Capozzoli a Parks (2009) a Wong a Shorey (2022). Spätná väzba umožňuje mladším a starším sestrám – kolegyniam upevňovať vzájomnú interakciu, vytvárať efektívnejšie tímy, pozitívne vzťahy, podporiť lepšie pracovné prostredie. Spätná väzba od kolegyň je efektívnym nástrojom učenia sa, ktorý zlepšuje výkon a spokojnosť s prácou. Nedostatok dôslednej a konštruktívnej spätnej väzby môže negatívne vplyvať na kompetencie sestier. Ak nepoznajú svoje slabé a silné stránky, môže to viesť k podpriemernému rozvoju klinických zručností. Spätnou väzbou od kolegyň sa sestry navzájom učia, spolupracujú, aktívne diskutujú a zdieľajú informácie s cieľom zvýšiť kvalitu a bezpečnosť poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti. Konštruktívna spätná väzba pomáha sestrám rozvíjať kritické myslenie a kognitívne schopnosti. Spätná väzba od kolegyň umožňuje sestrám s rovnakou odbornosťou zapojiť sa do dialógu o výkone a štandardoch, zvyšuje povedomie o zručnostiach, navrhuje ďalšie vzdelávanie, identifikuje príležitosti na zlepšenie starostlivosti o pacienta a zabezpečuje dodržiavanie etických a právnych noriem súvisiacich s výkonom povolania (Wong a Shorey, 2022). Z celkového počtu 43 sestier, 39 sestier, ktoré hodnotili svoje kolegyne, uviedlo, že poskytli kolegyni objektívnu a konštruktívnu spätnú väzbu. Na spätnú väzbu reagujeme rôzne. Kľúčová je reakcia na spätnú väzbu – je dôležité vedieť prijať akúkoľvek spätnú väzbu a reagovať na ňu. Spätná väzba od kolegyň predstavuje výraznú zmenu v skúsenostiach, čo môže spôsobiť počiatočný nepokoj medzi sestrami. Sestry sa môžu obávať dôsledkov kritiky a toho, že ich kolegyne môžu byť potrestané na základe ich spätnej väzby. Je potrebné naučiť sestry ako voliť vhodné slová; hodnotenie podložiť faktami, aby hodnotená sestra presne vedela, čo robí dobre a ktoré svoje kompetencie je potrebné si zlepšiť. Spätná väzba od kolegyne jej musí byť poskytnutá presne, napr. ako si má svoje kompetencie zlepšiť, ako má zmeniť svoje správanie a pod.

Spätná väzba ako súčasť verbálnej i neverbálnej komunikácie je informáciou o tom, ako príjemca vníma, dešifruje, prežíva oznam a aké reakcie to v ňom vyvoláva. Príjemca spätnej väzby i osoba, ktorá ju poskytuje, by si mali byť vedomí toho, že jej cieľom nie je kritika, preto by mali sestry zmeniť názor na negatívnu spätnú väzbu. Konštruktívna kritika dáva každému priestor na zlepšenie, prináša nápady, inšpirácie a príležitosti, ako robiť lepšie (Matusčáková, 2023). K najčastejším nedostatkom a chybám pri poskytovaní spätnej väzby patrí neschopnosť vysloviť kritiku a najmä konštruktívnu, ktorá rieši problémy výkonu sestry-kolegyne. Sestry nevedia citlivo a diplomaticky vyjadriť kritiku, a to je dôvodom obranného postoja, obmedzenia až útľmu komunikácie medzi sestrami. Problém majú sestry aj s vyslovením pochvaly a vyjadrením uznania. Na význam poskytovania a prijímania spätnej väzby v peer sesterskom hodnotení poukazuje DuBose

(2021). Peer review je hodnotenie, kde sestry ponúkajú kolegyniam-sestrám konštruktívnu, neosobnú spätnú väzbu súvisiacu s praxou. Haag-Heitman a George (2011) považujú schopnosť sestier poskytnúť efektívnu a konštruktívnu spätnú väzbu za kritickú zložku úspešnosti implementácie programu peer review hodnotenia do ošetrovateľskej praxe. Bergum et al. (2017) poukazujú na zistenie, že sestrám bráni v implementácii peer hodnotenia absencia vzdelávacích aktivít zameraných na poskytovanie efektívnej spätnej väzby svojim kolegyniam. Gnilka (2018) tiež odporúča vzdelávať sestry v poskytovaní a prijímaní konštruktívnej spätnej väzby vzhľadom na úspešnú implementáciu vzájomného hodnotenia do ošetrovateľskej praxe. Sestry najčastejšie uvádzali, že sa cítili nepríjemne pri poskytovaní a prijímaní spätnej väzby. Strach z odvety kolegyň, defenzívnosť, konfrontácie a konflikty boli ďalšími prekážkami v úspešnom zavedení vzájomného hodnotenia. Účastníci štúdie, ktorí uviedli, že neposkytli spätnú väzbu kolegyni, sa obávali konfliktov a nedorozumení. Autorka vo svojej práci uvádza, že viaceré literárne zdroje poukazujú na slabé komunikačné zručnosti sestier na poskytovanie spätnej väzby počas peer hodnotenia. Sestry s nízkymi komunikačnými schopnosťami buď neposkytnú spätnú väzbu vôbec alebo poskytnú neadekvátnu spätnú väzbu. Sestry neposkytovali spätnú väzbu zo strachu z konfrontácie, odplaty, z narušenia medziľudských vzťahov, vzniku konfliktov, že bude prispievať ku kultúre strachu; z obavy, že spätná väzba bude vnímaná ako kritika a nebude sestrami akceptovaná. Sestry musia získať potrebné komunikačné a interpersonálne zručnosti na poskytovanie a prijímanie konštruktívnej spätnej väzby. V štúdií Murphy et al. (2018) 77 % sestier uviedlo, že im vyhovuje dostávať spätnú väzbu od svojich kolegyň. Pozitívnym zistením v štúdií Bowen-Brady et al. (2018) bolo, že si sestry uvedomili hodnotu poskytovania a prijímania spätnej väzby od kolegyň s rôznou úrovňou skúseností.

Odporúčania pre prax

Pred implementáciou vzájomného hodnotenia v ošetrovateľstve do praxe by mali sestry absolvovať vzdelávacie aktivity zamerané na komunikačné a interpersonálne zručnosti na poskytovanie a prijímanie konštruktívnej spätnej väzby, konštruktívnej kritiky a asertivity.

ZÁVER

Vzájomným peer hodnotením sestry preukazujú profesionalitu, zodpovednosť a autonómiu.

Je príležitosťou na zlepšenie klinických zručností, validácie kompetencií a personálneho obsadenia (Phillips, 2019). Vzájomné peer hodnotenie sestier je efektívny spôsob ako udržať ošetrovateľskú prax na najvyššej profesionálnej úrovni a pre všetky zúčastnené sestry je to veľmi cenná skúsenosť s cieľom zlepšiť kvalitu starostlivosti. Sestry môžu viesť profesionálny dialóg o ošetrovateľskej praxi bez osobných útokov. Každá sestra musí mať možnosť poskytovať aj prijímať spätnú väzbu, čím sa vytvára kolegiálna atmosféra (Ohmart, 2013).

Limity

Veľkosť súboru a použitie nevalidovaného nástroja limitujú zovšeobecniteľnosť výsledkov štúdie. Výsledky sú platné iba pre sestry, ktoré sa štúdie zúčastnili.

PodĎakovanie

Príspevok vznikol v rámci projektu VEGA č. 1/0440/25 „Hodnotenie pracovného výkonu sestier prostredníctvom peer review v kontexte nových trendov v riadení ľudských zdrojov“.

SUMMARY

The article deals with the topic of providing feedback and constructive criticism within the framework of nursing peer review evaluation from the perspective of generational cohorts X, Y, and Z between the evaluating and evaluated nurses. In a pilot study, the authors focused on evaluating selected peer review criteria from the draft Slovak version of a standardized tool for peer review in nursing and testing them in practice. The results showed that nurses are afraid to provide feedback to their colleagues and express criticism. The ability of nurses to provide effective and constructive feedback is key to the successful implementation of the peer review assessment program in nursing practice. Peer review provides nurses with opportunities for growth and development, allowing them to develop communication, evaluation, and presentation skills. By improving their communication skills, nurses will feel more comfortable providing feedback to their colleagues. Peer review in a clinical setting can facilitate the sharing of best practices and personal and professional growth, as it allows nurses to learn from each other and gain insight into their professional development, including in the area of communication.

Literatúra

BERGUM, S. K. et al. Implementation and evaluation of a peer review process for advanced practice nurses in a university hospital setting. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners* [online]. 2017, vol. 29, no. 7, p. 369–374. [cit. 28. 8. 2025]. ISSN 2327-6924. DOI: 10.1002/2327-6924.12471.

BOWEN-BRADY, H. et al. Asking for Feedback: Clinical Nurses' Perceptions of a Peer Review Program in a Community Hospital. *The Journal of Nursing Administration* [online]. 2018, vol. 49, no. 1, p. 35–41. [cit. 30. 8. 2025]. ISSN 1539-0721. DOI: 10.1097/NNA.0000000000000705.

DAVIS, K. K., CAPOZZOLI, J. and PARKS, J. Implementing Peer Review: Guidelines for Managers and Staff. *Nursing Administration Quarterly* [online]. 2009, vol. 33, no. 3, p. 251–257. [cit. 28. 8. 2025]. ISSN 1550-5103. DOI: 10.1097/NAQ.0b013e3181acbb62.

DIVINOVÁ, J. Štyri trendy, ktoré čoskoro zamiešajú pracovným trhom. *Ovplyvnia aj vás* [online]. Forbes, 2024. [cit. 28. 8. 2025]. Dostupné z: <https://www.forbes.sk/styri-trendy-ktore-coskoro-zamiesaju-pracovnym-trhom-a-ovplyvnia-aj-vas>.

DUBOSE, L. Fostering Peer Evaluation Skills in Nursing Students. *Journal of the Arkansas Academy of Science* [online]. 2021, vol. 75, p. 1–5. [cit. 22. 8. 2025]. ISSN 2326-0505. DOI: 10.54119/jaas.2021.7509.

GEORGE, V. and HAAG-HEITMAN, B. Peer review in nursing: Essential components of a model supporting safety and quality. *The Journal of Nursing Administration* [online]. 2015, vol. 45, no. 7–8, p. 398–403. [cit. 25. 8. 2025]. ISSN 1539-0721. DOI: 10.1097/NNA.0000000000000221.

GNILKA, B. H. *Peer to Peer Review: Professional Development to Improve Feedback Skills and Self-Efficacy* [online]. Washington, DC: The George Washington University, 2018. [cit. 20. 8. 2025]. Available from: https://hsrc.himmelfarb.gwu.edu/son_dnp/23.

GOBLE, P. H. et al. The power of peer review: A pathway to professionalism. *Nursing Management* [online]. 2017, vol. 48, no. 2, p. 9–12. [cit. 20. 8. 2025]. ISSN 1538-8670. DOI: 10.1097/01.NUMA.0000511927.05764.77.

GROOTENDORST, M. and LAWSON, L. Stepping up professional practice: Implementing nursing peer review. *American Nurse Journal* [online]. 2015, vol. 10, no. 12. [cit. 30. 8. 2025]. ISSN 2769-7584. Available from: www.myamericannurse.com/stepping-professional-practice-implementing-nursing-peer-review/.

HAAG-HEITMAN, B. and GEORGE, V. Nursing peer review: Principles and practice. *American Nurse Today* [online]. 2011, vol. 6, no. 9, p. 48–53. [cit. 30. 8. 2025]. ISSN 2162-8629. Available from: <https://www.myamericannurse.com/nursing-peer-review-principles-and-practice/>.

HARRINGTON, L. C. and SMITH, M. *Nursing Peer Review: A Practical Approach to Promoting Professional Nursing Accountability*. Toronto: Opus Communications, 2008. ISBN 978-1-60146-127-8.

HARRINGTON, L. C. and SMITH, M. *Nursing Peer Review: A Practical, Nonpunitive Approach to Case Review*. Second Edition. Danvers, MA: HCPro, 2015. ISBN 978-1-55645-198-0.

HULKOVÁ, V. *Generačná diverzita v ošetrovateľstve – výzva pre vzdelávanie, prax a manažment*. Trenčín: Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne, 2024. ISBN 978-80-8295-014-7.

KARIÉRAINFO. *Kvalitný feedback, nový impulz k osobnostnému rastu: Návod ako sa naučiť pracovať so spätnou väzbou* [online]. 2024. [cit. 20. 8. 2025]. Dostupné z: <https://karierainfo.zoznam.sk/cl/100321/2780175/Kvalitny-feedback--novy-impulz-k-osobnost-nemu-rastu--Navod-ako-sa-naucit-pracovat-so-spatnou-vazbou->.

LAL, M. M. Peer Feedback: A Tool for Growth. *The Journal of Nursing Administration* [online]. 2020, vol. 50, no. 1, p. 3–4. [cit. 20. 8. 2025]. ISSN 1539-0721. DOI: 10.1097/NNA.0000000000000829.

MATUŠČÁKOVÁ, Z. *O otvorenej komunikácii v práci: Spätná väzba je dialóg, ktorý zahŕňa aj počúvanie* [online]. Forbes, 2023. [cit. 25. 8. 2025]. Dostupné z: <https://www.forbes.sk/o-otvorenej-komunikacii-v-praci-spatna-vazba-je-dialog-ktory-zahrna-aj-pocuvanie/>.

MURDOCK, S. K. *A Program to Prepare Frontline Nurse Leaders for Peer Review* [online]. Durham: University of New Hampshire, 2018. [cit. 28. 8. 2025]. Available from: https://scholars.unh.edu/scholarly_projects/7.

MURPHY, J. et al. Comprehensive nursing peer review.: Our voice, our practice, our growth. *Nursing Management* [online]. 2018, vol. 49, no. 8, p. 49–33. [cit. 25. 8. 2025]. ISSN 1538-8670. DOI: 10.1097/01.NUMA.0000542301.90248.30.

OHMART, G. *Nursing Peer Review* [online]. 2013. [cit. 28. 8. 2025]. Available from: <https://www.elitelearning.com/resource-center/nursing/nursing-peer-review/>.

PARSON, L. *Reverse mentoring scheme provides senior leaders with fresh perspectives* [online]. 2019. [cit. 28. 8. 2025]. Available from: <https://www2.deloitte.com/uk/en/pages/impact-report-2019/stories/reverse-mentoring.html>.

PFEIFFER, J. A. et al. Assessing RN-to-RN Peer Review on clinical units. *Journal of nursing management* [online]. 2011, vol. 20, no. 3, p. 390–400. [cit. 28. 8. 2025]. ISSN 1365-2834. DOI: 10.1111/j.1365-2834.2011.01321.x.

PHILLIPS, K. *Implementation of a Nursing Peer Review (NPR) Process* [online]. 2019. [cit. 28. 8. 2025]. Available from: <https://stti.confex.com/stti/congrs19/webprogram/Paper100484.html>.

SLOVENSKÁ KOMORA SESTIER A PÔRODNÝCH ASISTENTIEK [SK SaPA]. *Výzva na okamžitú zmenu prístupu k riešeniu krízy v ošetrovatelstve* [online]. 2025. [cit. 20. 8. 2025]. Dostupné z: <https://www.sksapa.sk/kontakt-1/media>.

SVETIČ ČIŠIČ, R. and FRANKOVIĆ, S. Using Nursing Peer Review for Quality Improvement and Professional Development with Focus on Standards of Professional Performance. *Nursing and Health* [online]. 2015, vol. 3, no. 5, p. 103–109. [cit. 20. 8. 2025]. ISSN 2332-2225. DOI: 10.13189/nh.2015.030501.

WONG, B. S. H. and SHOREY, S. Nursing students' experiences and perception of peer feedback: A qualitative systematic review. *Nurse education today* [online]. 2022, vol. 116. [cit. 28. 8. 2025]. ISSN 1532-2793. DOI: 10.1016/j.nedt.2022.105469.

Kontakt

doc. PhDr. Viera Hulková, PhD., MPH
Fakulta zdravotníctva, Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne
Študentská 2, 911 50 Trenčín, Slovenská republika
viera.hulkova@tnuni.sk

„VELICE ROZMNOŽÍM TVÉ TRÁPENÍ I BOLESTI TĚHOTENSTVÍ, SYNY BUDEŠ RODIT V UTRPENÍ ...“ (GN. 3:16). TĚHOTENSTVÍ, POROD A ŠESTINEDĚLÍ V NÁBOŽENSKÝCH A MAGICKÝCH RITUÁLECH V MINULOSTI

“I WILL GREATLY INCREASE
YOUR PAIN AND SUFFERING IN PREGNANCY;
YOU WILL GIVE BIRTH TO SONS IN PAIN...”
(GENESIS 3:16). PREGNANCY, CHILDBIRTH,
AND THE POSTPARTUM PERIOD IN RELIGIOUS
AND MAGICAL RITUALS IN THE PAST

Rudolf Žáček¹

Abstrakt

Východiska: Těhotenství, porod a následné šestinedělí patřilo k nejrizikovějším obdobím v životě každé ženy. Nelze se divit, že ženy vyhledávaly jakoukoliv možnost jak toto období, zejména samotný porod, vůbec přežít. Vzhledem k minimálním možnostem středověké a raně novověké medicíny byly za nejzaručenější prostředky ochrany matky a dítěte považovány nejrůznější tradiční rituály s četnými magickými prvky, v pozdějším období převrstvené postupně pod vlivem křesťanství především modlitbou. Ženy se obracely o pomoc především k P. Marii a řadě dalších světců a světic, své využití našly rovněž nejrůznější devocionálie. Specifickou byla problematika potratů a infanticida, patologických společenských jevů, vyvolaných nezřídka tvrdými postihy narušení deklarovaných morálních principů společnosti, zejména tzv. smilstva a cizoložství. Nosi- telkami tradičních rituálů ochrany ženy v období těhotenství a porodu byly především profesionální pomocnice při porodech – porodní báby. Byly vystaveny rizikům obvinění z čarodějnictví, zejména ze zneužívání těl mrtvého a nepokřtěného plodu. Teprve osví- cenství a požadavky na vzdělání porodních bab postupně vnášelo do celého procesu kolem porodu a šestinedělí racionální prvky a navzdory převažující síle pověrečných

¹ Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě

představ vytlačovalo alespoň zčásti tradující se pověry do pozadí. Období šestinedělí bylo plné nejrůznějších omezení pro rodičku, umožňovalo jí však potřebný čas na alespoň minimální zotavení. Mělo být ukončeno úvodem navracejícím rodičku do společnosti. I při něm se setkávaly neprovdané ženy s omezeními, které v důsledku pověrečného přesvědčení o škodlivosti neuvedené ženy mnohdy nahrazoval úvod alespoň jakýsi nouzový rituál. Církev musela řešit i otázku neuvedených žen, které po porodu během šestinedělí zemřely. Navzdory názoru četných církevních autorit byla síla pověr tak mimořádná, že bylo nutno hledat a nacházet i tam nouzová řešení. Teprve rozvoj moderní a zejména městské společnosti vytlačil většinu těchto rituálů do oblasti lidových tradic.

Cíl: Utrdit a uspořádat množství v pramenech a literatuře rozptýlených údajů a podat ve stručné podobě jejich souhrn.

Metody: Pro zpracování bylo využito domácí i zahraniční literatury, pramenných edic, soudobé raně novověké literatury věnované problematice těhotenství a porodu, a výsledků dosavadního bádání v oblasti lidové kultury.

Výsledky: Stručný přehled historického vývoje vlivu některých magických a náboženských rituálů na problematiku těhotenství, porodu a šestinedělí a snahy o jejich ovlivnění za pomoci kontaktů s nadpřirozenými silami od počátku středověku do nedávné minulosti.

Závěr: Těhotenství, porod a následné šestinedělí představovalo pro každou, zejména vdanou, ženu období plné jak radostných očekávání, jakož i obav z možné a mnohdy i pravděpodobné smrti. Zájem rodiny a společnosti na zdárném průběhu celého procesu vytvářel pro těhotnou ženu některá zvýhodnění, na druhé straně byla nucena respektovat omezení plynoucí z četných pověr. V podstatně horší situaci byly ženy neprovdané a vdovy, pro něž znamenalo těhotenství důkaz přestoupení morálních zásad i právního řádu a vystavovalo je trestnímu postihu, což mnohé vedlo ke snaze těhotenství utajit, nechtěného plodu se zbavit potratem, případně po tajném porodu dítě zabít nebo alespoň mu neposkytnout potřebnou péči. Tyto činy zpravidla zoufalých těhotných žen byly postihovány hrdelními tresty. Cestu k postupné změně přineslo teprve osvícenství. Misogynie části celibátního duchovenstva vycházející z vnímání ženy jako nositelky dědičného hříchu, vedla k podezírání komunity žen, v problematice plodnosti a sexuality vůči mužům tradičně uzavřené, z čarodějnictví a spojení s ďáblem.

Kritické období porodu, spojené s bezprostředním nebezpečím smrti matky, dítěte, nebo obou, ženy motivovalo k využití všech dostupných rituálů k ochraně a pomoci. Tradiční rituály byly postupně dílem vytlačeny, zčásti převrstveny novými, křesťanskými, v nichž byla praxe zařikávání a vzývání přírodních symbolů nahrazována modlitbou, prosbou o ochranu ze strany světců a světic a vírou v magický vliv devocionálií.

Řadou magických prvků byl provázen rituál křtu, jehož provedení bylo církví v případě nebezpečí smrti dítěte umožněno i laikům.

Šestinedělí s množstvím omezení pro šestinedělku a následný úvod, proběhly zpravidla v duchu respektování tradičního tabu zákazu účasti šestinedělky na bohoslužbách, i když oficiálně církví nevyžadovaného, ale většinou společností a kněží respektovaného. Teprve změny v církvi a ve společnosti, které v komunitě věřících přesunuly úvod z pozice očisťování a proměnily jej v projev poděkování přinesly asi už definitivní opuštění prastarých rituálů.

Klíčová slova

těhotenství, porod, šestinedělí, náboženství, magie, lidová kultura

Abstract

Introduction: Pregnancy, childbirth, and the following six weeks were among the most dangerous periods of women's life. It is no wonder that women sought any means possible to survive this period, especially childbirth itself. Given the limited possibilities of medieval and early modern medicine, various traditional rituals with numerous magical elements were considered the most reliable means of protecting the mother and child. In later periods, these were gradually replaced by prayer under the influence of Christianity. Women turned for help primarily to the Virgin Mary and a number of other saints, and various devotional objects also found use. A specific issue was that of abortion and infanticide, pathological social phenomena often caused by harsh penalties for violating the declared moral principles of society, especially the so-called fornication and adultery. The bearers of traditional rituals for the protection of women during pregnancy and childbirth were primarily professional birth assistants, midwives. They were exposed to the risk of being accused of witchcraft, especially of abusing the bodies of dead and unbaptized fetuses. It was only the Enlightenment and the requirements for the education of midwives that gradually introduced rational elements into the entire process of childbirth and the postpartum period and, despite the prevailing power of superstitious beliefs, pushed at least some of the traditional superstitions into the background. The postpartum period was full of various restrictions for the mother, but allowed her the necessary time to recover at least minimally. It was supposed to end with an introduction that returned the mother to society. Even then, unmarried women faced restrictions which, as a result of superstitious beliefs about the harmfulness of unmarried women, were often replaced by at least some kind of minimal ritual. The Church also had to deal with the issue of unmarried women who died during the postpartum period. Despite the opinion of numerous church authorities, the power of superstition was so extraordinary that it was necessary to seek and find emergency solutions even there. It was only the development of modern, especially urban society that pushed most of these rituals into the realm of folk traditions.

Objective: To sort and organise the wealth of data scattered throughout sources and literature and to provide a concise summary of these data.

Methods: Domestic and foreign literature, source editions, contemporary early modern literature devoted to the issues of pregnancy and childbirth, and the results of previous research in the field of folk culture were used for the processing.

Results: A brief overview of the historical development of the influence of certain magical and religious rituals on the issues of pregnancy, childbirth, and the postpartum period, and efforts to influence them through contact with supernatural forces from the early Middle Ages to the recent past.

Conclusion: Pregnancy, childbirth, and the subsequent postpartum period represented for women, especially married ones, a period full of joyful expectations and fears of possible and often probable death for all women. The interest of family and society in the successful course of the entire process created certain advantages for pregnant women, but on the other hand, they were forced to respect the restrictions imposed by numerous superstitions. Unmarried women and widows were in a much worse situation, for whom pregnancy was proof of a violation of moral principles and the legal order and exposed them to criminal prosecution, which led many to try to hide their pregnancy, get rid of the unwanted foetus by abortion, or, after a secret birth, kill the child or at least not provide it with the necessary care. These acts, usually committed by desperate pregnant women, were punishable by death. It was not until the Enlightenment that gradual change began to take place.

Misogyny among some of the celibate clergy, based on the perception of women as bearers of original sin, led to suspicion of the female community, traditionally closed to men in matters of fertility and sexuality, of witchcraft and connection with the devil. The critical period of childbirth, associated with the imminent danger of death for the mother, child or both, motivated women to use all available rituals for protection and assistance. Traditional rituals were gradually replaced, partly overlaid by new Christian ones, in which the practice of incantations and invocations of natural symbols was replaced by prayer, requests for protection from saints, and belief in the magical influence of devotional objects.

The ritual of baptism was accompanied by a number of magical elements, and in cases where the child's life was in danger, the church allowed even lay people to perform the ritual.

The six weeks after childbirth, with their many restrictions for the new mother, and the subsequent introduction, were usually carried out in accordance with the traditional taboo prohibiting the new mother from attending church services, even though this was not officially required by the Church but was generally respected by society and priests. It was only changes in the church and society that shifted the introduction from a position of purification to an expression of gratitude in the community of believers that brought about the definitive abandonment of ancient rituals.

Keywords

pregnancy, childbirth, postpartum period, religion, magic, folk culture

Těhotenství, zejména první, představovalo pro každou ženu vstup do životní etapy plné očekávání, nadějí a také obav o život vlastní a svého dítěte. Velká část vdaných žen prožila ve vyšším či nižším stadiu gravidity značnou část života. Děti byly pokládány za

projev Božího požehnání, bezdětná manželství naopak za formu Božího trestu. Ještě v 19. století nebyla výjimkou manželství, v nichž se narodilo 10 a více dětí. Vedle obtíží a problémů plynoucích ze samotného fyziologického faktu těhotenství mělo dlouhá staletí na život městské i venkovské ženy vliv historicky hluboce zakořeněné povědomí o nebezpečnosti ženy ve spojitosti se vším, co souviselo s její plodivou schopností. Prastará rituální tabu nalezla po průniku křesťanství oporu ve starozákonní židovské tradici. Žena v období menstruace a po porodu byla pokládána po určitou dobu za nečistou, stejně jako každý, kdo by se dotkl jí samotné, souložil s ní, případně ulehl na její lože (Bible, 1991, Lv 12, 1–6; Lv, 15, 19–24). Hospodinův příkaz „*plodte a množte se a naplňte zemi*“ (Bible, 1991, Gen. 1:28) nebylo možno splnit bez hříchu. Vina za něj byla přisouzena ženě, kterou stihl trest vyslovený ústy Hospodinovými: „*Velice rozmnožím tvé trápení i bolesti těhotenství, syny budeš rodit v utrpení ...*“ (Bible, 1991, Gen. 3:16) Početí bez hříchu bylo výjimečnou milostí, jíž se dostalo pouze P. Marii a její matce sv. Anně. Každá jiná žena, která počala a byla tedy zatížena dědičným hříchem, byla v tomto stádiu svého života, dle převažujícího mínění, vystavena působení zlých sil, kterým nebyla schopna sama čelit a které ohrožovaly jak ji, tak plod v jejím těle a do určité míry i celou komunitu, ve které žila.

Zájem společnosti zabezpečit zdárný průběh těhotenství a jeho dovedení k úspěšnému závěru vedl k poskytování nejruznějších privilegií.

Významných úlev se těhotným ženám dostávalo v oblasti trestního práva. Podle zákoníku Brikciho z Licka z roku 1536:

„Žena těhotná, pro zlý skutek lapená, pro plod, který má životě, nemá býti na smrt vydána, ale skrovně mrskána.“ (J. Jireček a H. Jireček, 1880, s. 245)

Podle Koldínových městských práv ze druhé poloviny 16. století nemělo být proti těhotným ženám až do ukončení šestinedělí použito útrpného práva. Stejnou ochranu nařizoval i trestní zákoník Josefa I. z počátku 18. století a následně i trestní řád tereziánský.

Nehledě na zmíněné úlevy musely těhotné ženy respektovat množství omezení vyplývajících z všeobecného přesvědčení o negativním vlivu jejich přítomnosti na lidi i zvířata, jak zachytili ještě v polovině 19. století sběratelé v oblasti lidové kultury. S příklady se lze seznámit na stránkách časopisu Český lid a v celé řadě etnografických prací, kde je rovněž k dispozici i obsáhlá bibliografie. (Navrátilová, 2004)

Osud ženy a plodu v jejím těle závisel primárně na její fyzické dispozici a zdravotním stavu, na jejím společenském postavení a majetkových poměrech a zvláště na tom, zda dítě bylo počato v manželském loži.

Ženám, které počaly v manželství nepochybně záleželo na tom, aby přivedly na svět silného a zdravého potomka. Největší nebezpečí pro ně představoval potrat, jimž byly údajně podle soudobého mínění ohroženy zvláště ty „... kteréž často i vždycky příliš smilnosti provodí, nenasycenou chlípností jsa nutkány...“ (Ratajová a Storchová, 2013, s. 401)

Ochranou proti potratu měla být kromě sexuální abstinence magická síla drahých kamenů (tyrkys, safír, karneol, diamant, korály), zavěšovaných na krk jako amulety, vkládaných do prstenů, případně přikládáných na břicho těhotné. Tutéž moc měl mít rovněž achát a dokonce i medvědí dráp (Ratajová a Storchová, 2013, s. 403). To vše byly magické prostředky použitelné pouze v kruzích vysoké aristokracie, obdobně jako jakýsi svého druhu módní doplněk, zvaný „zibellino“, nesoucí v češtině poněkud zarážející název „bleší kožešinka“. Jednalo se nejčastěji o sobolí nebo kuní kožešinu doplněnou o zlatnický zpracovanou hlavičku a tlapy, přehozenou zpravidla kolem krku. (Vaňková a Pilná, 2013, s. 122)

Ženy z méně lukrativního prostředí se musely v magické ochraně před případným potratem spolehnout na prostředky podstatně méně nákladné, např. astragalus (*Saltus leporis*), malou zakřivenou kůstku v kloubu zadních končetin zajíce, používanou v práškovém stavu také při těžkém porodu. K vcelku bizarním prostředkům náleželo nošení nějakých živých červíků žijících pod zelným listem, ovšem s tím, že bylo nutno je závčasů před porodem odstranit, neboť údajně bránili nejen potratu ale i porodu. Za prostředek dostupný patrně i nepříliš majetným ženám lze jistě považovat možnost potírání těla směsí oleje a popelu z ježky. (Ratajová a Storchová, 2013, s. 403)

Kromě zcela reálných zdravotních rizik se těhotné ženy, v domnění, že jsou ve svém stavu více než kdy jindy ohroženy ďábelskou mocí, obávaly zlých sil, o jejichž reálnosti byly hluboce přesvědčeny. Snažily se především vyhnout uhranutí, resp. uřknutí či uhranítí. S vírou v možnost uhranutí se setkáváme už v textu evangelia sv. Marka, kde Kristus ve výčtu zla vycházejícího z lidského srdce uvádí vedle cizoložství, chamtivost, nadutost i „závistivý pohled“, asi výstižněji charakterizovaný v kralickém překladu bible jako „oko zlé“ (Bible, 1991, Mk 7, 22/24). Zlým pohledem bylo údajně možno způsobit postižené osobě (ale ve venkovském prostředí mnohdy i dobytku) nemoc a jiné problémy.

Schopnost uhranout byla přičítána hlavně čarodějnicím, podezírání byli i lidé, kteří měli husté a srostlé obočí (Vondráček a Holub, 1993, s. 90 aj.). V Čechách byl ještě v polovině 19. století zaznamenán proti účinkům uhranutí křesťansko-magický rituál spojený se zařikáváním. (Houška, 1853, s. 480)

Ne každé těhotenství však bylo s radostí očekávané nebo alespoň chtěné. To se týkalo zejména neprovdaných žen. Vzhledem k tomu, že příčinou mohl být pouze mimomanželský sexuální styk, hrozila ženě, jejíž „poklesek“ byl těhotenstvím bezpečně prokázán, celá škála poměrně tvrdých dehonestujících postihů, které za jistých okolností mohly být završeny i trestem hrdelním.

Středověké a raně novověké právo stanovilo za prosté smilstvo (styk svobodných osob) trest vystavení na pranýři s následným „pardusem“ a vymrskáním provinilců, nejčastěji pouze ženy, z města (Malý et al., 2013, s. 652). Ještě trestní řád Josefa I. stanovil v 18. století za „obecné kurevství“, jak bylo smilstvo nazváno, trest mrskání metlami, vypovězení, obecní práce, v případě opakování nebyl vyloučen ani trest hrdelní. Trestem za cizoložství mělo být „hrdla ztracení“.

Praxe naštěstí nebývala až tak striktní. Přesto obava z trestu, hanby a souvisejících důsledků vedly mnohé ženy ke snaze těhotenství utajit, zbavit se plodu potratem a v extrémních případech, pokud už porodily, až zabitím novorozeněte či jeho ponecháním bez patřičné péče.

Svou roli nepochybně sehrávala i sociální situace části těchto žen, zpravidla služek a děveček, jimž hrozilo, že zaměstnavatel, pokud měl na jejich těhotenství, jak se nezdálo, podíl on sám nebo některý z jeho synů, je prostě vyžene a ony se ocitnou i s dítětem zcela bez prostředků. Úmyslné vyvolání potratu bylo ale pokládáno už Břetislavovými statuty z roku 1039 za „zločin ze zločinů nejhorší“ (Kosmas, 1972, s. 81)

V právních předpisech bývaly potraty řazeny mezi ustanovení o vraždách mj. slovy: „*Také zabíjí ta, kteráž plod z sebe vyhání aneb týž plod jakýmž pak koli způsobem v sobě udušuje a mrtví. Též, kteráž do záchodu, do studnice aneb jinam svůj plod mece a hází.*“ (Malý et al., 2013, s. 287)

Český jezuita Jan Barner ve své postile z roku 1704 nezakrýval vedle odsudku potratů ani příčinu, proč k nim dochází, tedy obavu ženy z bídy, hanby a posměchu (Šubrtoová, 1991, s. 22–23). Teprve osvícenství si uvědomilo, že hrozba extrémně přísných až hrdelních trestů nevede k žádoucímu omezení potratů a infanticidia a snažilo se odhalit skutečné, zejména sociální důvody vedoucí ženy k páchání této trestné činnosti: „... podle dosaváde zkušeností nejvíce vraždy dětí odtud svůj počátek vzali, že 1-mo k pádu přivedené ženské osoby nastávajících zahanbujících trestů se obávali; pak 2-do, že jejich zmrhatelové je zpronevěřile opustili, a takové zmrhané ženské osoby skrze to v malomyslnost a v zoufání padly, aneb 3-o věřily, že jejich těhotenství zcela zatajeno jest a skrze zhazení jejich plodu skryto zůstane.“ (Theresiana, 1769, čl. 87, §9, s. 238–240)

První myšlenkou, jaká patrně napadla neprovdanou ženu po zjištění, že její sexuální aktivita nezůstala bez následků, bylo svůj stav zatajit. Pokud se nepodařilo přesvědčit skutečného či domnělého původce jejího otěhotnění, aby byl vztah legalizován (bylo-li to vůbec možné), nastoupily na řadu nejrůznější „běžné a osvědčené“ praktiky jako zvedání těžkých břemen, skákání z výšky, napařování či horká lázeň, válení se po zemi, tlačení na břicho, případně údery do krajiny břišní.

Pokud nic z toho nezabralo, obracely se ženy a dívky o radu na zkušenější členky ženské komunity. Řada způsobů, jak se potají a včas zbavit nežádoucího plodu se přenášela z generace na generaci. Pokud se i nadále nepodařilo dosáhnout žádoucího výsledku, byly nuceny hledat pomoc u nějaké bylinkářky či porodní báby, nezřídka i v kriminálním či polokriminálním prostředí.

Ze způsobování potratů byly primárně obviňovány „čarodějnice, které jsou porodními bábami, různými způsoby zabíjejí děti počaté v lůně a způsobují potraty.“ (Institoris a Sprenger, 2006, s. 172). Podstatou jejich činnosti však nemělo být jen samotné vyvolání potratu, byly rovněž podezírány ze zabíjení novorozených dětí a využívání nedonošeného plodu a těl nepokřtěných dětí k čarodějnickým účelům.

Nalézt zájemce o potracený plod, nebo o mrtvolku nepokřtěného dítěte, asi nebyl mimořádný problém. Např. v roce 1576 se ve Velké Bíteši nějaká Dorota Dobšová přiznala, že z mrtvolek nepokřtěných dětí a psích lejn vyráběla se svou společnicí nějaký jedovatý prášek, který vmíchaly do pití svého pána a otrávily ho. (Francek, 2005, s. 66)
Některé lupičské bandy neváhaly se uchýlit i k vraždám těhotných žen s cílem získat nedonošený plod a využít jej k magickým účelům. (Francek, 2005, s. 79–80)

Účelem čarodějnických praktik údajně provozovaných porodními bábami mělo být využití potraceného plodu a těl nepokřtěných dětí jako svérázné magické „suroviny“. Údy dětí, *„které byly zabity před pokřtěním“* měly podle údajného ďáblovho receptu sloužit jako jedna z přísad k výrobě kouzelné masti, kterou si čarodějnice potrou *„židli nebo násadu od koštěte a hned se zvednou do vzduchu, buď ve dne nebo v noci, a buď viditelně, anebo, jestliže si přejí, neviditelně.“* (Institoris a Sprenger, 2006, s. 264)

Mast složená mimo jiné i z výtažků z bylin s halucinogenními účinky vnikala do organismu „čarodějnice“ relativně snadno poté co si sedla nahá na násadu koštěte natřenou onou mastí. Někdy byla ale mast přímo vtírána do citlivých míst, do podpaždí, třísel, vaginy apod., což urychlilo její vstřebávání do organismu a vyvolávání velmi živých halucinací.

Konkrétní recepty na výrobu čarodějnických mastí se sice v našem prostředí nedochovaly a nejsou známy ani rituály, které byly při výrobě praktikovány. Dle popisu účinku mastí při výsledku osob obviněných z čarodějnictví nelze pochybovat o tom, že jako přísady byly používány rostliny či jejich části, sice mnohdy výrazně jedovaté, ale s významnými halucinogenními účinky. S největší pravděpodobností mezi nimi nechyběl **durman obecný** (*Datura stramonium*), snad **rudlík zlomocný** (*Atropa bella-donna*). Využití našla i paličkovice nachová (*Claviceps purpurea*), parazitující houba známá pod názvem námel. Pro psychotropní účinky byla oblíbená už ve starověku při tzv. eleusínských mystériích, v současnosti je využívána při produkci LSD.

Zvláště durman vyvolával u konzumenta zmatené až děsivé sny, vzbuzoval vjemy létání, prudkého otáčení a padání, ježdění apod. Halucinace vytvářely vjemy kontaktu s neexistujícími nebo fyzicky vzdálenými lidmi, vidění zvířat, odporného hmyzu, příšer, oživlých předmětů, záblesky světla. Po probuzení býval konzument přesvědčen, že obsah snu byl realitou. Právě s popisem obdobných stavů se setkáváme v řadě protokolů z výsledků obviněných z čarodějnictví.

Nebylo výjimkou, že ženy pomáhající při vyvolání potratu, pocházely často z kriminální či obdobné komunity. Blízko k tomu měly zejména ženy pohybující se v prostředí katovského řemesla, které si i tak přivydělávaly prodejem prostředků užívaných k magickým úkonům, jako byly provazy z oběsence, části jejich těl apod. Bývalý královehradecký kat Jakub Kačírek vyznal před hrdelním soudem, že jeho partnerka, rasovka Lída: *„dělávala lékařství dívkám i ženám, kteréž jsou bejvaly nepořádně břichatý, aby ten plod z nich vyháněla.“* (Francek, 2005, s. 38)

Bylinkářky, léčitelky a porodní báby znaly bezpečně nejrůznější abortiva a s nejvyšší pravděpodobností posilovaly jejich účinek v dobré víře nebo pro zvýšení zisku zaříkáváním či nám již blíže neznámými magickými rituály.

Mezi abortivy dominoval **jalovec chvojka** (*Juniperus sabina*), nazývaný také někdy jako „klášterní chvojka“, na Slovensku známý pod výstižným názvem „netata“. Účinky této byliny byly natolik známé, že se o nich mohl bez obav zmínit i jinak v těchto věcech velmi obezřetný Mathioli, když konstatoval, že s tímto druhem jalovce: „...staré čarodějnice a kouzelnice mnoho dokáží a vykouzlí tímto kořením a jsou ukrutnější nežli Herodes.“ (Mathioli, 1999, s. 81)

K abortivním účelům se využívaly i byliny mnohem rizikovější pro zdraví a život těhotné ženy. Jednalo se o **lýkovec jedovatý** (*Daphne mezereum*), přezdívaný také jako vlčí lýko nebo mordýř lidský a také **vratič obecný** (*Tanacetum vulgare*), který ovšem dle Mathioliho mohl být použit také jako prostředek proti „očarované milosti, kdyby někomu zlým působením nebo některé dívce i ženě bylo uděláno, že by vznikl nepokoj přílišnou láskou horečnou, umyj se ve vrátiči a ihned se toho zbavíš“. (Mathioli, 1999, s. 737)

Pokud se ženě podařilo úspěšně překonat všechny nástrahy těhotenství, nastávala nejnebezpečnější část celého procesu, samotný porod. Vzhledem ke slovům Hospodinovým „syny budeš rodit v utrpení“ (Bible, 1991, Gen. 3:16) přijímaly ženy ze všech sociálních vrstev tuto skutečnost jako Bohem daný úděl. V nejistotě, zda se porod zdaří a přežije matka i dítě byly ženy kněžkami mnohdy nabádány „aby časně a pobožně se k porodu hotovily, z hříchů svých pokání činily ... a odřeknouce se všelijakých světských žádostí k smrti se připravovaly.“ (Ratajová a Storchová, 2013, s. 68, pozn. 64)

K nejčastějším příčinám úmrtí žen při porodech a poporodních komplikacích náležela absence dostatečně odborné péče a často i elementární hygieny. Nebezpečí, že porod nepřežijí, hrozilo i ženám z nejvyšší společnosti, kterým jistě nechyběla odborná péče na tehdy nejvyšší možné úrovni. K častým příčinám patřil nízký věk prvorodičky, jakož i celková vyčerpanost organismu častými porody. Manželka krále Václava II. Guta Habsburská zemřela v šestinedělí, když během deseti let manželství porodila deset dětí, česká královna Anna Jagellonská zemřela v roce 1547 při porodu 15 dítěte, přičemž průměrná doba mezi jednotlivými porody v naprosté většině trvala pouze kolem jednoho roku. Za mimořádně šťastnou se mohla pokládat španělská manželka Vratislava z Pernštejna, Marie Maxmiliána Manrique de Lara (1538–1608), která porodila za 27 let trvání manželského svazku nejméně 19, někdy se uvádí 20 i 21 dětí, přičemž se sama dožila na svou dobu požehnaného věku 70 let.

Významným ženám, zejména manželkám vládců a mocných tohoto světa, bývala v jejich „těžké hodině“ poskytována vzhledem k akutní hrozbě smrti předně duchovní útěcha. Šťastný a úspěšný porod se kněz, někdy přítomný u rodičky, snažil zajistit řadou rituálů.

Místnost i rodička byla vykropena svěcenou vodou, používalo bylo patrně i kadidlo, byla rozsvěcována posvěcená svíce a prováděna řada dalších úkonů obdobného charakteru, které měly přinejmenším vnějškově výrazně magický charakter.

Od konce 13. století z liturgických knih sice texty žehnání rodičkám mizí, ale jsou nahrazeny knězem vyhotovenými lístky obsahujícími zpravidla nesrozumitelné znaky a kresby údajně poskytující rodícím ženám magickou ochranu, které jim měly být přikládány na tělo (Vlčková, 2015, s. 42). Tento způsob připomíná jinak církví vždy kritizované návazy, či jiné magické propriety používané pro usnadnění porodu. Příkladem může být doporučení obsažené v českém lékařském středověkém manuskriptu: „... péro supové, když bude uvázáno k levej noze tej ženě, která jest s těžkým životem, lehce dietě porodí; ale jakž by dítě rychle vyšlo, ihned to péro odviež, ať ženě střeva nevyplynú“ (Zíbrt, 1995, s. 49.)

Nehledě na aktivity ze strany části duchovních, nemůže být sporu o tom, že hlavním nositelem přenosu magických rituálů vztahujících se k těhotenství, porodu a šestinedělí s cílem ochránit především rodičku, včetně jejího okolí, byla zpravidla vůči mužskému světu v daném okruhu problémů uzavřená ženská komunita, zvláště pak v ní působící specialistky, porodní báby.

Pověry a magické rituály tradující se v tomto prostředí byly předmětem trvalého podezírání ze strany misogynických celibátních kněží, kteří v ženách obecně spatřovali především zdroj hříchu a hříchem bylo podle nich zatíženo i vše, co souviselo se sexualitou, početím, porodem a šestinedělím.

Přesto byly patrně i nadále uplatňovány rituály vycházející z víry, že k usnadnění průchodnosti porodních cest může dopomoci rozvázání všech uzlů, odemčení všech zámek v domě nebo alespoň v místnosti, v níž se porod odehrával, a řada dalších, které se postupně stále více prolínaly a doplňovaly novými, křesťanskými. Mezi nimi na prvním místě dominovaly modlitby adresované Panně Marii, její matce sv. Anně a pomocnici při těžkých porodech a patronce rodiček sv. Markétě Antiochijské. Obdobně jako u lože umírajícího nebo za bouřky byla s důvěrou v magický vliv na Hromnice posvěcené svíce se zapalovala hromnička i u porodu. Rodička i místnost, ve které se nacházela, byly před vlivem zlých sil chráněny vykropením svěcenou vodou.

Významnou roli pomáhající rodiče při zmírnění obav z porodu a při porodu samotném sehrávaly nejrůznější devocionálie umístované v její blízkosti nebo přímo na jejím těle. Zpravidla se jednalo o drobné posvěcené předměty, různé amulety, návazy s ochrannými texty a obrazci, škapulíře, křížky, růžence apod.

Populární byly i tzv. „svaté délky“, jejichž moc měla vycházet z přenesení údajné výšky Ježíše Krista nejprve do tisku a poté zpravidla na textilií. Ženy si je vyráběly samy. Většinou v pěti pásech vytištěné „svaté délky“ byly rozstříhány, jednotlivé pruhy slepeny, přeneseny na textilií a pás o délce přibližně 1,6–2 metry si ženy ve snaze zajistit si snadný a bezpečný porod omotaly kolem břicha. (Drozda, 2024, s. 73)

Průběh porodu samotného byl bezprostředně závislý na fyziologických předpokladech rodičky, na poloze plodu v děloze a v neposlední řadě na schopnostech a dovednostech osob, které při porodu pomáhaly. Zpravidla to byla matka, sousedky, příbuzné, v rámci možnost i porodní bába. Lékaři, nebo různí ranhojiči a lazebníci, pokud byli vůbec dostupní, bývali povoláváni pouze při komplikacích ohrožujících život rodičky či dítěte, většinou v době, kdy již bylo pozdě.

Práce porodní báby byla až na výjimky špatně honorovaná, pro ni samotnou však přinášela nemalá rizika. Její postoj snad nejlépe vystihovalo pořekadlo: „*Já bába po Bohu, pomohu co mohu, co nemohu, nechám Pánu Bohu*“. Nemalé riziko pro porodní bábu spočívalo ve skutečnosti, že při porodu přišla kromě rodičky a dítěte do kontaktu s porodní blanou, pupeční šňůrou, placentou, v nejhorším případě i s mrtvým tělem nekřtěnátko. Všechny tyto „produkty“ nacházely bohužel své využití v magii a porodní báby se tak dostaly často do podezření z jejich zneužití, nebo alespoň z prodeje do kriminálního podsvětí.

Čarodějnické praktiky a pověry v souvislosti s porodem byly prastarého původu. Některé najdeme už v Rudolfově penitenciálu, jiné zachytili sběratelé lidových tradic ještě hluboko v 19. století. Pupeční šňůra bývala po usušení přechovávána rodiči dítěte pro štěstí. Prášek z usušeného pupečníku mohl být použit v milostné magii přidáním do nápoje s cílem získat lásku vybraného životního partnera.

Placenta údajně mohla pozitivně ovlivnit výnosy ovoce u stromu, pod který byla zakopána, spálena v ohni chránila dům před požárem, zakopána pod okraj střechy zajišťovala, aby se dítě drželo doma. Věřilo se v její léčivé a zkrášlující účinky. Kousky placenty se potírala pokožka dětem proti různým vyrážkám, ženy a dívky ji stejným způsobem používaly i samy jako kráslicí prostředek. (Brouček a Jeřábek, 2007, s. 778)

Bohaté využití v magii našla plodová blána. Pokud se dítě narodilo s jejími zbytky na hlavě, tzv. „s čepičkou“, znamenalo to předzvěst jeho šťastného života. Jak uvádí Rudolfova penitenciál, plodová blána měla kromě jiných „odporností“ své uplatnění rovněž v oblasti milostné magie. Žena z ní odhryzla tři kousky a usušila je na prášek, který pak dávala manželovi do jídla, aby si zajistila jeho lásku. (Karwot, 1955, s. 19–30)

Jednou z nejrizikovějších činností porodních bab byla manipulace s potraceným plodem nebo mrtvým tělem nepokřtěného novorozence. Mnohdy bylo třeba vypudit mrtvý plod z těla matky. Kromě bylin s abortivními účinky, např. už zmíněnou **klášterní chvojku** (*Juniperus sabina*), byly raně novověkou literaturou doporučovány i mnohem bizarnější prostředky, o jejichž účinku se dalo důvodně pochybovat. Lůno matky mělo být vykuřováno kouřem z „*koňských kopyt nebo osličího lejna*“, žena mohla pít „*druhé ženy mléko a tak dítě mrtvé odejde*“ a nabízena byla i řada dalších způsobů. Pokud nic z toho nepomohlo, bylo nutno použít háky, kleště a podobné nástroje, kterými mrtvý plod „...ven vyvésti se musí...Neb o tom těžké a odporné jest mluvíti.“ (Ratajová a Storchová, 2013, s. 406)

Pokud porod dopadl úspěšně, přišla opět řada na magické rituály chránící matku i dítě před působením zlých sil. Výmluvné svědectví o nejstarší známé vrstvě těchto rituálů přináší opět Rudolfova penitenciál ze 13. století. U řady z nich lze předpokládat jejich

široké praktikování, některé snad i ve vyšších sociálních prostředích. Ve snaze ochránit dítě před démonem, bylo hned po porodu, aby démon nedostal příležitost zaútočit na jeho hlavičku, obráceno (ještě než bylo odděleno od pupeční šňůry) zadečkem. Také otci byla ukazována dříve nožka než tvář dítěte. Při přenášení novorozeněte bezprostředně po porodu na lože pronášely ženy blíže nespecifikovaná zaříkání. Aby bylo dítě silné a odolné, dotýkali se jej stéblem slámy s navázaným uzlem. Ochranný prvek asi představovalo i použití slámy, kterou se čistila pec. Ta dítě zamazala, čímž měl být snad oklamán démon připravený na ně zaútočit, snad měla dítě ochránit magická síla ohně, který hořel v peci. Magickou sílu železa přenášela žena pomáhající při porodu dotekem hlavy dítěte sekerou.

Do kolébky byly vkládány různé předměty jako krtčí nožky, zaječí uši a mnoho dalších v očekávání magického účinku formou přenosu jejich vlastností na dítě. Na podobném principu magického zajištění síly a obratnosti dítěte přirovnáním k obdobným vlastnostem některých zvířat byl založen rituál, spočívající v obcházení ohniště s dítětem v náručí, kdy žena odpovídala na dotaz co nese vyjmenováním některých zvířat, např. rysa, lišku a spícího zajíce s cílem zabezpečit novorozenci ostrý zrak rysa, liščí chytrost a obratnost a zaječí rychlost.

Mimořádně důležitým obřadem byla první koupel dítěte. Ochranu představovalo ovázání nádoby připravené ke koupeli surovou šňůrou. Do vody se vkládalo vajíčko, prastarý symbol životní energie, které se poté dalo do pokrmu otci, aby měl dítě rád a ze stejného důvodu se použitá voda vylévala otci na ruce. (Karwot, 1955, s. 19–30)

První noc po porodu měly dítě navštívit Sudičky, bytosti určující jeho osud. Ve snaze naklonit si je, aby osud novorozeněte byl příznivý, bylo pro ně na stůl připravováno symbolické pohoštění. (Dynda, 2019, s. 121)

Vedle snahy ovlivnit osud narozeného dítěte měla své místo i touha, dozvědět se co novorozenec v životě vlastně čeká. Do blízkosti dítěte se kladly různé předměty a sledovalo se, po čem sáhne. Peníz znamenal bohatství nebo také lakotu, hadřík chudobu, růženec zbožnost nebo u chlapce i kněžský stav, sekera dobrého hospodáře, náradí dobrého řemeslníka, koláč jedlíka apod.

Nejdůležitějším církevním obřadem vztahujícím se bezprostředně k dítěti byl křest. Křtem bylo novorozeně symbolicky očištěno od hříchu, ve kterém bylo počato, bylo včleněno do křesťanské společnosti, dostalo jméno, které je provázelo po celý další život a v případě smrti mělo nárok být spaseno. Vysoká úmrtnost nově narozených dětí si vyžadovala obřad křtu co nejvíce uspíšit. Dítě, které zemřelo nepokřtěno, nemělo totiž možnost ve smyslu slov evangelia sv. Jana dojít spásy (Bible, 1991, Jan 3:5). V případě, že dítě bylo slabé, nemocné a neduživé, či jinak ohrožené na životě, mělo být pokřtěno co nejdříve, v nouzi i ještě před úplným opuštěním matčina organismu.

Vedle nutnosti zajistit novorozenému dítěti možnost dojít spásy sehrávala snad i větší roli tradující se pověrečná obava z tzv. „nekrtěňátek“, projevující se mj. tím, že se s jejich těly zacházelo obdobně jako s těly lidí podezřelých z upírství a bývala probodena

kolíkem, jak potvrzovalo i znění penitenciálu biskupa Burcharda z Wormsu (Gurevič, 1996, s. 189). K rizikovým faktorům náležela i možnost využití těl nepokřtěných dětí k magickým účelům.

Církev, jindy žárlivě střežící výlučná oprávnění kněze k výkonu církevních obřadů, v případě křtu umožnila jeho provedení dokonce i osobám nepokřtěným, a to za dodržení předepsaných podmínek. Svolení se týkalo rovněž porodních bab podezíraných jinak z provozování magie, čarodějnictví a styků s ďáblem. Jedině ony totiž už v průběhu porodu byly schopny odhadnout, zda může plod porod přežít. K provedení křtu bývaly speciálně vybaveny a duchovními správci poučeny o podobě křtícího obřadu.

Podobu obřadu křtu dítěte v dobách brzy po christianizaci bohužel neznáme. Pravděpodobně se jeho průběh v detailech lišil, a to v závislosti od společenského statusu dítěte, resp. rodičů. S výjimkou nejvyšší společnosti proběhlo přijetí dítěte do komunity širší rodiny a obce s největší pravděpodobností většinou spíše prostřednictvím starých „osvědčených“ rituálů.

Nejpravděpodobnější je obcházení s dítětem kolem ohniště za pronášení různých zaklínání a magických textů. Pokud k církevnímu křtu skutečně došlo, dostalo se dítěti znova obřadní koupele, obdobně jako po narození, ovšem spolu s příslušnými magickými rituály. Do koupele bylo vloženo devět druhů zrna, nejrůznější železné předměty, pod nádobu černá slepice a účastníci slavnosti snad zažehli pochodně a tančili. (Karwot, 1955, s. 19–30)

K promísení rituálů křesťanských i starších docházelo s postupným posilováním nových, křesťanských. Při křestním obřadu realizovaném v prostředí vysvěceného kostela tak bylo možno pohlédit tvář dítěte plátnem z oltáře, vložit mu na ústa provaz od zvonu, položit ruku na knihu nebo se dotknout oltáře bosou nožkou. (Karwot, 1955, s. 122–123) Prolínání rituálů mělo dlouhodobý charakter. Zdálo se být užitečné pojit zdraví a osud dítěte obřady jak křesťanskými, tak respektováním starých zvyklostí. Ani v potřidentském období se některé části katolického křestního obřadu nezbavily prvků, silně připomínajících magické rituály, které se staly předmětem ostré kritiky ze strany protestantských církví. Jednalo se především o exorcismus, jakýsi „odlučovací ceremoniál“, jehož podstatou bylo trojí fouknutí na obličej dítěte, které tak mělo být vyproštěno z poddanství Satanovy říše. Předmětem kritiky byl i rituál dotknutí se uší a nosu vlažnými slinami odkazující na Kristův zázrak uzdravení hluchoněmého (Bible, 1991, Mk 7:31–37). Na čele byl křtěnému dítěti naznačen kříž jako ochrana proti zlým mocnostem a do úst mu byla dána špetka posvěcené soli, aby byl ušetřen hniloby hříchu (Melkesová, 2003, s. 264). Do podoby křestního obřadu se pokoušeli přes odpor kněží zasahovat i laičtí účastníci, snad otec, snad kmotři, kteří vkládali do křtící peřinky například kousky chleba s cílem ochránit dítě před nečistými silami a snad i jako magický prostředek proti psotníku. (Melkesová, 2003, s. 264)

Po církevním křtu byla pro účastníky většinou uspořádána hostina, v jejímž průběhu mohly být už v rodinném prostředí prováděny některé rituály s cílem odhalit

budoucnost dítěte. V novější době, kdy již byla běžně dostupná různá vydání bible, byl např. život či charakter dítěte často odhadován z textu, který byl vybrán jejím náhodným otevřením. (Drozda, 2024, s. 91)

Křtem dítěte proces vstupu nového jedince do společnosti ještě ani zdaleka nekončil. Dítě bylo sice křtem zbaveno hříchu početí, v problematickém postavení ale zůstávala i nadále rodička, která byla pokládána za nečistou. Čtyřicet dnů po porodu bezprostředně následujících bylo od pradávna považováno za období mimořádně nebezpečné jak pro rodičku, tak pro její dítě. Podle prastarých zvyklostí mělo rizikové období trvat po dobu, kdy byla rodička rituálně nečistá poporodním krvácením. Tradice se opírala o Hospodinův pokyn Mojžíšovi, že žena po porodu: „*Nedotkne se ničeho svatého a nevejde do svatyně, dokud neskončí dny jejího očišťování*“. (Bible, 1991, Lv 12)

Představitelé církve sice ve snaze odpoutat se od starozákonních předpisů a soustředit se přednostně na znění evangelií, nepopírali její „nečistotu“ fyziologickou, způsobenou poporodním krvácením, nepodpořili však tabu o duchovní nečistotě spojené se zákazem vstupu do chrámu. V tomto duchu se vyslovil už papež Řehoř Veliký v 6. století. V době příchodu Cyrila a Metoděje na Moravu se papež Mikuláš I. vyjádřil k zákazu přístupu ženy v šestinedělí k bohoslužbám slovy, že žena, která porodila: „...*nemá pražádného hříchu, vinou je rozkoš tělesná a nikoliv bolest ...Bráníme-li tedy ženě rodiče vejít do chrámu, přičítáme ji za vinu sám trest*.“ (Havlík, 1971, s. 89). Ani názory předních představitelů církve však nedokázaly překonat sílu pověrečné tradice o tabuizaci ženy po porodu.

Pozice šestinedělky byla sice plná nejrůznějších omezení, ale dá se říci, že nikoliv zcela nevýhodná. K dispozici měla spolu s dítětem své vymezené území, „kout“, kde se mohla cítit bezpečně.

Jednalo se většinou o lůžko, které bylo odděleno od ostatních prostor speciální textilií, „koutní plachtou“. Ta bývala už součástí nevěstiny výbavy. Jejím úkolem bylo ochránit matku a dítě před zlými silami. Magické účinky koutní plachty byly zesilovány různými předměty upevňovanými přímo na plachtu. Mohly to být jehly, posvěcené byliny, kousky chleba, mák, petržel a hlavně česnek. Do rohu postele nebo pod postel bývaly kladeny další ochranné předměty, např. sekera, kladivo, kosa, kleště, pilka nebo podkova. Přidávaly se různé devocionálie. Na ochranu dítěte mu byly na ruku nebo na krk dávány červené korálky nebo alespoň stužka. Později byly ochranné předměty nahrazovány už jen pouhou symbolikou, často v podobě výšivek na plachtě (Mintalová, 1997, s. 220–221; Brouček a Jeřábek, 2007, s. 406).

Pobyt v „koutě“ byl jakýmsi církví i tradicí chráněným asylem, v němž mohla rodička odpočívat, zotavovat se z následků porodu a připravovat se více méně nerušeně na návrat do běžného života. Pobyt v „koutě“ chránil sice samotnou šestinedělku před vlivem zlých sil, přinášel jí však rovněž řadu prostorových omezení, které ochraňova-

ly komunitu před negativním vlivem šestinedělky samotné. V první řadě se jednalo o prostorové omezení jejího pohybu. Neměla vycházet z domu, ale z praktických důvodů mohly být hranice prostorového omezení posunuty až na dvůr, v ojedinělých případech na mez pole. Její přítomnost mohla znamenat nezdár jakékoliv činnosti a pokud došlo k nějakému neštěstí, vina byla přičítána právě šestinedělce opustivší kout. Nesměla vyjít ven bosa, aby nespálila půdu pod svými šlépěji. Pokud by šla na pole, mohla by přivolat bouřku nebo zapříčinit suchý rok. Věřilo se, že kdyby vešla do hospody, způsobila by rvačku.

V „koutě“ přijímala šestinedělka návštěvy, nejprve kmotry dítěte, poté nejbližší příbuzné a pak další sousedky. Byly jí přinášeny dary, zpravidla potraviny. Nejoblíbenější a tradiční byla slepičí polévka přinášovaná v tzv. koutním hrnci. Polévka měla určitý magický podtext. Nudle v polévce měly být co nejdelší, aby dítě mělo dlouhý život. Oblíbenými dary do „kouta“ bylo i nejrůznější pečivo, v pozdějších dobách i láhev kořalky. Jedním z nejpřísnějších omezení předepsaných po dobu šestinedělí, byl obdobně jako při menstruaci zákaz sexuálního styku. Už kališnický biskup Jan Rokycana v polovině 15. století hrozil, že porušení zákazu způsobuje neplodnost, v případě početí hrozí narození postiženého znetvořeného dítěte: *„když by se tehďáž dietě počalo ... potvoru urodí.“* (Šimek, 1928, s. 210–211)

Jedním z neopominutelných nebezpečí, jaké mohlo potkat ženu a dítě v období šestinedělí, obdobně jako v období těhotenství, byla možnost uhranutí. Proti němu existovala celá řada pověřených ochranných prostředků. Preventivně bylo možno se chránit např. oblečením některé části oděvu naruby, případně umístěním něčeho nápadného na oděv, co by přitáhlo uhrančivý pohled a oslabilo nebo znemožnilo jeho účinek. Řada pověřených zvyků přežila až do nedávné doby a někdy jsou praktikovány, aniž by byl znám jejich skutečný původ a ochranný účel. Dítě mělo mít např. na hlavě šátek nebo čepičku s barevně nápadnou pentlí nebo bambulkou, v kolébce nebo v postýlce měl být kousek červené pentle nebo jiný předmět, neboť ten, kdo by je chtěl uhranout, se musí nejdříve podívat na něj a tím „zhlídnutí“ ztrácí moc (Nahodil a Robek, 1959, s. 105). V případě, že návštěva chtěla matku ubezpečit, že dítě nechce uhranout, měla dříve, než si sedne, pozdravit slovy *„Pán Bůh požehnej“*. V případě, že se tak nestalo, měla matka po odchodu návštěvy dítěti olíznout oči a pokud cítila hořkosladkou chuť, poznala, že bylo dítě uhranuto, ale olíznutím jeho očí z něj uhranutí sňala. V aristokratické společnosti se v období raného novověku jako ochrana proti uhranutí používal rovněž klenotnický zpracovaný amulet přinesený do Čech ze Španělska pod názvem higa nebo figa, zobrazující ruku v gestu paroháče. (Vaňková a Pilná, 2013, s. 125)

Z takřka nepřeberného množství dochovaných a etnografy zdokumentovaných lidových zvyků vztahujících se k šestinedělí jsme pro ilustraci vybrali jeden, který zachytil polský

učitel a folklorista z Karviné Józef Ondrusz (nar. 1918) v regionu českého Slezska, na Těšínsku.

Postel šestinedělky se vykrápěla svčenou vodou, do lože se ukládaly svaté obrázky, růženec, případně modlitební knížka. Vše mělo ochraňovat před atakem zlých sil, zejména „můry“, která údajně chodívala šestinedělkám a nemluvnatům sít krev. Pokud se matka musela na chvíli vzdálit, pokropila dítě svčenou vodou. Nesměla vyjít ven v poledne nebo po západu slunce, kdy by do domu mohla vniknout polednice nebo divá žena, odnést její dítě a podstrčit místo něj své, tzv. „*podhozence*“. (Ondrusz, 1957, s. 111)

Proces spojený s narozením dítěte a začleněním rodičky i dítěte do společnosti byl ukončen církevním úvodem, jímž byla žena navracena zpět do své komunity. Chápání obřadu úvodu se v průběhu doby posouvalo od očištění ve smyslu tělesném a duchovním k díkuvzdání za znovunabytí zdraví a narození dítěte. Liturgii sjednotil až po tridentském koncilu v roce 1614 *Rituale Romanum* formulářem *De benedictione mulieris post partum*. Obřad byl pokládán pouze za chvályhodný obyčej, i když lidovou tradicí ještě dlouho striktně vyžadovaný až vynucovaný. (Vlčková, 2016)

Ani rituál úvodu nebyl zcela prost magických prvků a problematických míst. Matka šla do kostela s dítětem v náručí v doprovodu dalších žen. Nade dveře domu býval zabodnut nůž, někdy překračovala i žhavé uhlíky na prahu. K úvodu byla šestinedělka doprovázena kmotrou, příbuznými a někdy i sousedkami. Před očištným požehnáním ovšem nesměla vstoupit do vnitřku kostela a musela s rozžatou svící v ruce čekat venku nebo v předsíni. Teprve po příchodu kněze, před kterým poklekla a poté, co ji pokropil svčenou vodou a pomodlil se, vložil ji do pravé ruky konec štolý a vedl ji i s jejím doprovodem do chrámu. Před oltářem poklekla, kněz se pomodlil a požehnal jí, pak teprve mohla s rozžatou svící obejít oltář. Tímto úkonem byla symbolicky vysvobozena z vlivu zlých sil a byla přijata zpět do své komunity. Úvod v této podobě mohl být ovšem poskytnut pouze vdané ženě, jejíž dítě bylo řádně pokřtěno.

Velký problém nastal, pokud rodička nepřežila šestinedělí a nedočkala se úvodu. *Pro většinu žen, zejména ve venkovském prostředí, bylo ovšem až do 19. století bezvýhradnou povinností se úvodu s dítětem zúčastnit.* Snad největší hrozbou bylo, že v důsledku síly pověrečného přesvědčení, kterému podléhali i někteří kněží, že žena až do úvodu je v moci ďábelské, mohl být „neuvezené“ ženě, v případě úmrtí odepřen řádný pohřební obřad a uložení mrtvého těla v posvěcené půdě.

Neuvezené šestinedělky byly fakticky postihovány i posmrtně. Na hřbitovech byly pro jejich pohřbení vyhrazeny zvláštní prostory u hřbitovní zdi. Někdy byly jejich hroby s cílem ochránit ženy a dívky v plodném věku před zhoubným působením neuvedených šestinedělek, ohrazeny, aby bylo zabráněno jejich navštěvování. (Vlčková, 2016)

I představitelé církve si nakonec byli nuceni uvědomit, že nelze „trestat“ ženy zemřelé v šestinedělí. Nakonec se našlo řešení, i když ne zcela čisté. Nebylo sice zřejmé, zda lze vnést do kostela k pohřebnímu obřadu mrtvé tělo neuvedené šestinedělky. Naštěstí, jak se zdá, bylo možno pověru obejít tím, že obřad úvodu býval prý v takových přípa-

dech proveden nad ostatky šestinedělky symbolicky před kostelem nebo v kostelních dveřích. (Winter, 1911, I., s. 238)

Vyřešit se nakonec podařilo i problém s uvedením neprovdaných „zmrhaných“ žen.

Neprovdaná žena by totiž při striktním dodržení církví stanovených pravidel zůstala trvalým rizikem pro celou obec věřících. Pro odstranění alespoň největšího nebezpečí bylo možno realizovat provizorní úvod, kdy zpravidla kmotry v domácím prostředí vykonaly jakýsi rituál spočívající většinou ve vykropení domácnosti svěcenou vodou a obcházení stolu (nahrazoval oltář) s rozžatými svícemi. S konečnou platností, mohlo být ale nebezpečí odstraněno teprve účastí nepočestné ženy na skutečném úvodu v kostele, kdy se matka nemanželského dítěte vmísila mezi doprovázející ženy a spolu s nimi obešla oltář. Tento svým způsobem „podvod“ byl ovšem knězem i zúčastněnými ženami zpravidla akceptován, i když není pochyb o tom, že jak sám kněz, tak ostatní ženy dobře věděly, o co ve skutečnosti jde. I když „padlá žena“ byla mezi ostatními předmětem obecného opovržení, právě obavy z nebezpečného působení neuvedené ženy je přiměly k akceptování tohoto postupu (Melkesová, 2003, s. 276).

V samotném obřadu úvodu a v jeho vžitém názvu jako by se skrýval jeden z posledních reliktů ještě tradičního myšlení a rituálů. Teprve společenské změny v 19. a 20. století způsobily, že se obřad úvodu postupně vyprázdnil, zanikly i lidové zvyky s ním spojené a pověřené představy o nebezpečnosti šestinedělky. Rozhodnutím 2. vatikánského koncilu bývá od počátku 20. století spojen s obřadem křtu.

ZÁVĚR

Devět měsíců trvající těhotenství, porod a následné šestinedělí představovalo pro každou, zejména vdanou, ženu období plné jak radostných očekávání, tak obav z možné a mnohdy i pravděpodobné smrti. Zájem rodiny a společnosti na zdárném průběhu celého procesu vytvářel pro těhotnou ženu některá zvýhodnění, na druhé straně byla nucena respektovat nejrůznější omezení plynoucí z četných pověr. V podstatně horší situaci byly ženy neprovdané a vdovy, pro něž znamenalo těhotenství důkaz přestoupení morálních zásad i právního řádu a vystavovalo je trestnímu postihu, což mnohé vedlo ke snaze těhotenství utajit, nechtěného plodu se zbavit potratem, případně po tajném porodu dítě zabít nebo alespoň mu neposkytnout potřebnou péči. Tyto činy zpravidla zoufalých těhotných žen byly postihovány hrdelními tresty. Cestu k postupné změně přineslo teprve osvícenství.

Misogynie části celibátního duchovenstva vycházející z vnímání ženy jako nositelky dědičného hříchu, vedla k podezírání komunity žen, v problematice plodnosti a sexuality vůči mužům tradičně uzavřené, z čarodějnictví a spojení s ďáblem. Zvláště byly ohroženy zejména bylinkářky a porodní báby.

Kritické období porodu, spojené s bezprostředním nebezpečím smrti matky, dítěte, nebo obou, ženy motivovalo k využití všech dostupných rituálů k ochraně a pomoci. Tradiční rituály byly postupně zčásti vytlačeny, zčásti převrstveny novými, křesťanskými, v nichž byla praxe zařikávání a vyzývání přírodních symbolů zčásti nahrazena modlitbou, prosbou o ochranu ze strany světců a světic a vírou v magický vliv devocionálií.

Řadou magických prvků byl provázen posvátný rituál křtu, jehož provedení bylo církví v případě nebezpečí smrti dítěte umožněno i laikům s vědomím, že jeho vykonavatelé se poněkud paradoxně zpravidla stanou právě ze spojení s ďáblem podezírané porodní báby. Šestinedělí s množstvím omezení pro šestinedělku a následný úvod, proběhly zpravidla v duchu respektování tradičního tabu zákazu účasti šestinedělky na bohoslužbách, i když oficiálně církví nevyžadovaného, ale většinou společností a kněží respektovaného. Teprve změny v církvi a ve společnosti, které v komunitě věřících přesunuly úvod z pozice očišťování a proměnily jej v projev poděkování přinesly asi už definitivní opuštění většiny prastarých rituálů. S některými se můžeme setkat i v současnosti, zpravidla ale pouze ve významu uchování části lidových tradic.

SUMMARY

Pregnancy, childbirth, and the postpartum period have always been associated not only with anticipation, but also with fears of possible death.

The critical period of childbirth, associated with the imminent danger of death for the mother, child, or both, motivated women to use all available rituals for protection and assistance. Traditional rituals were gradually replaced by new Christian ones. The ritual of baptism was also accompanied by a number of magical elements.

During the six weeks after childbirth, prohibitions on the participation of new mothers in church services were respected, as were other rules that women had to follow. Gradually, the attitude towards pregnant women and women after childbirth changed, influenced by the culture in which women lived.

Literatura

Bible: Písmo svaté Starého a Nového zákona: český ekumenický překlad. Praha: Česká biblická společnost, 1991.

BROUČEK, S. a JEŘÁBEK, R. (eds.). *Lidová kultura: národopisná encyklopedie Čech, Moravy a Slezska.* Sv. 2, A–N, sv. 3, O–Ž. Praha: Mladá fronta, 2007. ISBN 978-80-204-1450-2.

Constitutio Criminalis Theresiana aneb Ržjmské Cýsařské w Vhřjch a Vžeskách etc. etc. Kráľowské Aposstolské Milosti Marye Terezye Arcy-Kněžny Rakauské... hrdelnj Práwnj Ržád [Theresiana]. W Wjdni: Wytisstěný v Jana Tomasse vrozeného z Trattnerů, Cýsařsko-Kráľovského Dworského Impressora, 1769.

DROZDA, M. (ed). *Mezi kouzly, vírou a pověrou: magie v textech moravského venkova 18. a 19. století: katalog k výstavě.* Brno: Moravská zemská knihovna, 2024. ISBN 978-80-7051-347-7.

DYNDA, J. *Slovanské pohanství ve středověkých ruských kázáních.* Praha: Scriptorium, 2019. ISBN 978-80-88013-87-7.

FRANCEK, J. *Čarodějnické příběhy*. Praha: Paseka, 2005. ISBN 80-7185-697-5.

GUREVIČ, A. *Nebe, peklo, svět: cesty k lidové kultuře středověku*. Jinočany: H & H, 1996. ISBN 80-85787-41-5.

HAVLÍK, L. E. *Magnae Moraviae fontes historici IV. Leges, textus iuridici supplementa*. Brno: Universita J. E. Purkyně, 1971.

HOUŠKA, J. V. Pověry národní v Čechách. *Časopis českého Museum*. 1853, roč. 27, č. 3, s. 466–498. ISSN 0862-7282.

INSTITORIS, H. a SPRENGER, J. *Kladivo na čarodějnice*. Praha: Levné knihy KMa, 2006. ISBN 80-7309-361-8.

JIREČEK, J. a JIREČEK, H. (eds.). *M. Brikcího z Licka: práva městská: dle textu z r. 1536*. Praha: Nákladem Právnícké jednoty, 1880.

KARWOT, E. *Katalog magii Rudolfa. Źródło etnograficzne XIII wieku*. Wrocław: Zakład im. Ossolińskich, 1955.

KOSMAS. *Kosmova kronika česká*. Praha: Svoboda, 1972.

MALÝ, K. et al. *Práva městská Království českého: edice s komentářem*. Praha: Karolinum, 2013. ISBN 978-80-246-2117-3.

MATHIOLI, P. O. *Herbář neboli bylinář*. Olomouc: Dobra & Fontána, 1999. ISBN 80-86179-26-5.

MELKESOVÁ, M. Křtiny a úvod ve venkovském prostředí raného novověku. *Historický obzor*. 2003, roč. 14, č. 11/12, s. 262–276. ISSN 1210-6097.

MINTALOVÁ, Z. Kútna plachta a mágia. In: TARCALOVÁ, L. (ed.). *Magie a náboženství*. Uherské Hradiště: Slovákcké muzeum, 1997, s. 219–225. ISBN 80-901913-8-X.

NAHODIL, O. a ROBEK, A. *České lidové pověry*. Praha: Orbis, 1959.

NAVRÁTILOVÁ, A. *Narození a smrt v české lidové kultuře*. Praha: Vyšehrad, 2004. ISBN 80-7021-397-3.

ONDRUSZ, J. Dziecko w świetle powiarek ludu cieszyńskiego. In: *Kalendarz Zwrotu na Rok 1957*. Czeski Cieszyn: Polski Związek kulturalno-oświatowy w Czechosłowacji, 1957, s. 110–118.

RATAJOVÁ, J. a STORCHOVÁ, L. *Děti roditi jest Božské ovotce: gender a tělo v českojazyčné babické literatuře raného novověku*. Praha: Scriptorium, 2013. ISBN 978-80-87271-76-6.

ŠIMEK, F. (ed.). *Postilla Jana Rokycany. Díl I*. Praha: Komise pro vydávání pramenů českého hnutí náboženského ve stol. XIV. a XV., zřízená při České akademii věd a umění, 1928.

ŠUBRTOVÁ, A. Kontracepce, aborty a infanticida v pramenech k předstatistickému období. *Historická demografie*. 1991, roč. 15, s. 9–46. ISSN 0323-0937.

VAŇKOVÁ, L. a PILNÁ, V. *Metodika datování a interpretace portrétů 16.–18. století pomocí historické módy*. Praha: Národní památkový ústav, 2013. ISBN 978-80-7480-002-3.

VLČKOVÁ, M. Úvod šestinedělky: Význam obřadu v lidové tradici a v liturgii církve. *Studia Ethnologica Pragensia*. 2016, č. 1, s. 27–40. ISSN 1803-9812.

VLČKOVÁ, M. *Žehnání matky: význam obřadu v Čechách a na Moravě v 16.–21. století*. Praha: Akropolis, 2015. ISBN 978-80-7470-110-8.

VONDRÁČEK, V. a HOLUB, F. *Fantastické a magické z hlediska psychiatrie*. 3. vyd. Bratislava: Columbus, 1993. ISBN 80-7136-030-9.

WINTER, Z. *Z rodiny a domácnosti staročeské. Řada 1*. Praha: Nakladatelství J. Otto, 1911.

ZÍBRT, Č. *Seznam pověr a zvyklostí pohanských z VIII. věku*. 2. vyd. Praha: Academia, 1995. ISBN 80-200-0511-0.

Kontakt

prof. PhDr. Rudolf Žáček, Dr.

Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě

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

rudolf.zacek@fvp.slu.cz

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

RECENZE KNIHY ETIKA PRO LÉKAŘSKOU, ZDRAVOTNICKOU A ZÁCHRANÁŘSKOU PRAXI

Autoři: Michaela Gorná a Tatiana Rapčíková

Praha: Grada Publishing, 2024, 1. vydání, 112 stran, ISBN 978-80-271-5119-6

Předložená publikace je učebním textem zdravotnické etiky, která je nepostradatelná pro všechny skupiny lékařských i nelékařských zdravotnických pracovníků. Problematika týkající se etiky ve zdravotnictví je mnohorozměrným tématem, které je předmětem mnoha diskuzí. Etické otázky, na které v medicíně mnohdy neexistuje jedna univerzální, obecně platná odpověď, představují pro zdravotnické pracovníky problém. Etická dilemata vznikají při poskytování zdravotní péče, která mnohdy souvisí se začátkem a koncem lidské existence. Mnohé z nich směřují k právnímu řešení. Náplň práce zdravotnických pracovníků je jak snaha, akceptace a vysvětlení etických souvislostí, tak také etický a lidský přístup.

V první části knihy autoři terminologicky upřesňují význam slova etiky a etické přístupy. V další části je vysvětlena komunikace s důrazem na etiku. Ve své etické dimenzi v sobě komunikace zahrnuje principy, na základě kterých spolu lidé komunikují a při kterých by ve zdravotnictví měly být respektovány etické zásady a hodnoty. Poslední část knihy je věnována modelovým případovým studiím, které vždy identifikují konkrétní případ a dále nabízí alternativní řešení a morální dopad. Toto zařazení do publikace vnímám velice kladně, protože může být námětem řešení situací zdravotnických pracovníků.

Publikaci mohou využít studenti i vyučující lékařských/nelékařských zdravotnických oborů, kteří mají ve svém portfolio výuku jak komunikace, etiky, tak ošetrovatelství a další příbuzné obory, neboť etická dilemata se objevují napříč všemi zdravotními obory.

Kontakt

PhDr. Mgr. Daniela Nedvědová, Ph.D.

Fakulta veřejných politik v Opavě,

Slezská univerzita v Opavě

Ústav nelékařských zdravotnických studií

Bezručovo nám. 885/14, 746 01 Opava,

Česká republika

daniela.nedvedova@fvp.slu.cz



RECENZE KNIHY PACIENT A ZDRAVOTNICKÝ PRACOVNÍK: ŘEŠENÍ KONFLIKTNÍCH SITUACÍ

Autor: Erika Auzká

Praha: Grada Publishing, 2024, 1. vydání, 72 stran, ISBN 978-80-271-5379-4

Kniha je psána formou skutečných případů z praxe, které čtenáři přibližují nejčastější konfliktní situace, do kterých se pacient dostává ve spojitosti se zdravotnickým pracovníkem. Ne vždy zdravotnický pracovník přistupuje k pacientovi empaticky a legislativně správně. Publikace představuje reálné příběhy a zároveň poučení pro zdravotnické pracovníky, jak řešit nejtýpčtější situace ve zdravotnictví (chyby v komunikaci, práva pacienta, kvalita poskytované péče a bezpečí pacienta). Kladem knihy je, že čtenáře nezahluje množstvím zákonů a paragrafů, což přidává knize na čtivosti a zajímavosti.

Publikaci bych doporučila všem zdravotnickým profesím. Věřím, že si najde mnoho čtenářů, kteří si z ní vezmou to nejdůležitější, což je empatický a legislativně správný přístup k pacientovi.



Kontakt

PhDr. Mgr. Daniela Nedvědová, Ph.D.

Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě

Ústav nelékařských zdravotnických studií

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

daniela.nedvedova@fvp.slu.cz

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

SEPTICKÉ STAVY V INTENZIVNÍ PÉČI: OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Streitová Dana, Zoubková Renáta a kolektiv

Praha: Grada Publishing, 2025, 2., rozšířené vydání, 216 stran, ISBN 978-80-271-5436-4
<https://www.grada.cz/septicke-stavy-v-intenzivni-peci-13770/>

Kniha přináší zásadní informace vycházející z aktuálních doporučení pro péči o pacienta v intenzivní péči. Prohlubuje vědomosti a dovednosti sester v intenzivní péči, perioperační péči s cílem včasného zachytu a včasného zahájení léčby pacienta a s cílem snížit výskyt této závažné, v mnoha případech smrtící komplikace. Publikace zahrnuje všechna doporučená preventivní opatření, která jsou součástí intenzivní péče a mohou snížit rozvoj septických stavů. Je vhodná pro všechny studenty připravující se na výkon profese všeobecná sestra, zdravotnický záchranář.



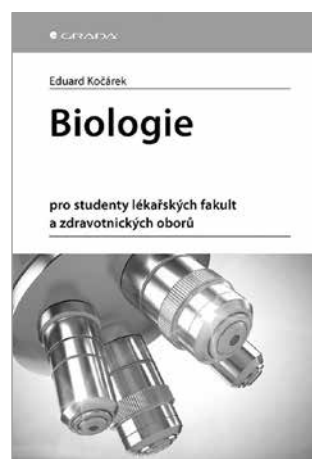
BIOLOGIE: PRO STUDENTY LÉKAŘSKÝCH FAKULT A ZDRAVOTNICKÝCH OBORŮ

Kočárek Eduard

Praha: Grada Publishing, 2025, 1. vydání, 952 stran, ISBN 978-80-271-3036-8
<https://www.grada.cz/biologie-12174/>

Učebnice přináší poznatky z moderní lékařské biologie s důrazem na genetiku a molekulární biologii a jejich aplikace v medicíně. Svým rozsahem i podáním je kompromisem mezi obsažnými odbornými texty (vysokoškolskými skripty apod.) a středoškolskými učebnicemi či populárně naučnými díly přinášejícími pouze základní, často i značně zjednodušené údaje. Napsána je tak lehce a srozumitelně, že si ji může číst kdokoliv se zájmem o tematiku.

Je určena studentům zdravotnických bakalářských oborů na lékařských i jiných fakultách. Jako úvod do učiva biologie a genetiky knihu využijí i studenti medicíny. Je určena také pro středoškoláky, kteří uvažují o studiu medicíny nebo bakalářských oborů se zdravotnickým zaměřením. Těm by měla pomoci zejména při přípravě na přijímací zkoušky.



VYBRANÉ ASPEKTY DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ

Fertařová Terézia, Ondriová Iveta

Praha: Grada Publishing, 2025, 1. vydání, 120 stran, ISBN 978-80-271-5424-1

<https://www.grada.cz/vybrane-aspekty-dusevniho-zdravi-13771/>

Téma duševního zdraví se stává stále důležitějším ve veřejné diskusi a povědomí s ohledem na zvyšující se tlak moderního života, zvýšenou frekvenci psychických poruch a důsledky globálních událostí.

Ošetrovatelství zaměřené na duševní zdraví je speciální oblast zdravotnické péče, která se zabývá poskytováním ošetrovateľské péče a podpory pro jednotlivce trpící různými duševními poruchami a problémy se zdravím. Obor se zabývá nejen léčbou symptomů, ale také poskytováním komplexní péče, která zahrnuje psychologickou podporu, rehabilitaci a pomoc při zvládání každodenních nároků.



SPECIALIZOVANÁ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V NEONATOLOGII

Kučová Jana a kolektiv

Praha: Grada Publishing, 2025, 1. vydání, 224 stran, ISBN 978-80-271-5001-4

<https://www.grada.cz/specializovana-osetrovatelska-pecce-v-neonatalogii-13684/>

Kniha je určena sestrám a porodním asistentkám pracujícím na neonatologii a studentům připravujícím se na tuto profesi. Předkládá ucelený pohled na problematiku specifických situací v intenzivní ošetrovateľské péči o novorozence. Shrnuje obecné zásady této péče, ale také specifické postupy u daných orgánových a systémových poruch. Může sloužit jako opora pro sestry v praxi či studijní materiál pro specializační postgraduální program Intenzivní péče v neonatologii.



POKYNY PRO AUTORY

PRŮBĚH RECENZNÍHO ŘÍZENÍ

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

POKYNY PRO AUTORY – FORMÁLNÍ A OBSAHOVÉ NÁLEŽITOSTI PŘÍSPĚVKŮ

Základní členění textu:

Název: název příspěvku i jeho anglického překladu psát tučně velkými písmeny 16 b. Název musí být stručný a výstižný, vypovídá o obsahu příspěvku. Neměl by zpravidla přesáhnout 8 slov. Neměl by obsahovat zkratky. V nadpisu lze užít zkratky jen výjimečně, pokud by se text nadpisu 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 nelékařských zdravotnických studií, 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 4–8 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, summary, poděkování, literatura.

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.

Reference v průběhu textu: uvádění citací v textu dle platné citační normy (harvardský systém). Zdroje jsou seřazeny podle abecedy. V případě více zdrojů v jedné závorce za odstavcem, odděluje 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, summary, literatura, kontakt.

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

Recenze aktuálních publikací

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

Text rukopisu: souvislý, nestrukturovaný, obsahuje informace o autorovi, jeho odbornosti. Specifika díla, odborné zaměření publikace, komu je určena, členění publikace a její rozsah, stručný popis obsahu, význam publikace, její specifity, kladné stránky, případné omezení a nedostatky.

Rozsah: max. 9 000 znaků.

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

Formální požadavky rukopisu:

Rukopis zasílejte v textovém editoru MS Word.

Font písma: Times New Roman.

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

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

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

Jazyk příspěvku: časopis přijímá články v českém, slovenském, anglickém, německém nebo v polském jazyce.

V textu nepodtrhávejte.

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

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

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

Odkazování na zdroje: na zdroje průběžně odkazujte v textu, nevyužívejte poznámky pod čarou, podoba odkazu v textu (autor, rok vydání, příp. strana u přímých citací). Tabulky, grafy, obrázky, fotografie jsou součástí textu. Grafické zpracování musí být v kvalitě umožňující jejich reprodukci. Fotografie se dodávají v lesklém provedení. 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 B5.

Název grafu je uveden nad grafem.

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

Obrázky: za obrázek se považují fotografie, schémata, grafy apod. Musí mít svou nezapustitelnou úlohu, nesmí plnit funkci samoučelnosti, je přizpůsoben časopisu B5, je přehledný a čitelný v černobílé verzi tisku.

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

U výzkumných příspěvků, jakož i příspěvků přehledového či teoretického charakteru, je na závěr vložena podkapitola s podnadpisem Literatura, za kterou 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.

