

2019

ROČNÍK 10

ČÍSLO 1

LOGOS POLYTECHNIKOS

V

Š

P

J

Vysoká škola
polytechnická
Jihlava

Vážené čtenářky a vážení čtenáři,

do rukou se Vám dostává v pořadí již deváté vydání časopisu Logos Polytechnikos zaměřené na zdravotnické nelékařské profese. Toto číslo obsahuje články zaměřené nejen na specifika ošetrovatelství, ale i na oblast gynekologie, porodnictví a fyzioterapie.

Věříme, že Vás Logos Polytechnikos zaujme a jeho prostřednictvím budete mít jedinečnou příležitost seznámit se s nejnovějšími trendy v ošetrovatelství a porodní asistenci.

PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí Katedry zdravotnických studií
Vysoká škola polytechnická Jihlava

OBSAH / CONTENTS

4

DODRŽUJÍ NEMOCNICE BABY FRIENDLY HOSPITAL DESET KROKŮ K PODPOŘE KOJENÍ?

DO NOT HELP BABY FRIENDLY HOSPITAL OF THE STEPS TO PROMOTE MELTING?

PhDr. Bohdana Dušová, PhD., Mgr. Iveta Korená, doc. PhDr. Lucie Sikorová, Ph.D.

15

VZŤAH MEDZI KVALITOU ŽIVOTA A HMOTNOSŤOU, POVOLANÍM ŽIEN V KLIMAKTÉRIU

THE RELATIONSHIP BETWEEN QUALITY OF LIFE AND WEIGHT, THE OCCUPATION OF WOMEN IN CLIMACTERIUM

doc. PhDr. Mária Kopáčiková, PhD., Mgr. Anna Králová, doc. PhDr. Vladimír Littva, PhD., MPH.

26

STAROSTLIVOSŤ O ZDRAVIE U ŽIEN V OBDOBÍ KLIMAKTÉRIA

HEALTH CARE FOR WOMEN DURING THE CLIMACTERIUM

PhDr. Bc. Eva Moraučíková, PhD., doc. PhDr. Mária Kopáčková, PhD.

32

ADAPTACE NEMOCNÉHO S CROHNOVOU CHOROBOU NA ZMĚNY V OBLASTI BIOLOGICKÝCH, PSYCHICKÝCH A SOCIÁLNÍCH POTŘEB

ADAPTATION OF A PATIENT WITH CROHN'S DISEASE TO CHANGES IN BIOLOGICAL, PSYCHOLOGICAL AND SOCIAL NEEDS

Mgr. Hana Ochtinská, Mgr. Veronika Knoblochová, Bc. Veronika Musilová

44

OBSAHOVÁ VALIDIZACE OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY NEEFEKTIVNÍ KOJENÍ V KONTEXTU NEONATOLOGICKÉHO OŠETŘOVATELSTVÍ

CONTENT VALIDATION OF NURSING DIAGNOSIS OF INEFFECTIVE BREASTFEEDING IN THE CONTEXT OF NEONATOLOGICAL NURSING

Mgr. Pavlína Rabasová, Ph.D.

63

HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE V KONTEXTU TĚLESNÉ HMOTNOSTI A KREVŇÍHO TLAKU

HORMONAL CONTRACEPTION IN THE CONTEXT OF BODY WEIGHT AND BLOOD PRESSURE

doc. PhDr. Yveta Vrublová, PhD, Mgr. Dana Machová

70

POSTURÁLNE ZMENY PRI OBEZITE

POSTURAL CHANGES

doc. PhDr. Zuzana Hudáková, PhD., Mgr. Teresa Friediger, Simona Vajdová

83

KOMUNIKÁCIA SESTRY SO ZNEVÝHODNENÝM PACIENTOM

COMMUNICATING A NURSE TO A DISADVANTAGED PATIENT

prof. PhDr. Ivica Gulášová PhD., PhDr. Jozef Babečka, PhDr. Lenka Görnerová, PhD.

94

INDIVIDUÁLNY PSYCHOLOGICKÝ PRÍSTUP K PACIENTOVI S AKÚTNOU BOLEŠŤOU

INDIVIDUAL PSYCHOLOGICAL APPROACH TO THE PATIENT WITH ACUTE PAIN

prof. PhDr. Ivica Gulášová PhD., PhDr. Jozef Babečka

104

ZMĚNA ZPŮSOBENÁ KOLOREKTÁLNÍM KARCINOMEM

CHANGE CAUSED BY COLORECTAL CARCINOMA

Mgr. Tereza Dušičková, doc. PhDr. Sylva Bártlová, Ph.D, Mgr. Kristýna Toumová

DODRŽUJÍ NEMOCNICE BABY FRIENDLY HOSPITAL DESET KROKŮ K PODPOŘE KOJENÍ?

BOHDANA DUŠOVÁ
LUCIE SIKOROVÁ
OSTRAVSKÁ UNIVERZITA

IVETA KORENÁ
FAKULTNÍ NEMOCNICE OSTRAVA



ABSTRAKT

Příspěvek seznamuje s výsledky výzkumu zaměřeného na zjištění dodržování „deseti kroků podpory kojení“ v nemocnicích Baby Friendly Hospital v Čechách a na Moravě. Metodou výzkumu byl nestandardizovaný dotazník vytvořený na základě „Národní studie zaměřené na praxi v porodnicích a novorozeneckých odděleních v ČR“ určený matkám v období šestinedělí. Výzkumu se zúčastnilo celkem 257 respondentek. Výsledky výzkumu ukázaly, že v dodržování „Deseti kroků k úspěšnému kojení“ existují v nemocnicích Baby Friendly Hospital určité nedostatky. K největším problémům náleželo dodržování dvou kroků úspěšného kojení, a to nepodávat novorozencům žádnou jinou potravu ani nápoje kromě mateřského mléka, s výjimkou lékařsky indikovaných případů a podporovat kojení dítěte podle potřeby. Přiložení dítěte matce a zahájení kojení do jedné hodiny po porodu bylo u matek po vaginálním porodu ve většině případů splněno. U porodu císařským řezem respondenty časně přiložení uváděly méně často. Kojení je právem každé matky a právem

každého dítěte. Z výzkumu vyplynulo, že téměř všechny ženy jsou rozhodnuty kojit své dítě. Cílem zdravotnických zařízení by mělo být ženám kojení umožnit. K tomu je potřeba nastavit vhodné podmínky a upravit nemocniční politiku k podpoře kojení.

KLÍČOVÁ SLOVA:

podpora kojení, matka, Baby Friendly Hospital

ÚVOD

Od roku 1992 se v České republice uplatňuje, za podpory mezinárodního hnutí UNICEF a Světové zdravotnické organizace (WHO), iniciativa „Baby Friendly Hospital“ – nemocnice přátelská dětem. Cílem projektu je plnění „Deseti kroků k úspěšnému kojení a tím zvýšení celosvětově počtu kojených dětí. Ministerstvo zdravotnictví doporučuje všem novorozeneckým oddělením na území České republiky účast této iniciativy (Mydlilová, A. 2003).

V dnešní době už více než polovina nemocnic v České republice obdrželo titul Baby Friendly Hospital. Přesto od roku 2006 má kojení v České republice spíše klesající tendenci. Přes veškerou propagaci a informovanost o všech výhodách kojení pro matku a dítě, stále ještě procento kojících žen odcházejících z porodnice (ani těch, které výlučně kojí šest měsíců a více), není uspokojivé (Wiesnerová, J. 2014).

Postoje matek v zahájení kojení a udržení laktace nejvíce ovlivňují poskytovatelé péče, tedy zdravotničtí pracovníci. Zkušenosti v prvních hodinách a dnech po porodu pomáhají nastavit přesvědčení a sebedůvěru matek a tím ovlivňují kojení do dalších let (Gaskin, I. 2011).

Účinná podpora kojení nespočívá pouze v dodržování hlavních deseti zásad kojení, ale také ve vhodně nastaveném klimatu porodnice. Stejně důležitá je odbornost zdravotnických pracovníků a dodržování „10 kroků“, jako respekt, účast, nabízení aktivní pomoci, chválení a posilování mateřské role. Naopak necitlivý přístup, hrubé manipulování s dítětem, nevhodné rutinní postupy či negativní neverbální projevy zdravotníků mohou mít na kojení negativní dopad (Tkács, L., Kejřová, K. 2011).

CÍL, MATERIÁL A METODY

Cílem výzkumu bylo zjistit, zda jednotlivé nemocnice dodržují deset kroků k úspěšnému kojení definovaných WHO a UNICEF.

Každé dítě má právo na mateřské mléko a každá matka má právo kojit své dítě. Všechny vládní i nevládní organizace v Čechách i ve světě podporují postup WHO, která doporučuje časně zahájení kojení. Nejdůležitějším článkem v zahájení a udržení laktace jsou první dny po porodu. Podpořit matky v zahájení a udržení laktace je nejdůležitějším úkolem všech zdravotníků pečující o matku a dítě. Klíčovou roli měly sehrávat nemocnice Baby Friendly Hospital. Jsou důležité postupné kroky kojení, a proto jsme se rozhodly k výzkumu posuzování šesti nemocnic. Metodou výzkumu byl nestandardizovaný dotazník vytvořený na základě „Národní studie zaměřené na praxi v porodnicích a novorozeneckých odděleních v ČR“ poskytnutý MUDr. Mydlilovou. K prvním dvěma krokům byly dle metodiky Mydlilové přiřazeny nepřímé ukazatele - jednotnost podávání

standardního rozsahu informací, jednotnost podávaných informací všemi zdravotníky, motivace kojít po propuštění z porodnice. K základnímu popisu souboru byla použita popisná statistika. Jednotlivým nemocnicím byl náhodně přidělen identifikační kód pro zachování anonymity.

Výzkumu se zúčastnilo celkem 257 matek novorozenců ze šesti porodnic. Dotazníky byly vyplňovány na základě dobrovolnosti a ochoty matek účastnit se výzkumu. Před zahájením výzkumného šetření byl vysloven souhlas managementu nemocnic. Jednalo se o šest nemocnic s titulem Baby Friendly Hospital (Fakultní nemocnice Hradec Králové, Nemocnice Kolín, Nemocnice Havlíčkův Brod, Fakultní nemocnice Ostrava, Sdružené zdravotnické zařízení Krnov a Nemocnice Opava). Do každé nemocnice bylo pověřené osobě předáno 70 dotazníků, tedy celkem 420 dotazníků. Návratnost dotazníků činila 69 %.

VÝSLEDKY

SOCIODEMOGRAFICKÉ CHARAKTERISTIKY

Věkově nejpočetněji zastoupenou skupinou, která se výzkumného šetření účastnila, byly rodičky ve věku 26–35 let. Další skupinou v počtu 51 respondentek byly rodičky ve věku 18–25 let a poslední skupinou bylo 32 respondentek ve věku od 36 let a více. Nejvíce 99 (39 %) žen mělo vysokoškolské vzdělání. Druhou skupinou bylo 81 (31 %) žen se vzděláním střední s maturitou, střední bez maturity mělo 50 (20 %) žen, základní vzdělání mělo 16 (6 %) žen a vyšší odborné vzdělání mělo 11 (4 %) žen.

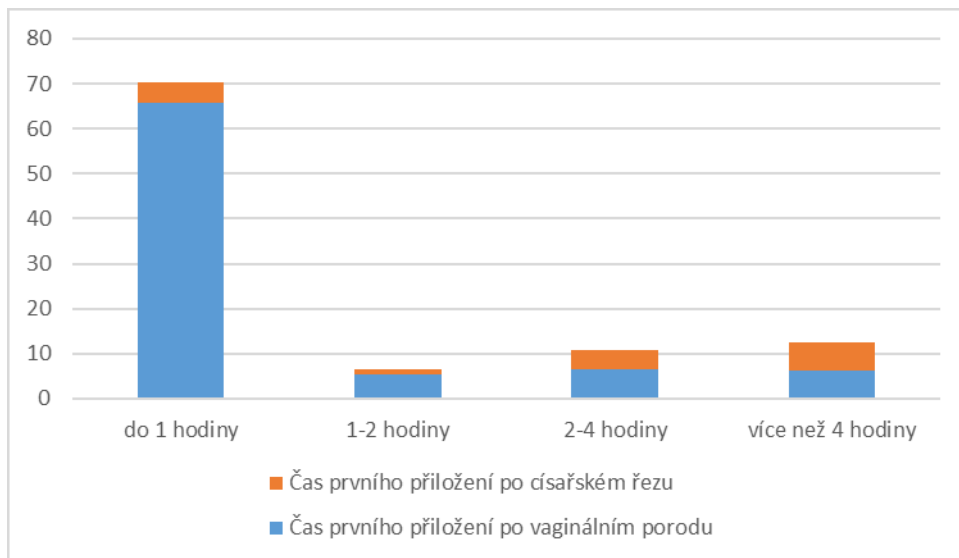
Kategorie parity byla rozdělena na prvorodičky a vícero dičky. Výzkumného šetření se zúčastnilo více prvorodiček 137 (53 %), než respondentek, které již rodily 120 (47 %). Podle způsobu porodu byly už výsledky výrazně rozdílné. Vaginální cestou rodilo 216 (84 %), císařským řezem 41 (16 %).

Nejvíce informací obdržely respondentky od zdravotníků v nemocnici o technice kojení 219 (85 %) a polohách při kojení (tab. 1). 189 (74 %) respondentek bylo informováno o dvou možných polohách při kojení. Nejmenší informovanost byla zjištěna o růstovém spurtu dítěte 51 (20 %).

Tab 1: Rozsah informací o kojení podaných matkám zdravotníky v nemocnici (n = 257)

Podané informace	Ano		Ne	
	N	N (%)	N	N (%)
Technika kojení	219	85	38	15
Způsob krmení	96	35	165	63
Odstříkávání mléka	117	46	140	55
Uskladňování mléka	87	34	170	66
Polohy na kojení	189	74	68	26
Růstový spurt	51	20	206	80

Podle matek se zdravotnický personál převážně shodoval v podávaných informacích matkám 93 (36 %) nebo se shodoval vždy 74 (29 %). Pouze dvě matky se vyjádřily, že v podávání informací nebyl zdravotnický personál jednotný, nebo byl jednotný občas 37 (14 %). Téměř všechny nemocnice zařazené ve výzkumném šetření nabízely předporodní kurzy (97 %), ve kterých by mohly být všechny těhotné ženy podporovány ke kojení. Tyto kurzy využilo 50 (19 %) matek. K úspěšnému kojení je doporučeno umožnění kojít své dítě do hodiny po porodu. Z výsledků je zřejmé (graf. 1), že matkám rodícím vaginální cestou (216 matek) tato možnost dána byla ve většině případů (169 matek; 78 %), na rozdíl od matek, které rodily císařským řezem. Matek rodících císařským řezem bylo 47 (22 %) a do hodiny kojilo své dítě 12 matek (29 %).

Graf 1: Čas přiložení dítěte k prsu matky po porodu

247 matek (96 %) uvedlo, že o správné technice kojení bylo personálem edukováno a 140 matek (54 %) se vyjádřilo, že bylo informováno také o příznacích hladu u dítěte. Sledováním matky při kojení je možno odhalit chyby v přikládání i sání dítěte a zabránit případným špatným návykům do budoucna, proto bylo zjišťováno, jestli personál zodpovědný za edukaci o kojení sledoval matky během celého jednoho kojení. 174 matek (67 %) bylo pozorováno porodní asistentkou nebo sestrou, ale 83 matek (33 %) nebylo sledováno.

První stravu dítěte mateřským mlékem potvrdilo 183 matek (71 %) (tab. 2). 53 (21 %) matek si nebylo jistých, jakou první stravu jejich dítě dostalo. 10 matek (4 %) uvedlo, že bylo jejich dítě během pobytu na oddělení šestinedělí dokrmováno roztokem glukózy. A 10 matek (4 %) uvedlo, že jejich dítě bylo dokrmováno umělou výživou. Dále byly zjišťovány důvody dokrmování (tab. 2). 37 matek (14 %) upřesnilo, že dokrm, byl podán na základě ordinace lékaře, 41 matek (16 %) uvedlo doporučení sestry podávat dokrmování, 15 matek (6 %) uvedlo, že to byla jejich volba. 11 matek (4 %) odpovědělo, že nezná důvod dokrmování svého dítěte.

Tab 2: První strava novorozence

	Odpověď	N	N (%)
První strava novorozence	mateřské mléko	183	71
	roztok glukózy	10	4
	umělou výživu	10	4
	nevím	53	21
Důvody dokrmování	předpis lékaře	37	14
	doporučení sestry	41	16
	volba matky	15	6
	nevím	11	4

Další otázky dotazníku směřovaly na společně strávený čas matky a dítěte (průměrně strávený čas matky s dítětem v nemocnici). Pokud matky uvedly, že byly od dítěte odděleny, zajímalo nás, v jakých případech byly od sebe matka a dítě nejčastěji oddělovány.

Průměrně matky s dětmi trávily 23 hodin a více, což uvedlo 182 matek (71 %) (tab. 3). Respondentky popisovaly, že délka oddělení matky od dítěte byla od několika minut do několika hodin. Průměrná délka oddělení matky od dítěte činila 5 hodin. Nejčastějším důvodem odloučení matky od dítěte byly krevní odběry z paty dítěte na vyšetření metabolických vad. Přes noc bylo separováno 129 matek (50 %) od svých novorozenců. 151 (58 %) matek bylo od svého dítěte separováno během prvního koupání.

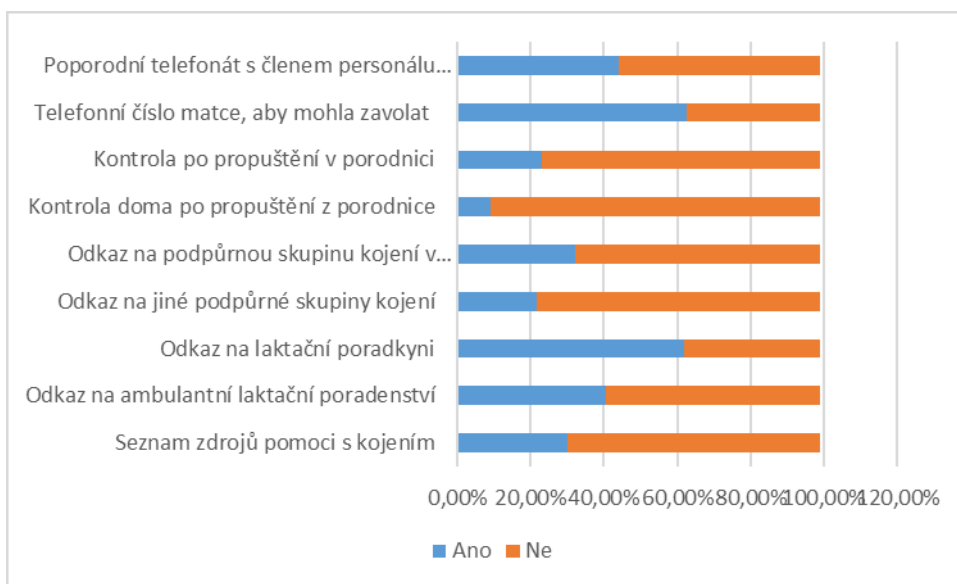
Tab 3: Trávení času matek s novorozencem

	Odpověď	N	N (%)
Matka s dítětem během 24 hodin	8 hodin a méně	11	4
	9-15 hodin	13	5
	16 – 23 hodin	51	20
	23 hodin a více	182	71
Důvody rozdělení matky a dítěte	screeningová vyšetření sluchu		
	vyšetření metabolických vad		
Oddělení dítěte od matky přes noc	Ano	129	50
	Ne	128	50
Separace během prvního koupání	Ano	151	58
	Ne	64	25
	neodpovídalo pro císařský řez	42	16

Dalším z monitorovaných kroků podpory kojení bylo umožnění kojení matkám. Krok byl hodnocen otázkou, která zjišťovala, zda personál radil matkám omezovat dobu trvání jednoho kojení na 5, 10, 15, 20 minut apod. Z 257 matek, jich více než polovina 139 (54 %) odpověděla, že jim personál dobu kojení omezovat radil. K úspěšnému kojení je doporučováno vyvarovat se využívání šidítek a dudlíků. Naprostá většina matek 252 (98 %) se vyjádřila, že jim dudlík nikdo ze zdravotnického personálu nedoporučoval.

Poslední sledovanou oblastí, zahrnutou v deseti krocích úspěšného kojení, je povzbuzování zakládání podpůrných skupin kojících matek pro podporu kojení. Dále zjistit, zda je ženám nabídnuta podpora i po propuštění z porodnice. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že všem ženám před propuštěním domů byla poskytnuta podpora v kojení (graf 2). Nejčastěji byl předán odkaz na laktační poradkyni 159 matkám (62 %) a telefonní číslo matce, aby mohla zavolat 161 (63 %).

Graf 2: Podpora kojení po propuštění z porodnice



DISKUSE

Hodnocení deseti kroků k podpoře kojení směřuje k dostatečné informovanosti matek o kojení a plnému kojení matek po propuštění z nemocnice. Rozsah podávaných informací zahrnoval převážně techniky kojení a polohy při kojení. Minimum informací obdržely matky o růstovém spurtu dítěte, odstříkání mateřského mléka, krmení alternativním způsobem, uskladňování mateřského mléka. Z hlediska péče v porodnici se může jevit tato informace jako nepodstatná, ale z dlouhodobého hlediska se jedná o faktor významný, který může dlouhodobé kojení zásadně ovlivnit. Jako příklad můžeme uvést statistické informace z České republiky z roku 2009, kdy z porodnic bylo propuštěno celkem 86,88 % plně kojících novorozenců (87,62 % bylo z porodnic, které mají titul Baby Friendly Hospital a 85,40 % z porodnic, které nemají titul Baby Friendly Hospital). Uvedená statistika hovoří pozitivně. V dalších měsících po porodu už ovšem čísla klesají. V šesti týdnech bylo plně kojeno jen 48,40 % dětí a v šesti měsících už jen 17,80 %. Proto je nutné první krok k podpoře kojení, tedy vytvoření strategie přístupu ke kojení, formulovat konkrétněji. Pokud je personál správně školen a informace jsou v nemocnici předávány všem členům týmu, pak by se informace, poskytované ženám po porodu, měly vždy shodovat, a tak plně splňovat druhý krok mít vyškolený zdravotnický personál v otázkách kojení. V našem výzkumu matky potvrdily většinovou shodu v podávaných informacích nebo shodu podávaných informací zdravotníky v nemocnici. Vzhledem k tomu, že se jednalo o více než polovinu matek našeho souboru, lze konstatovat pozitivní závěr, že jsou matky informovány zdravotníky jednotně a jistá strategie k jednotnosti podávaných informací v nemocnici existuje. Třetím krokem úspěšné podpory kojení je informovat všechny těhotné ženy o výhodách kojení. Bylo zjištěno, že téměř všechny nemocnice

v našem souboru nabízejí předporodní kurz, který by umožnil informovat všechny těhotné ženy. Ačkoliv tento kurz pořádaný nemocnicí využilo jen minimum respondentek, lze předpokládat návštěvu prenatálních kurzů matkami jinde. Nárůst účasti matek v předporodních kurzech dokumentuje Mydlilová, A., Schneiderová, D., Protivová, I., Šípek, A. 2008, kteří uvádí až 72% účast matek v roce 2008 v České republice.

Čtvrtý krok k podpoře kojení zahrnuje podporu kojení do jedné hodiny po porodu. Více než polovina matek v našem šetření potvrdila časné přiložení dítěte k matce po porodu, pokud rodily vaginální cestou. Protože všechny matky mají právo kojit své dítě a každé dítě má právo být kojeno, měly by být matkám poskytnuty při zahájení kojení stejné podmínky. Nemělo by záležet na způsobu porodu. Význam přínosu časného přiložení a nerušeného kontaktu matky a novorozence po porodu je nepopiratelný. Mydlilová, A. 2007 ve standardním doporučeném postupu pro časné ošetření novorozence po porodu vymezuje, že bezprostředně po porodu by měl být novorozenec pouze důkladně osušen a přiložen matce na břicho. V kontaktu kůže na kůži, by měl setrvat co nejdéle, nejlépe minimálně dvě hodiny. Zdravotníci by do procesu prvního přiložení neměli zasahovat nebo se ho snažit urychlit. První kojení by mělo trvat tak dlouho, až dítě samo pustí prs. S výjimkou speciálních okolností je možné Apgar skóre a základní fyzikální zhodnocení dítěte provést na těle matky. Pokud matka či dítě potřebují nějakou naléhavou zdravotnickou intervenci, pak by přiložení kůže na kůži mělo proběhnout hned, jakmile bude jejich stav stabilní (Mydlilová, A. 2007). Opožděné přiložení je spojeno s nižší účinností kojení a tím s vyšší potřebou dodatečné podpory kojení v dalších dnech (Koskinen, K. et al. 2014).

Pátý krok k podpoře kojení zahrnuje ukázkou kojení a udržení laktace. Zjišťovaly jsme, jestli byly matky v porodnici informovány, jak rozpoznat první příznaky hladu, zda byly seznámeny se správnou technikou kojení a jestli je personál sledoval alespoň po dobu jednoho kojení. Informovanost o tom, jak rozpoznávat příznaky hladu u novorozence byla nízká. Přitom pláč je ve většině případů už pozdní příznak hladu a může následně způsobit problémy s přikládáním. Plačící dítě se nedokáže správně přisát k prsu matky. Naprostá většina matek byla v našem šetření o technikách kojení informována. Ke stejnému výsledku dospěli také autoři ve studii z Kypru (Hadjiona, V. 2016).

Šestý krok k podpoře kojení zahrnuje, že v nemocnici není dětem podávána jiná strava s výjimkou ordinace lékaře. Novorozencům v našem souboru bylo ve většině případů první stravou mateřské mléko, avšak třetina novorozenců byla během pobytu v nemocnici dokrmována, většinou z jiných důvodů než byla ordinace lékaře. Podobně ve Švédsku během sledování dodržování deseti kroků k podpoře kojení během let 1992, 1993 a 2011 byl tento krok také problémový v dodržování (Holmerg, K. et al. 2014).

Sedmým krokem k podpoře kojení je praktikování rooming-in, umožnit matkám a dětem zůstat pohromadě 24 hodin denně. Z našeho výzkumného šetření vyplynulo, že děti nejsou

od matek zbytečně separovány. Oficiální standard vytvořený Neonatologickou společností pro péči o fyziologického novorozence uvádí, že ženy by neměly být separovány od svých dětí s výjimkou zdravotní indikace (Mydlilová, A. 2007).

Osmým krokem k podpoře kojení je podpora kojení podle potřeby. V našem šetření se však ve více než polovině případů ukázalo podporování v omezení délky trvání kojení na určitou dobu. Řada našich autorů (Mydlilová, A. 2007, Gregora, M., Pavlová, M. 2008, Kippleyová, S. 2012) popisují, že omezováním délky a frekvence kojení dochází k ústupu laktace a následným problémům při kojení. Pokud personál poskytne matce informaci, že délka kojení má být omezena (například na 20 minut) a po uplynulé době dítě stále není spokojené, matka nabyde dojmu, že je dítě hladové. Matka se začne dožadovat příkrmu a může dojít k bludnému kruhu – nespokojenost matky, nespokojenost dítěte, ústup laktace, zvýšené dokrmování. Dokrmování přinese menší procento plně kojících dětí odcházejících z porodnice. Devátým krokem podpory úspěšného kojení zahrnuje absenci náhražek formou šidítek a dudlíků. Desátým krokem k podpoře kojení je povzbuzování matek v zakládání dobrovolných skupin pro podporu kojení a upozorňovat na ně při propuštění z porodnice. V našem šetření nejčastěji respondentkami uváděnou podporou bylo poskytnutí telefonního čísla matce, kam může zavolat v případě dotazů týkajících se kojení a odkaz na laktační poradkyni. Žádná žena neodešla z nemocnice BFH s tím, že by nevěděla, kam se v případě problémů při kojení obrátit.

ZÁVĚR

Kojení je právem každé matky a právem každého dítěte. Z výzkumu vyplynulo, že většina žen přichází do porodnice rozhodnuto kojit své dítě. Cílem zdravotnických zařízení by mělo být jim k tomu nastavit vhodné podmínky. Upravit nemocniční politiku k podpoře kojení. Dnes 64 porodnic z 99 provozovaných v České republice nese titul Baby Friendly Hospital.

Etické aspekty a konflikt zájmu

Všechny respondentky byly informovány o účelu výzkumného šetření. Výzkum byl realizován v souladu s etickými normami. Autoři deklarují, že nemají konflikt zájmu.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] GASKIN, I. 2011. Průvodce kojením. Praha: Argo. 2011. 342s. ISBN 978-80-257-483-7.
- [2] GREGORA, M., PAULOVÁ, M. 2008. Péče o novorozence a kojence. Praha: Grada Publishing. 2008. 101s. ISBN 978-80-247-2564-2.
- [3] HADJIONA, V et al. 2016. Cyprus mothers breast feeding self-efficacy and their perceptions about the implementation of the „10 steps“ in the first 48 hours after birth. Midwifery. 2016. č. 36, 43-52s.
- [4] HOLMERG, K et al. 2014. A two-decade perspective on mothers experience and feelings related to breastfeeding initiation in Sweden. Sexual and Reproductive Healthcare. 2014. (3):125-130s.
- [5] KIPPLEYOVÁ, S. 2012. Sedm zásad ekologického kojení. Olomouc: Matice cyrilometodějská. 2012. 128s. ISBN 978-80-7266-379-8.
- [6] KOSKINEN, K. et al. Maternity hospital practices and breast feeding self-efficacy in Finnish primiparous and multiparous women during the immediate postpartum period. Midwifery. 2014. č. 30, 464-470s.
- [7] MYDLILOVÁ, A. 2007. Projekt na podporu, ochranu a prosazování kojení v ČR. Neonatologické listy. 2007. roč. 13, č. 2. 52s. ISSN 1211 – 1600.
- [8] MYDLILOVÁ, A., SCHNEIDEROVÁ, D., PROTIVOVÁ, I., ŠÍPEK, A. 2008. Náplň předporodních kurzů z hlediska přípravy ke kojení. Česká gynekologie. 2008. roč. 73, č. 1, 29-34s.
- [9] MYDLILOVÁ, A. 2003. Přirozená výživa novorozence – kojení – hlavní zásady. Pediatrie pro praxi. 2003. roč. 3, 128-132s. ISSN 1212-4184.
- [10] TKÁCS, L., KEJŘOVÁ, K. 2011. Zahájení kojení z hlediska psychosociálních faktorů perinatální péče. Psychologie. 2011. roč. 5, č. 1. 16-32s. ISSN 1802-8853.
- [11] WIESNEROVÁ, J. 2014. Výživa novorozenců a kojenců do jednoho roku v České republice v letech 2000 – 2013. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR. 2014. 113s.

DO NOT HELP BABY FRIENDLY HOSPITAL OF THE STEPS TO PROMOTE MELTING?



ABSTRACT

The article introduces the results of the research aimed at finding compliance with the "ten steps of breastfeeding support" at the Baby Friendly Hospital in Bohemia and Moravia. The research method was a non-standardized questionnaire developed on the basis of a "National study on practice in maternity and neonatal wards in the Czech Republic" intended for mothers during the puerperium. The survey was attended by 257 respondents. The results of the research have shown that there are certain shortcomings in the Baby Friendly Hospital in adhering to the "Ten Steps to Successful Breastfeeding". The biggest problems were the two steps of successful breastfeeding, not to give any new food or beverages other than breast milk to newborns, except for medically indicated cases, and to support breastfeeding as needed. Applying the baby to the mother and starting to breastfeed within one hour of delivery have been met in most cases in the mother after vaginal delivery. In the case of delivery by the caesarean section of the respondent, the early application was reported less frequently. Breastfeeding is the right of every mother and every child's right. Research has shown that almost

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

PhDr. Bohdana Dušová, PhD.
Ostravská univerzita, Lékařská fakulta
Ústav ošetrovatelství a porodní
asistence
Sylabova 19
703 00 Ostrava-Vítkovice
e-mail: bohdana.dusova@osu.cz

Mgr. Iveta Korená
Fakultní nemocnice Ostrava
Neonatologické oddělení
Třída 17. listopadu
708 00 Ostrava-Poruba
e-mail: I.Korena@seznam.cz

doc. PhDr. Lucie Sikorová, Ph.D.
Ostravská univerzita, Lékařská fakulta
Ústav ošetrovatelství a porodní
asistence
Sylabova 19
703 00 Ostrava-Vítkovice
e-mail: lucie.sikorova@osu.cz

all women are determined to breast-feed their baby. The goal of health care facilities should be to enable women to breastfeed. To do this, it is necessary to set appropriate conditions and adjust the hospital policy to support breastfeeding.

KEYWORDS:

Breastfeeding Support, Mother,
Baby Friendly Hospital

VZŤAH MEDZI KVALITOU ŽIVOTA A HMOTNOSŤOU, POVOLANÍM ŽIEN V KLIMAKTÉRIU

MÁRIA KOPÁČIKOVÁ
VLADIMÍR LITTVÁ
KATOLÍCKA UNIVERZITA
V RUŽOMBERKU

ANNA KRÁLOVÁ
KATOLÍCKA UNIVERZITA
V RUŽOMBERKU
ÚSTREDNÁ VOJENSKÁ
NEMOCNICA SNP RUŽOMBEROK
–FAKULTNÁ NEMOCNICA

ABSTRAKT

Cieľ: Zisťovali sme, či existujú rozdiely v hodnotení kvality života v jednotlivých doménach, zároveň či existuje štatisticky významný vzťah medzi kvalitou života žien v klimaktériu a ich BMI i povoláním žien.

Metódy: Sledovanie sme uskutočnili dotazníkovou metódou. Rozdaných bolo 210 dotazníkov. Návratnosť dotazníkov bola 97,14 % (204) a z nich 2,94 % (šesť dotazníkov) sme vyradili pre neúplnosť vyplnenia. Výskumnú vzorku tvorilo 198 respondentov. Výskum sme uskutočnili v mesiacoch apríl 2016 - november 2017 v regiónoch Slovenska. Zistené výsledky sme spracovali do sumárnej tabuľky v programe MS Excel 7.0 metódou jednorozmernej deskriptívnej štatistiky. Pre samotný výpočet a prezentáciu výsledkov bol v práci použitý štatistický program IBM SPSS Statistics 20 (Statistical Package for the Social Sciences).

Výsledky: Pri použití parametrického testu ONE WAY ANOVA sme zistili signifikanciu v doméne spokojnosť so životom (0,003), spokojnosť so zdravím (0,000), psychické

zdravie (0,000), sociálne vzťahy 0,000 a v doméne prostredie 0,000. Štatisticky významný vzťah sme zistili medzi BMI a doménou zdravie ($p < 0,05$) a medzi povoláním a doménou prostredie žien. **Záver:** Navrhujeme zvýšiť informovanosť žien o období klimaktéria o dostupných možnostiach zlepšovania kvality života a zdravia prostredníctvom letákov / brožúrok, internetu a podporovať ich k jej využívaniu, motivovať ženy k vyššej aktivite a k zdravému životnému štýlu.

KLÚČOVÉ SLOVÁ:

klimaktérium, kvalita, kvalita života, zdravie, ošetrovateľská starostlivosť

ÚVOD

Vplyvom zlepšujúcich sa životných podmienok sa život ženy v priebehu posledného storočia predlžil priemerne o tridsať rokov. Ženy predstavujú 55 % svetovej populácie a toto percento v budúcich troch desaťročiach ešte narastie. V Európskej únii predstavujú ženy v každej krajine viac než 50 % obyvateľstva. Európa má tiež vo svete najvyššie zastúpenie starých žien. Na 2 mužov vo veku 65 až 79 rokov pripadajú 3 ženy a vo veku nad 80 rokov je počet žien dvojnásobný. Údaje Štatistického úradu Slovenskej republiky (2013) o vekovej a pohlavnej štruktúre populácie svedčia nielen o jej celkovom starnutí, ale vypovedajú tiež o postupujúcej feminizácii staroby na Slovensku. Predlžuje sa aj doba, ktorú prežije žena v stave estrogénového deficitu, lebo vek, kedy prestávajú fungovať vaječníky sa nezmenil.

Na klimaktérium nepozierame ako na chorobu (podobne ako na tehotnosť), ale ako na úplne fyziologický stav daný ontogenetickým vývojom (Hofmanová, 2005, s. 54). Klimaktérium je proces, ktorý zahŕňa celú ženu, vrátane jej fyzickej, mentálnej, emocionálnej a duchovnej stránky (King et al., 2013). Fyziologicky sa vyskytuje medzi 45. a 60. rokom života ženy (Fait, 2013, s. 11). Ženy v niektorých rozvojových krajinách prichádzajú do obdobia klimaktéria skôr, čo môže byť spôsobené tým, že vo všeobecnosti majú viac detí (Overview: Menopause, 2013). Prechod z reprodukčnej do pokojovej fázy života ženy, sa na základe koncepcie WHO delí na dve fázy – perimenopauzu (klimaktérium) a postmenopauzu (Simočková, 2012).

Moderná žena plní viac rolí a úloh života. Jej zdravie a dobré fungovanie je dôležité nielen pre spokojovanie individuálnych potrieb, ale aj zo spoločenského hľadiska. Dnes je najzaužívanejšia definícia zdravia, ktorú charakterizovala WHO už v roku 1948: „Zdravie je stav úplnej telesnej, duševnej a sociálnej pohody (well – being) a nie iba neprítomnosť choroby alebo slabosti“ (Nemcová et al., 2010). S klimaktériom sú spojené mnohé zdravotné riziká, ktoré skracujú život ženy, preto je nevyhnutné oddialiť ju do čo najvyššieho veku. Podstatou všetkých zmien, sprevádzajúcich obdobie klimaktéria je zníženie tvorby ženských pohlavných hormónov – estrogénu a progesterónu (Košťanová, 2010). Ťažkosti sú veľmi rôznorodé a môžu sa medzi sebou kombinovať. Šuška et al. (2013) uvádza, že perimenopauza a postmenopauza sú obdobím veľkej hormonálnej nerovnováhy, sprevádzané vegetatívnou, psychomotorickou, metabolickou a organickou symptomatológiou. Pre rozličnosť symptomatológie a jej klinických príznakov rozdelil jednotlivé príznaky do troch skupín: príznaky akútne - klimakterický syndróm, príznaky subakútne - organický estrogén deficitný syndróm, príznaky chronické - metabolický estrogén deficitný syndróm. Pre klimakterický syndróm (akútne, vegetatívne príznaky) sú typické psychosomatické a vegetatívne prejavy, ako sú návaly tepla, potenie, nespavosť, palpitácie, tráviace ťažkosti a iné (Repková, 2006). Medzi často vyskytujúce sa psychické zmeny patrí pocit napätia, úzkosti, emocionálnej lability, apatie, straty sebadôvery, podráždenosti,

poklesu sebavedomia (Simočková, 2011). Klimaktérium sa môže prejavovať zmenami nálad, problémami so sústredením, zhoršovaním pamäti, podráždenosťou, nervozitou, pocitmi úzkosti a depresiami. Psychické zmeny často súvisia so sociálnymi zmenami žien v období klimaktéria. Faktory, ktoré u žien počas klimaktéria môžu zhoršiť tieto psychické symptómy bývajú najčastejšie problémy vo vzťahu s partnerom, prípadne rozvod, zvýšená zodpovednosť v zamestnaní, osamostatnenie dieťaťa spojené s odchodom z domu, choroba alebo dokonca úmrtie v rodine (Bruce, Rymer, 2009).

Organický estrogén deficitný syndróm (subakútne, organické príznaky) sa vyvíja v dôsledku dlhodobého nedostatku estrogénov. Vedie k degeneratívnym zmenám a teda k príznakom vo všetkých oblastiach ľudského tela. Hlavným znakom tohto syndrómu je atrofizácia slizníc v dôsledku nedostatku estrogénov a poškodenie kože, vlasov a nechťov. Poškodenie slizníc sa prejavuje najmä v pošve, močovom mechúre a močovej rúre. Nedostatok estrogénov môže viesť k atrofizácii rohovky, spojiviek a slzných žliaz (Luptáková, 2014). Metabolický postmenopauzálny syndróm sa prejavuje chronickými dlhodobými symptómami, ktoré vznikajú mnoho rokov po menopauze. Tento syndróm so sebou prináša zmeny týkajúce sa najmä látkovej premeny, predovšetkým metabolizmu tukov, uhľovodíkov a metabolizmu kostí. Konečným dôsledkom týchto porúch je vážne poškodenie zdravia a ohrozenie života. Patria k nim predovšetkým osteoporóza a kardiovaskulárne ochorenia. Mortalita na kardiovaskulárne ochorenia u žien do nástupu menopauzy, je v porovnaní s mužmi o dosť nižšia. Po nástupe menopauzy sa tento rozdiel začína znižovať a mizne okolo 60. roku života ženy (Šuška, 2013).

Kvalitu života žien v klimaktériu ovplyvňuje celý rad faktorov (zdravie, životný štýl, sociálne prostredie, hmotné zabezpečenie, pracovná aktivita, zdravotná starostlivosť, sociálne služby, bývanie, vzdelávanie, etické princípy uplatňované v spoločnosti, atď.). Kvalita života je široký a zložitý názov, ktorý súvisí s uspokojovaním potrieb. Každý človek je individualita, potreby rôznych ľudí sú iné a preto môžeme kvalitu života označiť za veľmi individuálny názov (Marková, 2010). Odráža v sebe pocit pohody, ktorý vychádza telesného, sociálneho a duševného stavu jedinca (Šamánková et al., 2011). Ako uvádza Payne (2005, s. 208) Svetová zdravotnícka organizácia (WHO, 1994) definuje kvalitu života takto: „Kvalita života je to, ako človek vníma svoje postavenie v živote v kontexte svojej kultúry, v ktorej žije, a vo vzťahu k svojim cieľom, očakávaniam, životného štýlu a záujmom“. Kvalita života sa javí v čase relatívne stabilná, negatívne vplyvy ju vychýľujú len na prechodné obdobie a pomocou kognitívnych a adaptívnych mechanizmov je pri konštantnom pôsobení podnetov udržiavaná v určitom pre jedinca relatívnom typickom rozmedzí (Gullone, Cummins, 2002; Hnilica, 2006). Podľa Gurkovej (2011) je kvalita života vyjadrená v dvoch významoch: ako normatívne kategórie (vyjadrenie optimálnej úrovne alebo stupňa približujúca sa k očakávaniam, predstavám a potrebám jednotlivcov alebo skupín) a ako všeobecný výraz na označenie špecifických charakteristík, vlastností, ktorými sa určitý objekt líši od iných objektov. Problematiku kvality života reflektujú viaceré vedné odbory (psychológia, sociológia, kultúrna antropológia, ekológia, medicína). Ich uhol

pohľadu a teda i teoretické vymedzenie toho, čo kvalita života znamená, ako aj oblasti, ktoré zahŕňa a akými metódami ju môžeme merať, je zásadne rozdielny. Meranie kvality života slúži k hodnoteniu účinnosti ošetrovateľskej, terapeutickkej a starostlivosti pôrodnej asistencie, skúmaniu dopadu choroby na život pacienta. Vyjadruje sa kvantitatívnymi a kvalitatívnymi indikátormi. Predmetom hodnotenia kvality života je život, ako najčastejší objekt hodnotenia, ktorý zahŕňa určité činnosti a javy charakteristické pre živý organizmus v kontexte s paradigmou spoločnosti – ľudský jednotlivec.

Pôrodné asistentky/sestry majú dôležitú úlohu pri ošetrovateľskej starostlivosti zameranej na ženy počas klimaktéria. Ich cieľom je zabezpečiť zdravé starnutie a udržanie sebestačnosti ženy v tomto období i počas postmenopauzy, aby si mohli uspokojovať svoje životné potreby. Dôležité je aj zapojenie na aktívnom zúčastňovaní sa v spoločenskom živote až do vysokého veku. Na úplné využitie ich zdravotného potenciálu k zdravému starnutiu je nevyhnutné zabezpečenie dostatku kvalitných informácií o tomto období.

MATERIÁL A METÓDY

Prezentujeme niektoré výsledky dotazníkového výskumu, ktorý bol realizovaný prostredníctvom štandardizovaného dotazníka kvality života WHOQL - BREF (The World Health Organization Quality of Life), doplneného o položky vlastnej konštrukcie. Cieľom bolo zistiť, či existujú rozdiely v hodnotení kvality života a v jednotlivých doménach a zároveň či existuje štatisticky významný vzťah medzi kvalitou života žien v klimaktériu, ich BMI a pohlavím žien v klimaktériu. Výskum prebiehal v mesiacoch apríl 2016 – november 2017. Dotazník bol administrovaný bol osobne a sprostredkované v zariadeniach ambulantnej zdravotnej starostlivosti o ženu Slovenska. Rozdaných bolo 210 dotazníkov. Návratnosť bola 97,14 % (204) dotazníkov a 2,94 % (šesť dotazníkov) sme vyradili pre neúplnosť vyplnenia. Zistené výsledky sme spracovali do sumárnej tabuľky v programe MS Excel 7.0 metódou jednorozmernej deskriptívnej štatistiky. Pre samotný výpočet a prezentáciu výsledkov bol v práci použitý štatistický program IBM SPSS Statistics 20 (Statistical Package for the Social Sciences).

CHARAKTERISTIKA VÝSKUMNEJ VZORKY

Výskumný súbor tvorilo 198 (100 %) žien v klimaktériu, ktoré vyjadrili svoj súhlas s účasťou na výskumnej štúdiu, nepresiahli vek 62 rokov a posledná menštruácia bola pred dvomi rokmi. Priemerný vek žien bol 56,25 roka vo vekovom rozpätí 48 – 61 rokov. Najväčšie skupinu 32 (16 %) tvorili ženy narodené v roku 1957 (60 rokov). Z celého súboru žien bolo 140 (70,7 %) vydatých, 22 (11,1 %) žien uviedlo stav vdova, slobodných bolo 20 (10,1 %). Stav rozvedená uviedlo 16 (8,1 %) žien. Podľa počtu pôrodov 37 (18,7 %) žien nerodilo, najviac žien 62 (31,3 %) rodilo 2 krát a tri ženy (1,5 %) uviedli 11 pôrodov. Najpočetnejšie zastúpenie vo výskumnej vzorke z hľadiska vzdelania tvorili ženy

so stredným vzdelaním s maturitou 94 (47,5 %), vysokoškolské vzdelanie uviedlo 52 (26,3 %) a odborné 34 (17,2 %) žien. So základným vzdelaním bolo 17 (8,6 %) žien a neúplné základné vzdelanie uviedla jedna žena (0,5 %). Profesionálne aktívnych bolo 141 (71,2 %) žien, starobný dôchodok poberalo 21 (10,6 %) žien a invalidný dôchodok 19 (9,6 %) žien. Nezamestnaných bolo 17 (8,6 %) žien. Z mesta nad 100 000 obyvateľov bolo 14 (7,1 %) žien, 88 (44,4 %) žien bývalo v meste do 100 000 obyvateľov a najviac žien 96 (48,5 %) udalo bydlisko vidiek.

Tabuľka 1: Charakteristika respondentov z hľadiska výšky, hmotnosti n 198

premenná	m	minimum	maximum	med	SD
Výška	165,01	151,00	175,00	165,00	5,27
Hmotnosť	76,77	54	105	75,00	11,019

Priemerná výška žien sa pohybovala na úrovni 165,1 cm v rozpätí 151 až 175 cm. Najväčšia bola skupina 37 (18,7 %) žien s výškou 165 cm. Priemerná hmotnosť žien bola na úrovni 76,77 kg v rozpätí 54 až 105 kg. Hmotnosť 69 kg sme zistili u 20 (10,1 %) žien a tiež 20 (10,1 %) žien udalo hmotnosť 78 kg. Na základe údajov o výške a hmotnosti sme vypočítali každej žene BMI. Priemerné BMI žien sa pohybovalo na úrovni 27,93 v rozpätí 20 až 39.

Tabuľka 2: Charakteristika respondentov podľa BMI n 198

	normálna hmotnosť	nadváha	obezita 1. stupňa	obezita 2. stupňa	obezita 3. stupňa	spolu
n	52	88	43	15	0	198
%	26,26	44,44	21,72	7,58	0	100

Podľa BMI najväčšiu skupinu vo výskumnom súbore tvorilo 88 (44,44 %) žien s nadváhou, 52 (26,26 %) malo normálnu hmotnosť. Obezitu 1. stupňa sme zistili u 43 (21,72 %) žien a obezitu 2. stupňa u 15 (7,58 %) žien. (tab. 2)

VÝSLEDKY

Priemerný vek zistenia prvých príznakov menopauzy bol 47,77 roka v rozpätí 39 až 58 rokov. Poslednú pravidelnú menštruáciu udávali ženy v rozpätí 1 – 20 rokov, priemer 4,76 rokov. Najväčšiu skupinu tvorili ženy 29,3 % (58), ktoré mali poslednú pravidelnú menštruáciu pred 2 rokmi, jedna žena (0,5 %) pred 11 rokmi a jedna žena (0,5 %) pred 20 rokmi. Najviac 40 žien udávalo prvé príznaky vo veku 50 rokov. Priemerná dĺžka trvania príznakov bola 20,27 mesiaca. Dĺžku trvania príznakov 12 mesiacov udávalo najviac z celého sledovaného súboru 56 (28,3 %) žien. Ako najvýraznejšie príznaky označili ženy návaly, potenie a zmeny nálady.

Tabuľka 3: Výsledková tabuľka testu ANOVA

n 198

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
spokojnosť so životom	Between Groups	38,364	29	1,323	2,042	,003
spokojnosť so zdravím	Between Groups	42,133	29	1,453	3,203	,000
fyzické zdravie	Between Groups	4,262	29	,147	1,187	,248
psychické zdravie	Between Groups	86,733	29	2,991	24,591	,000
sociálne vzťahy	Between Groups	18,903	29	,652	2,484	,000
prostredie	Between Groups	19,267	29	,664	3,402	,000

p<0,05

Meán odpovedí skupín v doméne kvalita života bol 0,296 a 0,752, F 0,394, spokojnosti so zdravím 0,237 a 0,604, F 0,392, fyzické prostredie 0,222 a 0,126, F 1,759. Meán v doméne psychologickkej bol 0,473 a 0,545, F 0,868, sociálne vzťahy 0,008 a 0,323, F 0,024, v doméne prostredie bol meán 0,541 a 0,262 F 2,070. Vzhľadom normálnu Gaussovu krivku, teda normálne rozdelenie pravdepodobnosti sme použili parametrický test analýzy rozptylu v podobe ONE WAY ANOVA testu. Hladinu významnosti sme zadefinovali na úrovni 0,05 pravdepodobnosti chyby prvého druhu, čo zodpovedá 5 %. Pri použití parametrického testu ONE WAY ANOVA sme zistili signifikanciu v doméne spokojnosť so životom (0,003, spokojnosť so zdravím (0,000), psychické zdravie (0,000), sociálne vzťahy 0,000 a v doméne prostredie 0,000. (tab. 3)

Tabuľka 4: Vplyv povolania (Bravais-Pearson Correlation)

n 198

		život	zdravie	fyzické zdravie	psychické zdravie	sociálne vzťahy	prostredie
BMI	Pearson Correlation	-,001	-,147*	-,030	-,036	,026	-,030
	Sig. (2-tailed)	,985	,040	,671	,620	,712	,677
povolanie	Pearson Correlation	-,131	-,25	-,022	,113	-,175	0,142*
	Sig. (2-tailed)	,067	,000	,760	,115	,014	,046

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Na zistenie subjektívneho vnímania života žien v klimaktériu sme využili dotazník WHOQOL-BREF, ktorý je stručnejší, úspornejší na čas, pričom predovšetkým prihliada na skúmané osoby. Ženy odpovedali v rozpätí od 1 do 5 bodov. Pri zisťovaní vzťahu (súvisu) sme využili Bravais-Pearsonov korelačný koeficient. Tento korelačný koeficient je mierou sily lineárnej štatistickej závislosti dvoch číselných premenných. Hladinu štatistickej významnosti sme nastavili na úrovni 0,01 pravdepodobnosti chyby a s ňou sme porovnávali dosiahnutú štatistickú významnosť. Zistili sme štatisticky významný vzťah medzi BMI a doménou zdravie ($p < 0,05$) a medzi povolaním a doménou prostredie žien. (tab. 4)

DISKUSIA

Oblasť fyzického a psychosomatického zdravia je v medicíne a v zdravotníctve ťažiskom skúmania kvality života. Najčastejšie sa objavuje pojem „kvalita života je ovplyvnená zdravím“. Znamená to, že je možné špecifikovať subjektívny pocit životnej pohody s prítomnosťou choroby, úrazu, liečby a s jej vedľajšími účinkami. Okrem úspešnej či neúspešnej terapie sledujeme objektívne a subjektívne údaje o psychickom a fyzickom stave jedince (Payne, 2005).

Podľa získaných údajov prvé príznaky klimaktéria zistilo vo veku 50 rokov 25 % žien. Mediánny vek NPM u kaukazoidných žien v rozvinutých krajinách je v rozmedzí od 50 do 52 rokov a nástup perimenopauzy je 47,5 rokov (Gold, 2011). McTiernan et al. (2006) uvádza, že sa zistilo, že dolná hodnota BMI je spojená so skorším nástupom menopauzy. Ako najvýraznejšie uviedlo najviac žien návaly, potenie a zmeny nálady. Príznaky ako sú nočné potenie, návaly tepla, a rozličné psychické príznaky sa u žien vyskytujú veľmi často, tak ako aj v perimenopauzálnom období (Višňovský, 2012). Podľa Ženskej zdravotnej iniciatívy (Women's Health Initiative) až 60 % žien pociťuje návaly tepla rôznej intenzity, zatiaľ čo 23 % žien uviedlo, stredne ťažké až ťažké návaly tepla (Wang-CHeng, Neuner, Barnabei, 2007). Štatistiky uvádzajú, že u Afroameričaniek je omnoho častejší výskyt návalov tepla v porovnaní s Američankami bielej pleti, ale u žien z Japonska je oveľa nižší výskyt týchto príznakov v porovnaní s Američankami (Sievert, Morrison, Brown, Reza, 2007). Obezita ovplyvňuje výskyt nepriaznivých zdravotných stavov a závažnejších vazomotorických príznakov počas klimaktéria. Podľa výsledkov výskumu Mišinovej et al. (2013) 86 % žien bolo spokojných až veľmi spokojných s kvalitou svojho života a so svojím zdravím bolo spokojných 66 % žien. Telesné problémy, ako sú osteoporóza, kardiovaskulárne choroby a obezita môžu priamo zasahovať do sexuality a to prevažne zhoršenou pohyblivosťou, alebo nepriamo, zhoršovaním celkového subjektívneho pocitu zdravia (Fischerova, 2007). Podľa Kolcaba (1994) komfort je uspokojenie základných ľudských potrieb, uvoľnenie, úľava, pohodlie a transcendencia v kontexte fyzickom, psychickom, spirituálnom a sociálnom, ktoré vyplývajú z konkrétnej zdravotnej situácie. Jedná sa o ucelený koncept, ktorý pomáha charakterizovať oblasť telesnej a psychickej pohody, sociálnych vzťahov, somatických aspektov spojených s ochorením a liečbou,

v neposlednom rade i so spiritualitou (Gurková, 2011). Navrhujeme zvýšiť informovanosť žien o období klimaktéria, o dostupných možnostiach zlepšovania kvality života a zdravia prostredníctvom letákov/brožúrok, internetu a dostatočne edukovať ženy o všetkých úskaliach klimaktéria, nemožno očakávať, že ženy budú dodržiavať liečebné opatrenia, keď nepochopili dôvody, prečo by tak mali robiť. Predchádzať problémom spojenými s klimaktériom preventívnymi opatreniami (preventívne prehliadky, pohybová aktivita, mamografia, denzimetria...). Podporovať a motivovať ženy k vyššej aktivite a k zdravému životnému štýlu.

ZÁVER

Pre mnoho žien znamená klimaktérium (menopauza) koniec kvalitného života, pretože sa domnievajú, že to znamená stratu ženstva a dôstojnosti. Otázka kvality života nespočíva len v tom ako človek žije, skôr je daná v odpovedi prečo tak žije, v hľadaní dôvodov a významov, v hodnotení subjektívnej aktivity v kontexte celku života a jeho zmyslu (Nemčeková, 2004, s. 671). Na kvalitu života vplýva mnoho faktorov. Preto je dôležité ich vedieť rozpoznať a vedieť pomôcť žene ako sa vyrovnáť s novou rolou, s novou situáciou (Dragonová, 2006, s. 128). Ak je žena uvoľnená problémy a konflikty, podobne ako osobné vzťahy doma i v zamestnaní zvládne ľahšie (Moraučíková, 2015, in Kamanová, Kucharska, 2015).

Vo výskume sme sa zamerali na zistenie, či existujú rozdiely v hodnotení kvality života v jednotlivých doménach a zároveň či existuje štatisticky významný vzťah medzi kvalitou života žien v klimaktériu a ich BMI a povoláním. Výsledky nášho výskumu nemôžeme paušalizovať, ale minimálne potvrdzujú príčinnú súvislosť sledovaných premenných, ktoré majú priamy alebo nepriamy vplyv na zmenu kvality života žien v klimaktériu.

Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia sú predovšetkým zamerané na udržanie a podporu zdravia, navrátenie zdravia, rozvoj sebestačnosti, zmierňovanie utrpenia nevyliciteľne chorého človeka a zaistenie pokojného umierania a smrti. Ale tiež sa významne podieľa na prevencii, diagnostike, terapii a rehabilitácii. Pôrodná asistentka/sestra pomáha jednotlivým ženám a skupinám žien, aby boli si schopné samostatne uspokojovať základné fyziologické, psychosociálne a duchovné potreby. Svojím zameraním na zdravie a jeho podporu plní dôležitú rolu v oblasti prevencie. Dôležitý je okrem samotnej ošetrovateľskej starostlivosti aj prístup samotnej ženy.

Klimaktérium nepredstavuje koniec doterajšieho života, je to iba zakončenie určitej životnej etapy, po ktorej nasleduje ďalšia. Záleží tiež na prístupe samotnej ženy, lebo pesimistický prístup k čomukoľvek rozhodne situáciu nerieši. Ak žena žila celý život kvalitne, vychovala deti, môže sa teraz naplno venovať svojim záľubám, vnúcatám a sebe samej.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] BRUCE, D., RYMER, J. 2009. Symptoms of the menopause. *Best Pract Res Clin Obst and Gynaec* 2009;23:25–32.
- [2] DRAGONOVÁ, H. 2006. Sociálna starostlivosť. Martin: Osveta, 2006. 196 s. ISBN 978-80-8063-240-3.
- [3] GOLD, E. B. 2011. The timing of the age at which natural menopause occurs. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2011;(38):425–40.
- [4] GULLONE, E., CUMMINS, R. A. 2002. The Universality of Subjective Wellbeing Indicators. London: Kluwer Academic Publisher, 2002. ISBN 978-94-010-0271-4.
- [5] GURKOVÁ, E. 2011. Hodnocení kvality života pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. Praha : Grada, 2011. 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.
- [6] HNILICA, K. 2006. Diagnóza a vĕk moderují vztah mezi zdravím, emočním životem a spokojeností se životem. *Československá psychologie*. 2006, ročník 50, číslo 6, s. 484-506.
- [7] HOFMANNOVÁ, L. 2005. Klimakterium. In *Sestra*. Praha, Strategie. 2005, č. 4, s. 54.
- [8] FAIT, T. 2013. Klimakterická medicína. 2. prepracované vydanie. Praha: Maxdorf, 2013. 189 s. ISBN 978-80-7345-342-8.
- [9] FISHEROVÁ, E., KÜHREROVÁ, I. 2007. Jak přirozenou cestou vyrovnat hladinu hormonů. 1. vyd. Bratislava: Noxi, s.r.o., 2007. 128 s. ISBN 978-80-89179-53-4.
- [10] KING, T. L. a kol. 2013. *Varney's Midwifery*. 5. vyd. Burlington: Jones & Bartlett Publishers, 2013. p. 1200. ISBN - 13: 9781284025422.
- [11] KOLCABA, K. Y. 1994. A theory of holistic comfort for nursing. In *Journal of Advanced Nursing*, 1994; 19: s. 1178 - 1184.
- [12] KOŠŤANOVÁ, Z. 2010. Ako sa pripraviť na klimaktérium. In *Lekárnik : odbornoinformačný mesačník pre lekárnikov*. Bojnice: Unipharma Prievidza. 2010, r. XV., č. 11, s. 26-29.
- [13] LUPTÁKOVÁ, L. 2014. Biológia reprodukčného a postreprodukčného veku žien. [online]. Bratislava: UK, Prírodovedecká fakulta, 2014. 70 s. [cit. 2018-02-11]. Dostupné na internete: https://fns.uniba.sk/fileadmin/prif/biol/kan/studium/BioReprPostrepr_2014.pdf
- [14] MARKOVÁ, M. 2010. *Sestra a pacient v paliatívnej péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 128 s. ISBN 978– 80 -247- 3171- 1.
- [15] MC TIERNAN, A., WU, L., CHEN, C., CHLEBOWSKI, R., MOSSAVAR-RAHMANI, Y., MODUGNO, F. et al. 2006. Relation of BMI and physical activity to sex hormones in postmenopausal women. *Obesity (Silver Spring)* 2006;14:1662–77. [PubMed]

- [16] MIŠINOVÁ, M., SLUGEŇOVÁ, E., ČERVEŇANOVÁ, E., JURDÍKOVÁ, K. 2013. Vplyv hormonálnej substitučnej liečby na kvalitu života žien v klimaktériu. In Farmakoeconomika a lieková politika, 2013; (9)2: 3-9.
- [17] MORAUČÍKOVÁ, E. 2015. Životné obdobie ženy – klimaktérium. s. 150 – 179 In KAMANOVÁ, I., KUCHARSKA, E. 2015. Wybrane aspekty opieki nad osobami starszymi z perspektywy opieki zdrowotnej i pracy socjalnej. Brno: Tribun. 2015. 384, ISBN 978-80-263-0883-6.
- [18] NEMCOVÁ, J., HLINKOVÁ, E. et al. 2010. Moderná edukácia v ošetrovatelstve. Martin: Osveta, 2010. 260 s. ISBN 978-80-8063-321-9.
- [19] NEMČEKOVÁ, M. a kol. 2004. Práva pacientov, medicínske, ošetrovateľské a filozoficko-etnické súvislosti. Martin: Osveta, 2004. 213 s. ISBN 80- 8063-162-X.
- [20] Overview: Menopause. 2013. [online]. [cit. 2017-01-17]. Dostupné na internete: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK169145/#!po=93.7500>.
- [21] PAYNE, J. a kol. 2005. Kvalita života a zdraví. Praha : Triton, 2005. s. 630. ISBN 80-7254-657-0.
- [22] REPKOVÁ, A. a kol. 2006. Gynekologické ošetrovatelstvo. Martin: Osveta, 2006. 138 s. ISBN 80-8063-236-7.
- [23] SIMOČKOVÁ, V. 2012. Starostlivosť o ženu v klimaktériu a postmenopauze. In Sestra. Bratislava, ECOPRESS. 2012, r. XI., č. 9-10, s. 43-44.
- [24] SIMOČKOVÁ, V. 2011. Gynekologicko – pôrodnické ošetrovatelstvo. 1. vyd. Martin: Osveta, 2011. 214 s. ISBN 978-80-8063-362-2.
- [25] SIEVERT, L. L., MORRISON, L. A., BROWN, D. E., REZA, A. M. 2007. Vasomotor symptoms among Japanese-American and European-American women living in Hilo, Hawaii. Menopause 2007;14:261–9.
- [26] ŠAMÁNKOVÁ, M. et al. 2011. Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. s. 136. ISBN 978-80-247-3223-7.
- [27] ŠTATISTICKÝ ÚRAD SR. 2013. Vývoj obyvateľstva v Slovenskej republike a krajoch v roku 2012. Bratislava: ŠÚ SR, 2013. 134 s. ISBN 978-80-8121-236-9.
- [28] ŠUŠKA, P. et al. 2013. Vybrané kapitoly z gynekológie. 2. vyd. Bratislava : UK, 2013. 296 s. ISBN 978-80-223-3367-2.
- [29] VIŠŇOVSKÝ, J. 2012. Ovariálny a menštruačný cyklus. Martin: Jesseniova LFUK, 2012. 148 s. ISBN 978-80-89544-15-8.
- [30] WANG-CHENG, R., NEUNER, J. M., BARNABEI, V. M. 2007. Menopause. USA: American college of physicians; 2007.

THE RELATIONSHIP BETWEEN QUALITY OF LIFE AND WEIGHT, THE OCCUPATION OF WOMEN IN CLIMACTERIUM

ABSTRACT

Objective: We found out whether there are differences in the quality of life in individual domains, as well as whether there is a statistically significant relationship between the quality of life of men in the menopause and their BMI and the vocation of women.

Methods: We conducted the survey using a questionnaire. 210 questionnaires were distributed. The return of the questionnaires was 97.14% (204), and we deducted 2.94% (six questionnaires) for incomplete filling. A survey sample was made up of 198 respondents. We conducted our research in the months of April 2016 - November 2017 in the regions of Slovakia. We processed the results into a summary table in MS Excel 7.0 using one-dimensional descriptive statistics. For the calculation and presentation of the results, the statistical program IBM SPSS Statistics 20 (Stats. Package for Social Sciences) was used.

Results: Using the ONE WAY ANOVA parameter test, we found the significance in the domain life satisfaction (0.003), health satisfaction (0.000), mental health (0.000), social relationships 0.000, and 0.000 environment in the domain. We found a statistically significant relationship between BMI and the health domain ($p < 0.05$), and between women's occupation and domain.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

doc. PhDr. Mária Kopáčiková, PhD.
Katolícka univerzita v Ružomberku
Fakulta zdravotníctva
Námestie A. Hlinku 48
034 01 Rožumberok
Slovakia
e-mail: maria.kopacikova@gmail.com

Mgr. Anna Kráľová
Katolícka univerzita v Ružomberku
Fakulta zdravotníctva
Námestie A. Hlinku 48
034 01 Rožumberok
Slovakia

Ústredná vojenská nemocnica SNP
Ružomberok – FN
ul. gen. Miloša Vesela 21
034 01 Ružumberok
Slovakia
e-mail: anna.kralova88@gmail.com

doc. PhDr. Vladimír Littva, PhD., MPH.
Katolícka univerzita v Ružomberku
Fakulta zdravotníctva
Námestie A. Hlinku 48
034 01 Rožumberok
Slovakia
e-mail: vladimir.littva@ku.sk

Conclusion: We propose to raise awareness among women about the climacterium period about available options for improving quality of life and health through leaflets / brochures, the Internet and to encourage them to use it, to motivate women to become more active and to have a healthy lifestyle.

KEYWORDS:

climacteric, quality, quality of life,
health, nursing care

STAROSTLIVOSŤ O ZDRAVIE U ŽIEN V OBDOBÍ KLIMAKTÉRIA

EVA MORAUČÍKOVÁ
MÁRIA KOPÁČIKOVÁ
KATOLÍCKA UNIVERZITA
V RUŽOMBERKU



ABSTRAKT

Nárast počtu žien stredného a staršieho veku v posledných rokoch priniesol vzostup počtu žien, ktoré žijú väčšiu časť života v hypoestrogénnom stave. Do roku 2025 sa očakáva, že počet postmenopauzálnych žien sa celosvetovo zvýši na 1,1 miliardy (The North American Menopause Society, 2018). Veľkou výzvou pre zdravotníkov je starostlivosť o ženy v tomto období ich života, nakoľko sa jedná o jednu z kľúčových zložiek života človeka.

KLÍČOVÁ SLOVA:

Klimaktérium, žena, starostlivosť
o zdravie, preventívna prehliadka

ÚVOD

„Klimaktérium je prechodná fáza medzi obdobím plnej pohlavnej zrelosti a obdobím staroby. V klimaktériu sa končí menštruačné krvácanie riadené vaječníkmi a nastáva menopauza“ (Martius, Breckwoldt, Pfleiderer, 1997). Celé obdobie klimaktéria treba chápať ako obdobie veľkej hormonálnej nerovnováhy, sprevádzané bohatou vegetatívnou, psychosomatickou a metabolickou symptomatológiou, ktorá je zapríčinená významnými zmenami v produkcii ovariálnych hormónov, hlavne poklesom produkcie estrogénov. Jednotlivé symptómy zaradujeme do troch skupín:

- 1) klimakterický syndróm (zaradujeme sem psychosomatické a vegetatívne prejavy ako: návaly tepla, potenie, depresívne stavy, palpitácie, podráždenosť a iné),
- 2) metabolický postmenopauzálny syndróm (zaradujeme sem zmeny metabolizmu lipidov a kostného metabolizmu a s tým súvisiace riziko kardiovaskulárnych ochorení a rizika vzniku osteoporózy),
- 3) organický postmenopauzálny syndróm (ide o trofické zmeny na orgánových systémoch) (Šuška a kol., 2003).

STAROSTLIVOSŤ O ZDRAVIE ŽIEN

V období klimaktéria môžu ženy trpieť niektorým zo syndrémov resp. symptémov typickým pre toto životné obdobie, čo negatívne ovplyvní ich doterajší spôsob života a celkovú kvalitu ich života. Dobrý koncept starostlivosti o ženu v období klimaktéria, dokáže pozitívne ovplyvniť kvalitu života ženy. Predpokladá sa, že veľa ochorení sa u žien vyvíja od skorej mladosti a tak skorá prevencia má začať dávno pred menopauzou. Dôležité je, aby žena raz za dva roky absolvovala preventívnu prehliadku u všeobecného lekára, ktorá je zameraná na monitoring: váhy, vitálnych funkcií, KO, hladina cholesterolu a triacylglycerolov, rozbor moču, po 40 roku života EKG a po 50 roku života vyšetrenie okultného krvácania v stolici. Raz do roka je potrebné absolvovať preventívnu prehliadku u gynekológa, ktorej súčasťou je odber na cytológiu, vyšetrenie prs, USG, kolposkopia atď. Lekár môže ženu odoslať na mamografiu alebo denzitometriu. Cieľom mamografického vyšetrenia je včasné odhalenie nádorového procesu v prsníku. Podľa Vitárius a Luhu (2013) môžeme definovať zmysel preventívnych prehliadok ako zásah do patologického procesu a to je cieľom každej preventívnej prehliadky. Účelom preventívnej prehliadky je predchádzať alebo odhaliť príznaky chorobného procesu ešte predtým ako nastane ich klinický priebeh. Nesmie sa opomenúť preventívna prehliadka u stomatológa (raz ročne) a u žien po 50 roku života, ktoré majú v rodinne nádorové ochorenie konečníka, alebo hrubého čreva sa odporúča raz za 10 rokov návšteva gastroenterológa s možnosťou kolonoskopického vyšetrenia. Kolonoskopické vyšetrenie môže včas odhaliť karcinóm hrubého čreva, ktorý sa v staršom veku častejšie vyskytuje.

Počas preventívnych prehliadok by mala byť žena edukovaná o zmenách, ktoré v jej tele nastanú v období klimaktéria, o najčastejších problémoch, ktoré sa v tomto období vyskytujú a o správnej životospráve. Ženy, ktoré sú poučené o zmenách v klimaktériu reagujú na príznaky rozumnejšie, nie so strachom a obavami. Snažia sa o aktívne riešenie problémov a pravidelne navštevujú svojho gynekológa (Macků, Macků, 1996). Počas preventívnej gynekologickej prehliadky je priestor na vyriešenie prípadných problémov so sexuálnym diskomfortom nakoľko v období klimaktéria môže dôjsť k suchosti pošvy a k poklesu sexuálnej aktivity. Tento problém sa môže vyriešiť lokálnou aplikáciou hormonálnych prípravkov, ktoré predpíše lekár. Pomáhajú aj voľne predajné prípravky, ktorých cieľom je zvlhčiť, alebo udržať vlhkosť v pošve. Pravidelný pohlavný styk podporuje prietok krvi v pohlavných orgánoch a tým sa eliminuje pocit suchosti a svrbenia v pošve (The North American Menopause Society, 2018). V období klimaktéria sa popisuje zvýšená prevalencia inkontinencie moču. Správnym a cieľným cvičením sa dá tento stav úspešne upraviť (Kolarova, 2018). Tento problém je možné riešiť počas preventívnej gynekologickej prehliadky resp. gynekológ odporučí ženu na urogynekologické vyšetrenie. Do starostlivosti o zdravie radíme aj starostlivosť o chrup a dutinu ústnu. Návšteva stomatológa sa odporúča raz ročne. Ženy v období klimaktéria majú používať zubnú pastu a ústnu vodu s obsahom floridu.

Ak má žena diagnostikovanú osteoporózu, má o tejto skutočnosti upovedomiť svojho stomatológa a poskytnúť mu výsledok denzitometrického vyšetrenia a informáciu o medikamentóznej liečbe, ktorú užívajú v súvislosti s osteoporózou. Pri osteoporóze môže byť znížená hustota kostného tkaniva najmä v oblasti hornej čeľuste, čo s nedostatkom estrogénov, ktoré vedú ku redukcii ďasien, môže spôsobiť vypadávanie zubov. Tento stav sa zhoršuje ak je v dutine ústnej prítomná paradontitída (The North American Menopause Society, 2018).

Problémom žien v staršom veku je aj výskyt Alzheimerovej choroby, ktorého výskyt je ovplyvnený rovnakými rizikovými faktormi ako srdcový infarkt a existujú dôkazy, že nedostatok estrogénov v súvislosti s menopauzou môže viesť k rozvoju tejto choroby. Priaznivé vplyvy estrogénov na rozvoj aterosklerózy a vysoká incidencia ischemickej choroby srdca a hypertenzie u žien po menopauze, vedú k snahám o prevenciu kardiovaskulárneho ochorenia. Vzhľadom na častý výskyt ochorenia je nevyhnutné venovať maximálnu pozornosť prevencii a skorému rozpoznaní začatých patologických procesov. V primárnej a sekundárnej prevencii ochorenia je potrebné trvať na jednoduchých a efektívnych zásadách zdravého života (Novysedláková, 2017).

V dnešných časoch sa opakujú rozmanité edukačné témy stále dokola a tieto informácie už pre ženy nemusia byť atraktívne. Úlohou zdravotníckych pracovníkov je ženu informovať na základe jej špecifických problémov, nie je potrebné ju zahlcovať zbytočnými informáciami. Pri edukácii žien si všímame ich názor na zdravie, postoje, hodnotový systém k vlastnému zdraviu, spoluprácu ženy pri edukačnej činnosti a následné dodržiavanie inštrukcií (Magerčiaková, 2015 in Kamanová, Kucharska, 2015).

Ženy všetkých vekových kategórií majú rôzne návyky, ktoré dopadajú na ich zdravie. Sociálna kognitívna teória identifikuje faktory (správanie, vzdelanie, vlastnosti osoby, prostredie v ktorom osoba žije), ktoré ovplyvnia kto a do akej miery môže zmeniť starý spôsob života za nový. Sociálna podpora je kľúčový faktor na ceste k podpore zdravia a ženy, v tejto fáze života majú byť obklopené rovesníčkami, s bohatými životnými skúsenosťami a múdrosťou, ktorú sú ochotné zdieľať. Pri zmene životného štýlu je potrebné brať do úvahy psychosociálne faktory, hodnoty a vieru. Aktivity, ktoré vedú ku zmene životného štýlu sa môžu realizovať v súkromí (domácnosť) ženy, v skupinách (kluby zdravia), alebo dokonca na pracovisku (pracovisko zamerané na boj proti rôznym rizikovým faktorom, ktoré ovplyvňujú zdravie a pracovný výkon zamestnancov).

Medzi aktivity na podporu zdravia, na ktoré je potrebné sa zamerať aj v období menopauzy, môžeme zaradiť:

- odvykanie od fajčenia,
- manažment stresu,
- udržanie ideálnej hmotnosti,
- správnu výživu ako prevenciu kardiovaskulárnych ochorení,
- prevencia pred onkologickými ochoreniami,
- prevencia osteoporózy,
- podpora pohybovej aktivity, pravidelné cvičenie,
- dostatok spánku a odpočinku (Zrubáková, Herinková, 2017),
- sexuálne zdravie a prevencia pohlavne prenosných ochorení,
- používanie prilby na prevenciu úrazov hlavy,
- prevencia vzniku cukrovky, mozgovej porážky a iných ochorení (Gulanick, Myers, 2017).

ZÁVER

Ideálny prístup k populácii perimanopauzálnych, ale najmä postmenopauzálnych žien spočíva v starostlivosti o všetky okolnosti, ktoré môžu zlepšiť fyzické, psychické, sociálne a spirituálne pocity pohody a zvýšiť kvalitu života žien. Manažment komplexnej starostlivosti o zdravie žien v klimaktériu si vyžaduje spoluprácu medzi gynekológom, psychiatrom, psychológom, endokrinológom a podľa potreby aj ďalším odborníkom napr. sestrou a pôrodnou asistentkou. Preventívne prehliadky by mali byť súčasťou nového pohľadu na vlastné zdravie a na život, na vstup do novej, nie konečnej, životnej etapy.

Príspevok je spracovaný v rámci projektu KEGA s názvom Empirická štúdia vplyvu klimaktéria na zdravie žien č. 029KU-4/2016.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] GULANICK, M., MYERS, J. L. 2017. Nursing Care Plans, Ninth Edition. ST. Louis, Missouri: Mosby, an imprint of Elsevier Inc. 2017. s. 991, ISBN 978-0-323-4218-7.
- [2] KOLAROVÁ, M. 2018. Tréning svalov panvového dna pri inkontinencii moču u žien v období klimaktéria. In Logos Polytechnikos. roč. 9, č. 2, ISSN 1804-3682, s. 68-74.
- [3] MACKŮ, F., MACKŮ, J. 1996. Gynekologové ženám. Praha: Grada. 1996, s. 264, ISBN 80-7169-323-5.
- [4] MAGERČIAKOVÁ, M. 2015. Edukácia seniora pri hemodialýze. s. 212 – 239 In KAMANOVÁ, I., KUCHARSKA, E. 2015. Wybrane aspekty opieki nad osobami starszymi z perspektywy opieki zdrowotnej i pracy socjalnej. Brno: Tribun. 2015. 384, ISBN 978-80-263-0883-6.
- [5] MARTIUS, G., BRECKWOLDT, M., PFLEIDERER, A. 1997. Gynekologie a porodnictví. Martin: Osveta. 1997. s. 648, ISBN 80-888-2456-7.
- [6] NOVYSEDLÁKOVÁ, M. 2017. Prevencia kardiovaskulárnych ochorení u žien v klimaktériu. In Zdravotnícke štúdie. roč. IX, č. 2, ISSN 1337-723X, s.43 – 46.
- [7] THE NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY. 2018. Menopause. [online]. [cit. 4.4.18]. Dostupné na: <http://www.menopause.org/publications/clinical-care-recommendations/chapter-1-menopause>.
- [8] VITÁRIUS, L., LUHA, J. 2013. Záchytnosť ochorení počas komplexných preventívnych prehliadok. In: Forum statisticum Slovaca. roč. IX, č. 2, ISSN 1336-7420, s. 216-224.
- [9] ŠUŠKA, P. et al. 2003 Vybrané kapitoly z gynekológie. Bratislava: Univerzita Komenského Bratislava. 2003. s. 256, ISBN 80-223-1818-3.
- [10] ZRUBÁKOVÁ, K., HERINKOVÁ, A. 2017. Úlohy sestry pri eliminácii nežiaducich účinkov liečby rakoviny krčka maternice. In: Zdravotnícke štúdie. roč. IX, č.2, ISSN 1337-723X, s.25-29.

HEALTH CARE FOR WOMEN DURING THE CLIMACTERIUM



ABSTRACT

The increase of women in middle age and old age has brought rise of women which live the majority of their lives in hypoestrogenic condition. By the year 2025, the number of postmenopausal women is expected to rise to 1.1 billion worldwide (The North American Menopause Society, 2018). The biggest challenge for healthcare worker is care for women in this period of life, because this is one of the key aspects of life.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

PhDr. Bc. Eva Moraučíková, PhD.
Katolícka univerzita v Ružomberku
Fakulta zdravotníctva
Námestie A. Hlinku 48
034 01 Rožumberok
Slovakia
e-mail: eva.moraucikova@ku.sk

doc. PhDr. Mária Kopáčková, PhD.
Katolícka univerzita v Ružomberku
Fakulta zdravotníctva
Námestie A. Hlinku 48
034 01 Rožumberok
Slovakia
e-mail: maria.kopacikova@gmail.com

KEYWORDS:

climacteric, woman, health care,
preventive medical examination

ADAPTACE NEMOCNÉHO S CROHNOVOU CHOROBU NA ZMĚNY V OBLASTI BIOLOGICKÝCH, PSYCHICKÝCH A SOCIÁLNÍCH POTŘEB

HANA OCHTINSKÁ
VERONIKA MUSILOVÁ
UNIVERZITA PARDUBICE

VERONIKA KNOBLOCHOVÁ
FN HRADEC KRÁLOVÉ



ABSTRAKT

Crohnova choroba je chronické zánětlivé onemocnění gastrointestinálního traktu. Nemocní se mohou potýkat s řadou problémů, které výrazně zasahují do běžného života. Pro nemocného je mnohdy velmi složité se adaptovat na nevyléčitelnou nemoc.

Hlavním cílem průzkumného šetření bylo zjistit, jak se lidé s Crohnovou chorobou adaptovali na změny v oblasti biologických, psychických a sociálních potřeb.

Pro průzkum byla zvolena kvalitativní metoda sběru dat pomocí polostrukturovaných rozhovorů.

Průzkumným šetřením bylo zjištěno, že nemoc zasáhla nemocné v oblasti přizpůsobit se změnám ve výživě a vyprazdňování. Příznaky nemoci ovlivňují přítomnost strachu z možné hospitalizace i operace a nejvíce respondenty omezuje nemoc v trávení volného času.

KLÍČOVÁ SLOVA:

adaptace, Crohnova choroba, potřeby člověka

ÚVOD

Crohnova choroba je tzv. idiopatický střevní zánět (IBD – inflammatory bowel diseases), objevující se více u mladých lidí mezi 20-30 rokem života. Největší výskyt onemocnění je v ekonomicky vyspělých zemích Evropy a Severní Ameriky. Dle statistik Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS, 2013) nemocných s touto chorobou neustále přibývá.

Nemoc může postihnout jakoukoliv část gastrointestinálního traktu, je chronická a s nejasnou příčinou. Onemocnění výrazně zasahuje do běžného života nemocných. Pro nemocného je složité se adaptovat na nevyléčitelnou nemoc s dlouhodobou medikací, s mnoha příznaky a u které se střídá období klidu (remise) a vzplanutí (relapsu). Při těžkém průběhu a komplikacích se přistupuje i k chirurgické léčbě, která se může opakovat (Bureš, 2014; Rendl a Tothová 2013).

CROHNOVA CHOROBA

Crohnova choroba je autoimunitní zánětlivé onemocnění postihující celou trávicí trubici, nejčastěji tenké a tlusté střevo. Nemoc má širokou škálu projevů a její průběh je u každého jedince individuální. Pro průběh nemoci je typické střídání relapsu (tzv. vzplanutí) a remise (tzv. klidné období). Z tohoto důvodu je obtížné předpovědět průběh, reakci na léčbu i komplikace onemocnění (Bortlík, 2010). U většiny nemocných nemoc také výrazně zasahuje do oblasti uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb.

Příčina nespecifických střevních zánětů není známa. V současnosti se vznik idiopatických střevních zánětů vysvětluje jako nepřiměřená reakce imunitního systému na některé bakterie uvnitř střeva. Je pravděpodobné, že ke vzniku zánětů přispívá genetická výbava jedince. Existuje i pravděpodobná souvislost, že vliv na vznik onemocnění má změna životního stylu a stravy. Nepříznivým, dlouho známým faktorem u Crohnovy choroby je kouření (Červenková, 2009; Šafránková, 2006).

Pro Crohnovu chorobu je typické, že zánět postihuje střevo do hloubky, a proto je zde sklon k píštělím a abscesům. Projevy nemoci se liší podle toho, jakou část trávicí trubice zánět postihl. Nejčastější umístění je na spojení tenkého a tlustého střeva a projevuje se bolestmi břicha, průjmy a hubnutím. Při lokalizaci na tlustém střevě jsou projevy: bolesti břicha, občas krvavé průjmy, hnisavé projevy kolem konečníku a často mimostřevní projevy jako jsou záněty kloubů, rohovky a duhovky nebo erytém. Při postižení tenkého střeva se příznaky projevují bolestmi břicha, neprospíváním, hubnutím nebo chudokrevností. Neobjevují se zde mimostřevní projevy a průjmy, ale hrozí opakovaná neprůchodnost tenkého střeva (Červenková, 2009).

Diagnóza onemocnění se stanoví podle podrobně odebrané anamnézy i řady dalších diagnostických metod. Základním vyšetřením jsou hematologické, biochemické, imunologické odběry krve a v posledních letech se provádí i vyšetření stolice, jako důležitý laboratorní marker slouží tzv. kalprotektin ve stolici (Červenková, 2009; Bureš, 2014). Důležitým ukazatelem je dále endoskopické vyšetření, které nám zobrazí změny na sliznici. Postižení horní části trávicí trubice se diagnostikuje gastrokopií, při podezření na postižení tlustého střeva a terminálního ilea se k diagnostice užívá kolonoskopie nebo rektoskopie a irigoskopie. Tenké střevo těmito metodami vyšetřit nelze, proto se při podezření na jeho postižení volí jiné metody – ultrazvuk, magnetická rezonance (MR enterografie) nebo počítačová tomografie (CT enteroklýza). V úvahu připadá i kapslová endoskopie či enteroskopie (Hlavatý et al., 2013).

Léčba se řídí aktivitou, lokalizací a průběhem nemoci. Cílem léčby je dosažení remise, slizničního hojení, zlepšení výživy a celkové kvality života. Dělí se na konzervativní (farmakologickou) a chirurgickou. Konzervativní léčba zahrnuje jak podávání léků (aminosalicyláty, glukokortikoidy, imunosupresiva, léčba pomocí antibiotik, probiotik), biologické léčby, tak i změnu výživy a endoskopické zákroky (Červenková, 2009). Chirurgickou léčbou se řeší komplikace, jako jsou abscesy, píštěle, stenózy (Klener, 2011).

ADAPTACE

Adaptace představuje takové chování, které umožňuje jedinci přizpůsobení se podmínkám, v nichž žijí, a proto je nezbytnou podmínkou přežití. Je zajišťována schopností živého systému neustále se vyrovnávat s nároky a udržovat homeostázu.

Jevy, které ovlivňují adaptaci lze rozdělit na vnější a vnitřní. Mezi nejvýznamnější vnější činitele ovlivňující adaptaci patří sociální vztahy, životní události a každodenní nepříjemnosti. Kromě sociálních vztahů mohou nepříjemnosti způsobovat fyzikální a chemická pravděpodobná ohrožení, která působí na organismus a uspokojování potřeb. Zátěž jedince zvyšují nejen životní události spojené s problémy, ale i nahromadění nepříjemností, které ji zvyšují až na neúnosnou úroveň stresu. Působení stresu omezuje sociální opora. Přirozeným zdrojem sociální opory je rodina, ve které je akceptování, povzbuzování a tvoření pocitu bezpečí součástí funkce každého člena. Mezi vnitřní činitele ve schopnosti adaptovat se patří inteligence. Součástí inteligence je mimo jiné řešení problémů a hodnocení událostí v okolí a také rozlišovat podstatné od nepodstatného (Paulík, 2010; Mičák, 2011).

V průběhu nemoci se mění psychické vnímání člověka. Fáze adaptace na onemocnění se dělí na aktivní adaptaci, psychickou dekompenzaci a pasivní adaptaci. Aktivní adaptace je přizpůsobení se nemoci a víru v rychlé uzdravení. V této fázi pacient spolupracuje při léčbě i diagnostice nemoci. Psychická dekompenzace je závislá na mnoha

faktorech, jako například osobnosti pacienta, jeho stavu a průběhu nemoci. Tato fáze vzniká především tam, kde nedošlo k aktivní adaptaci nebo je průběh nemoci vážný. Nemocný se stává lítostivým, netrpělivým, kritickým apod. Při pasivní adaptaci se nemocný uzavírá do sebe, je mrzutý, nebojuje a smířuje se se špatným stavem (Zacharová, a kol 2007).

POTŘEBY ČLOVĚKA

Nemoc představuje zátěž v biologické, psychické a sociální oblasti. Biologické potřeby slouží k přežití jedince. Většinou je jedinec uspokojuje dříve, než se stanou aktuálními. Ve chvíli, kdy se stávají aktuálními, ovlivňují celkové chování a jednání člověka (Trachtová, 2013). V oblasti výživy se pacienti s Crohnovou chorobou musí adaptovat na změnu stravy. Nemocný musí v akutní fázi dodržovat bezezbytkovou stravu a ve fázi klidové vyhledat potraviny, které pacientovi nedělají obtíže. Dále nemocní trpí častými průjmy, a proto je velmi důležité v rámci adaptace, aby se tito pacienti co nejvíce přizpůsobili na změny frekvence stolice a problémy s nimi spojenými. Mezi další biologické potřeby patří potřeba spánku. Nemocní s Crohnovou chorobou tuto oblast mohou mít narušenou z důvodu bolesti a častých průjmů (Šafránková, 2006).

Potřeba jistoty a bezpečí je potřeba vyvarovat se nebezpečí a ohrožení. U nemocného nebo potenciálně nemocného jedince jde vždy o ztrátu pocitu životní jistoty. Nejde však pouze o pocit fyzického bezpečí, ale i vědomí, že je lékařská a ošetrovatelská péče kvalitní a bude respektována autonomie a potřeby nemocného (Šamánková, 2011; Trachtová, 2013). U pacientů s Crohnovou chorobou může být narušena potřeba jistoty zaměstnání. Nemocní často odchází vlivem nemoci do invalidního důchodu, nebo díky příčinám mají obtíže v zaměstnání a na tyto změny se musí také adaptovat. Pro nemocného je důležitou součástí opora a podpora rodiny. Je potřeba, aby rodina chápala změny chování a psychicky nemocného podporovala (Šafránková, 2006).

Potřeba lásky a sounáležitosti je potřeba milovat, být milován a být sociálně integrován. V období nemoci by měla být potřeba lásky naplněna členy rodiny a přáteli. Od ošetřujícího personálu má právo nemocný očekávat empatii, laskavost a pochopení. Tyto potřeby vystupují ve chvílích osamocení a opuštění. Pokud nemocní pociťují oporu, mohou se lépe a rychleji adaptovat na onemocnění (Trachtová, 2013; Šafránková, 2006).

Potřeba uznání a potřeba seberealizace jsou potřeby vnímat a poznávat, kultury, tvořit a v něčem být dobrý, uznávaný. U chronicky a dlouhodobě nemocných je důležité, aby se tyto potřeby neopomínaly. Pokud splněny nejsou, může nemocný pociťovat deprese, smutek, beznaděj nebo marnost (Šafránková, 2006). Potřeby je možné pomoci naplnit například možnostmi setkání se stejně nemocnými lidmi formou různých sdružení (Pfeiferová, 2013).

CÍL

Zjistit, jak se lidé adaptovali na nemoc Crohnova choroba v oblasti biologických, psychických a sociálních potřeb.

METODIKA A CHARAKTERISTIKA PRŮZKUMNÉHO VZORKU

Průzkumné šetření se zaměřuje na nemocné s Crohnovou chorobou. Byla zvolena kvalitativní metoda sběru dat pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Rozhovor byl sestaven z okruhu otázek vztahující se k anamnestickým údajům nemocného, jeho adaptaci v oblasti biologických, psychických a sociálních potřeb. Rozhovory byly realizovány v období březen 2017 až říjen 2017 v nemocnici krajského typu. Průzkum byl schválen vrchní sestrou pracoviště. Před jeho zahájením byl proveden pilotní průzkum, který potvrdil vhodnost otázek. Před samotným započítím průzkumu byly vrchní sestrou interního oddělení sděleny dny, ve kterých pacienti s Crohnovou chorobou dochází k vyšetření, k biologické léčbě nebo na ambulanci. Ve spolupráci ostatních všeobecných sester z ambulančí byli respondenti navštíveni, seznámeni s problematikou průzkumu a anonymitě šetření.

Během průzkumu bylo osloveno 12 respondentů. Respondenty tvořilo pět mužů a sedm žen ve věku od 20ti do 65ti let, převážně se středoškolským vzděláním, kteří byli léčeni konzervativně bez biologické léčby (7 respondentů) nebo pomocí biologické léčby (5 respondentů). Podrobné charakteristiky respondentů jsou uvedeny v Tabulce č. 1. S každým respondentem bylo předem domluveno, kde a jak bude rozhovor probíhat, aby bylo místo pro pacienta klidné a v soukromí. Oslovený respondent měl dále možnost si otázky k rozhovoru předem přečíst a poté podepsat informovaný souhlas. Se souhlasem respondentů byly rozhovory nahrávány na diktafon a následně přepisovány do písemné podoby. Přepisy rozhovorů byly podrobeny kvalitativní obsahové analýze. Na základě analýzy dat byly vytvořeny kategorie: biologické potřeby, psychické potřeby, sociální potřeby. Délka rozhovoru byla cca 15 až 25 minut. Z důvodu zachování anonymity jsou pozměněny iniciály všech nemocných.

Tabulka č. 1: Charakteristika respondentů

Iniciály	Věk	Dosažené vzdělání	Zaměstnání	Diagnostika nemoci	Způsob léčby
V.B.	20 let	středoškolské	student	v 18 letech	biologická
A.L.	49 let	středoškolské	pracující	v 21 letech	konzervativní
K.M.	25 let	vysokoškolské	pracující	v 19 letech	biologická
P.L.	65 let	vysokoškolské	nezaměstnaný	v 30 letech	konzervativní
J.T.	23 let	středoškolské	student	v 20 letech	konzervativní
E.S.	41 let	vysokoškolské	invalidní důchodce	v 14 letech	konzervativní
B.T.	29 let	středoškolské	pracující	v 22 letech	konzervativní
P.H.	42 let	vysokoškolské	pracující	v 23 letech	konzervativní
L.P.	28 let	středoškolské	pracující	v 20 letech	biologická
J.A.	30 let	středoškolské	pracující	v 26 letech	biologická
D.K.	53 let	vysokoškolské	invalidní důchodce	v 23 letech	biologická
H.N.	44 let	středoškolské	pracující	v 19 letech	konzervativní

VÝSLEDKY A DISKUZE

Tato kapitola je rozdělena na tři části. První část popisuje, jak se nemocní s Crohnovou chorobou adaptovali na změny v oblasti biologických potřeb, konkrétně zda a jaké změny respondenti uváděli ve výživě, vyprazdňování, spánku, sexuální oblasti a hodnocení bolesti. Druhá část se věnuje změnám v oblasti psychických potřeb, konkrétně vliv onemocnění na psychiku, úzkost nebo strach v souvislosti s onemocněním. Třetí část se zaměřuje na změny sociálních potřeb, konkrétně vliv nemoci na osobní život, trávení volného času, vliv partnera nebo rodiny na adaptaci a adaptace se studiem nebo zaměstnáním.

„JAK SE NEMOCNÍ ADAPTOVALI V OBLASTI BIOLOGICKÝCH POTŘEB?“

Jak uvádí Gurková, Lilgová (2009), z projevů onemocnění lze předpokládat negativní dopad v oblasti biologických potřeb. Dieta a změny ve vyprazdňování jsou velkými problémy tohoto onemocnění, proto bylo důležité je zahrnout do zkoumaných otázek v procesu adaptace.

V oblasti výživy jsou téměř všichni respondenti adaptováni. Respondenti uvedli, že změna ve výživě byla pro ně nejzásadnější a komplikovaná. Museli si v období, co jim byla diagnostikována nemoc, najít potraviny, kterým je potřeba se vyhnout. Například mladá respondentka řekla: „Po prvních letech diet jsem si zvykla na to, že nemůžu vše, co ostatní. Zkoušela jsem postupně, co mi zle nedělá, a tak už je míň potravin co vůbec nemůžu. Když jsem ale v akutní fázi tak spíš nejím.“ Tři dotazovaní mají problém nedráždivé potraviny stále najít, například respondent uvedl: „U mě je vše, co se týká jídla, těžko předvídatelné. Někdy mi udělá špatně to, z čeho mi špatně předtím nebylo a naopak. Každopádně jsem musel omezit kořeněná jídla, mléčné výrobky, luštěniny, alkohol. Na to už jsem si zvyknul.“ Dotazovaní také uvedli, že v období relapsu ztrácí chuť k jídlu: „Jediné, co je jinak, je, že během relapsu spíš nejím.“ Srovnatelné výsledky v oblasti biologických potřeb lze najít v práci Maškové (2015). Z jejího výzkumného šetření vyplynulo, že největší problém s adaptací mají nemocní v oblasti výživy.

S výživou je úzce spojeno i vyprazdňování. Respondenti mají problém i v této oblasti: „S vyprazdňováním jsem začala mít větší problémy v loni, kdy jsem se nacházela v akutní fázi. Nyní je to lepší, člověk musí být jen obezřetný, kvůli záchodům.“ Další dotazovaný také řekl: „Je hrozný, když někam chcete jít a musíte pořád myslet na to, aby se vám nechtělo na záchod a kde ten záchod vlastně je.“

Bolestí trpí všichni nemocní v období relapsů, tedy v akutní fázi onemocnění. Na tuto bolest jsou všichni dotazovaní adaptováni díky lékům proti bolesti, které mají vyzkoušeny: „Na bolest jsem si zvykla díky lékům, které mám odzkoušené, že mi zaberou. Klidová fáze je bez bolesti.“

Z rozhovorů dále vyplynulo, že onemocnění nijak nezasahuje respondenty v oblasti spánku. Dotazovaní pouze uváděli, že se cítí více unavení v období akutní fáze nemoci. V této oblasti jsou tedy respondenti adaptováni. Výsledky Vepřovské (2010) ukazují na podobný výsledek. Z jejího výzkumu vyšlo najevo, že pouze 6 % nemocných Crohnovou chorobou netrpí nikdy únavou.

Z celého průzkumného vzorku zasáhla nemoc do sexuální oblasti pouze jedné respondentce, v době kdy s manželem chtěli miminko: „Největší omezení bylo v době, kdy jsme s manželem chtěli miminko, ale nešlo to. Měla jsem dlouho problémy, velké bolesti. Ale nyní máme spolu dvě holčičky.“

„JAK SE NEMOCNÍ ADAPTOVALI V OBLASTI PSYCHICKÝCH POTŘEB?“

Ppsychické prožívání je u každého nemocného jedince individuální. Vliv na prožívání může mít symptomatologie, rozsah, aktivita a dosavadní průběh nemoci. Šest respondentů z našeho průzkumu uvádělo, že jejich onemocnění výrazně ovlivňuje jejich psychický stav. Tito respondenti většinou

udávali ovlivnění psychiky v souvislosti s příznaky nemoci a pouze jedna z dotazovaných klientů vyhledala psychoterapeutickou pomoc. „Nejvíce v psychické nepohodě jsem při akutní fázi. To se nejvíce stresuju, jestli je někde záchod, jestli ho stihnu a co když tentokrát skončím v nemocnici.“ Tuto skutečnost zmiňuje i Rendl, Tóthová (2013) ve svém článku Možnosti zlepšení kvality života u pacientů s Crohnovou chorobou z pohledu sestry. V něm uvádí, že psychickou stránku člověka ovlivňují tělesné projevy nemoci.

Strach pociťuje polovina nemocných hlavně v období relapsu z možné hospitalizace a operace. „Někdy mě přepadne děsná panika, co se mnou bude, kdy Crohn zase udeří a jak to všechno zvládnou. Proto se pravidelně setkávám s psychologem.“ Ke stejnému výsledku došla i Mašková (2015). Její výzkum potvrdil, že nemocní trpí strachem a úzkostí v období akutního vzplanutí nemoci. Pět z dotazovaných vyhledalo sdružení spojující nemocné s Crohnovou nemocí kvůli informacím a podpoře.

Z rozhovorů také vyplývá, že celkovou adaptaci na onemocnění zvládlo šest dotazovaných, zbylí respondenti se na nemoc zatím nepřizpůsobili. U adaptovaných klientů se pohybovala celková doba adaptace dva až tři roky od diagnostiky nemoci.

„JAK SE NEMOCNÍ ADAPTOVALI V OBLASTI SOCIÁLNÍCH POTŘEB?“

Sociální potřeby zahrnují pomoc a vliv na adaptaci rodiny, partnera, vliv nemoci na osobní život, adaptaci ve škole nebo zaměstnání a trávení volného času. Tato oblast lidských potřeb byla vyhodnocena jako ta, ve které onemocnění nejvíce pacienty zasahuje. Rodina je pro chronicky nemocné opora, stejně tak jako partneři. Dodává jim pocit jistoty, hlavně v začátcích nemoci. Respektuje změnu stravování i změnu chování nemocných v akutních fázích onemocnění.

Do osobního života zasáhla nemoc devíti respondentům. Nemoc do této oblasti zasahuje opět díky svým nepříjemným příznakům. K podobným výsledkům došel Rendl (2013), jeho respondenti nejčastěji uvedli strach zúčastňovat se společenských akcí z důvodu poruchy vyprazdňování.

Z rozhovorů vyplynulo, že u dvou respondentek došlo vlivem choroby k nutnosti invalidního důchodu a jedna pacientka musela kvůli projevům nemoci ukončit studium. Zbytek dotazovaných nemělo nebo nemá problém s adaptací v zaměstnání.

Na základě průzkumného šetření bylo také zjištěno, že respondenty nemoc nejvíce omezuje v trávení volného času. Respondenti uváděli například: „V klidové fázi jsem úplně v pohodě a můžu dělat cokoliv jako všichni. V akutní fázi nemůžu dělat nic, jsem vyčerpaná a mám bolesti.“ nebo „Nemůžu se smířit, že nemůžu jet, kdy

chci a kam chci, jako dřív.“ Z výsledků je zřejmé, že volný čas tráví každý individuálně dle svých možností. V období relapsu se cítí unavenější a musí více odpočívat. Dotazování dále uvádělo, že pokud se nachází v klidové fázi, tráví volný čas jako zdraví lidé. Takto odpovídalo jedenáct respondentů. Jeden respondent uvedl, že nemoc do jeho trávení volného času nijak významně nezasáhla. Gabalec (2009) ve svém článku konstatuje, že kvalita života nemocných v remisi je srovnatelná se životem zdravých lidí.

ZÁVĚR

Crohnova choroba je zánětlivé onemocnění zažívacího traktu, se kterým nemocný žije od stanovení diagnózy po celý život. Adaptovat se na změny, které onemocnění s sebou přináší, je pro nemocné mnohdy nelehký úkol. Předkládaný článek mapuje adaptaci nemocných na změny v oblasti biologických, psychických a sociálních potřeb. Z průzkumného šetření vyplynulo, že nemoc zasáhla nemocné v oblasti přizpůsobit se změnám ve výživě a vyprazdňování. Příznaky nemoci ovlivňují přítomnost strachu z možné hospitalizace i operace a nejvíce respondenty omezuje nemoc v trávení volného času.

Boj s touto nemocí je často velmi vyčerpávající a nese s sebou řadu omezení, jejíž porušení může nemocným způsobit značné komplikace. Jejich život není jednoduchý, a i přesto všechno byla většina respondentů plná života, který si i přes všechna omezení užívají naplno. Důležité je hlavně neztrácet naději a optimismus.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] BORTLÍK, M. et. al. 2010. Crohnova choroba a ulcerózní kolitida. [online] 2010. [citace: 4. 5. 2018.] http://www.crohn.cz/wp-content/uploads/2013/10/brozura_dospeli_2.pdf.
- [2] BUREŠ, J., HORÁČEK, J., MALÝ, J. et al. 2014. Vnitřní lékařství. 2. přeprac. a rozšíř. vyd. Praha: Galén, 2014. 545 – 1180 s. ISBN 978-80-7492-145-2.
- [3] ČERVENKOVÁ, R. 2009. Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida. Praha: Galen, 2009. 111 s. ISBN 978-80-7262-600-7.
- [4] GABALEC, L. Crohnova nemoc – klasifikace, diagnostika, Interní medicína pro praxi. [online] 2009. [citace: 5. 5. 2018.] <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2009/01/03.pdf>.
- [5] GURKOVÁ, E., LILGOVÁ, M. 2009. Determinanty kvality života u pacientov s nešpecifickým zápalom čriev. Kontakt. 2009. č. 2. s. 433-443. ISSN 1212-4117.
- [6] HLA VATÝ, T. et al. 2013. Život s Crohnovou chorobou a ulceróznou kolitídou: kniha o črevných zápalových ochoreniach pre pacientov. 1. vyd. Brno: Grifart, 2013, 147 s. ISBN 978-80-905337-1-4.
- [7] KLENER, P. et al. 2011. Vnitřní lékařství. Praha: Galén. 2011. 1174 s. ISBN 978-80-246-1986-6.
- [8] MAŠKOVÁ, A. 2015. Adaptace nemocných na nespecifické střevní záněty. Jihlava. 2015. s. 64. Vysoká škola polytechnická Jihlava. Vedoucí práce: Mgr. Radka Křepinská.
- [9] MIČÁK, Z. 2011. Psychologie zdraví a nemoci. Ostrava: Ostravská Univerzita. 2011. 108 s. ISBN: 978-80-7368-951-3.
- [10] PAULÍK, K. 2010. Psychologie lidské odolnosti. Praha: Grada, 2010. 240 s. ISBN: 978-80-247-2959-6.
- [11] PFEIFEROVÁ, M. 2013. Tři otázky pro PhDr. Martinu Pfeiferovou, předsedkyni Občanského sdružení pacientů s idiopatickými střevními záněty. Kongresový list. 2013, roč. 2013, č. 4. IV. příl. ISSN 0008-7335.
- [12] RENDL, L. 2013. Kvalita života pacientů s Crohnovou chorobou. [online]. České Budějovice, 2013 [2018-5-5]. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí diplomové práce prof. PhDr. Valérie Tóthová, Ph.D.
- [13] RENDL, L., TOTHOVÁ, V. 2013. Možnosti zlepšení kvality života u pacientů s Crohnovou chorobou z pohledu sestry. Kontakt. 2013. XV, č. 2. s. 128-134. ISSN 1804-7122.
- [14] ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. 2006. Interní ošetřovatelství. Praha: Grada, 2006. 284 s. ISBN 978-80-247-1148-6.
- [15] ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. 2011. Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetřovatelském procesu. Praha: Grada, 2011. 136 s. ISBN: 978-80-247-3223-7.
- [16] TRACHTOVÁ, E. a kol. 2013. Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2013. 185 s. ISBN: 978-80-7013-553-2.

- [17] UZIS ČR. 2013. Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech zdravotní péče 2013. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. 2015 [cit. 2018-04-26]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/cinnost-zdravotnickych-zarizeni-ve-vybranych-oborech-zdravotni-pece-2013>.
- [18] VEPŘOVSKÁ, M. 2010. Kvalita života klientů s klinickou diagnózou Crohnova choroba. Olomouc. 2010. s. 95. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd. Vedoucí práce: Doc. MUDr. Ivan Gregar, CSc.
- [19] ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ J. 2007. Zdravotnická psychologie: Teorie a praktická cvičení. Praha: Grada, 2007. 232 s. 978-80-247-2068-5.

ADAPTATION OF A PATIENT WITH CROHN'S DISEASE TO CHANGES IN BIOLOGICAL, PSYCHOLOGICAL AND SOCIAL NEEDS



ABSTRACT

Crohn's disease is a chronic inflammatory disease of the gastrointestinal tract. Patients may face a number of problems that have a significant impact on everyday life. It is often difficult for a patient to adapt to an incurable disease. The main objective of the survey was to find out how people were adapting to changes in biological, psychological and social needs. A qualitative method of collecting data using semi-structured interviews was selected. An exploratory survey found that the disease affected the patients in adapting to changes in nutrition and emptying. Symptoms of illness affect the presence of fear of possible hospitalization and surgery, and most respondents limit the illness in spending leisure time.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Hana Ochtinská
Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Katedra Ošetřovatelství
Studentská 95
532 10, Pardubice 2
e-mail: hana.ochtinska@upce.cz

Mgr. Veronika Knoblochová
FN Hradec Králové
II. interní gastroenterologická klinika
Sokolská 581
500 05, Hradec Králové
e-mail: veronika.knoblochova@fnhk.cz

Bc. Veronika Musilová
studentka
Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Katedra Ošetřovatelství
Studentská 95
532 10, Pardubice 2

KEYWORDS:

Adaptation, Crohn's disease,
human needs

OBSAHOVÁ VALIDIZACE OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY NEEFEKTIVNÍ KOJENÍ V KONTEXTU NEONATOLOGICKÉHO OŠETŘOVATELSTVÍ

PAVLÍNA RABASOVÁ
SLEZSKÁ UNIVERZITA V OPAVĚ



ABSTRAKT

Cíl: Hlavním cílem práce bylo validizovat určující znaky a související faktory ošetrovatelské diagnózy Neefektivní kojení (00104).

Design: Obsahová validizační studie.

Metodika: K posouzení validity definujících charakteristik ošetrovatelské diagnózy Neefektivní kojení (00104) byl použit Fehringův model validity diagnostického obsahu. Soubor byl zastoupen počtem 119 sester pracujících v oboru neonatologie. Významnost definujících charakteristik hodnotili experti na Likertově škále od 1 do 5. Sběr údajů byl realizován v období od března do září 2016.

Výsledky: Za hlavní určující znaky byly souborem expertů označeny: neustálá ztráta tělesné hmotnosti kojeného dítěte, nedostatečný nárůst tělesné hmotnosti kojeného dítěte a neschopnost dítěte správně se přisát k matčinu prsu. Všechny znaky vycházejí z taxonomie NANDA International. Za vedlejší určující znaky označil soubor expertů 11 znaků z NANDA International, 10 znaků mělo vážené skóre v rozmezí 0,64–0,50. Položka „nedostatečné vyprázdnění každého prsu při kojení“

dosáhla váženého skóre méně než 0,50. Za hlavní související faktory označili experti: orofaryngeální defekt dítěte a předčasně narozené dítě.

Závěr: Pro objektivizaci ošetrovatelské diagnózy Neefektivní kojení (00104) u novorozenců považuje soubor expertů za významné 3 určující znaky a 2 související faktory.

KLÍČOVÁ SLOVA:

ošetrovatelská diagnóza, neefektivní kojení, novorozenec, validizace, určující znak, související faktor

Kojení lze považovat za nejvíce přirozený způsob výživy dítěte. Mateřské mléko je přizpůsobené k saturaci výživových potřeb v průběhu novorozeneckého a kojeneckého období. Potřeba a nároky na skladbu mateřského mléka se mění s postupujícím vývojem novorozence v poporodním období. Kojení mateřským mlékem v sobě nese obrovský potenciál k zajištění fyziologických potřeb dítěte včetně imunitní tolerance, přispívá k správnému rozvoji všech somatických funkcí, a také k prohlubování vzájemného vztahu mezi matkou a dítětem. Je tedy prostředkem k zajištění biologických, psychických, ale i sociálních potřeb novorozence a matky (WHO/UNICEF, 1989; WHO, 2002; Leifer, 2004; Fendrychová, Borek a kol., 2012; Pánek, 2013; Muntau, 2014; Pokorná, Kameníková, Dvořáková, 2016; WHO, 2017).

Kojení je pro novorozence nejideálnějším způsobem dodávky výživy a tekutin. Ne vždy se však podaří matce i novorozenci zajistit vzájemnou symbiózu pro optimální průběh laktace z důvodu expandace rizikových faktorů a následného rozvoje komplikací. Ze strany matky mohou převažovat negativní zkušenosti s předchozí nedostatečnou laktací či nedostatečně kojeným dítětem, pocit nedostatečné laktace – pocit nedostatečného množství mléka s následným zkrácením doby laktace, nechuť až lhostejnost matky vůči kojení, ambivalentní vztah matky ke kojení, ztráta zkušenosti s předchozím kojením, strach, úzkost, obavy z nové zkušenosti, laktační psychóza, nedostatek znalostí o kojení, nesprávná technika kojení, nedostatečná edukace, snížená důvěra vůči kojení či ve vlastní schopnosti kojit, příliš nízký nebo vysoký věk matky, nedostatečná podpora zdravotnickým personálem, ale také rodinou. Ze somatických příčin to mohou být anomálie prsu nebo bradavky, hypoplazie mléčné žlázy, velmi výrazné a bolestivé nalití prsů, chirurgické zákroky v oblasti prsů, eroze, ragády, krvácení a bolestivost bradavek, dále systémové onemocnění a infekce. Začátek kojení může negativním způsobem ovlivnit i komplikovaný průběh porodu, účinky anestezie či sedativ a s tím spojená bolest a únava matky. Významným faktorem ovlivňujícím začátek i celý průběh kojení je efektivní motivace matky v kojení, ale také motivace personálu (Lethbridge et al., 1993; Fendrychová, 2000; Doležel et al., 2005; Wutke, Dennis, 2007; Roztočil a kol., 2008; NANDA, 2015; Ingram et al., 2015). Při snaze pozitivně ovlivňovat matku v kojení je nutné nezapomínat na partnera a nejbližší rodinu matky. Jedině komplexní a kontinuální edukací všech, kteří se budou podílet na péči o matku i novorozence je možné dosáhnout efektivní motivace a podpory kojení.

Ze strany novorozence mohou k rizikovým faktorům patřit například prematurita, vícečetné plody, vrozené vývojové vady, anomálie v oblasti úst a nosu, zkrácená uzdička pod jazykem, novorozenecké infekce, perinatální patologické stavy spojené s těžkou poporodní adaptací, odloučení od matky, nadměrný úbytek porodní hmotnosti a nevyrovnání tohoto úbytku, nesprávné přisátí k bradavce, chabé sání, špatný sací nebo polykací reflex či neustálé nucení ke kojení a nerespektování potřeb dítěte a na druhou stranu nedostatek příležitostí sát z prsu, významným negativním činitelem

je stres a bolest novorozence a v neposlední řadě také používání dudlíku nebo šidítek a dokrmování novorozence umělou savičkou z lahve (Matthews, 1988; Lethbridge et al., 1993; Fendrychová, 2000; Doležel et al., 2005; Roztočil a kol., 2008; Jakubíková, 2012; NANDA, 2015; Ingram et al., 2015).

Ryšavá, Nečasová a Fendrychová (2002) řadí neefektivní kojení mezi příčiny vztahující se k problémům s krmením novorozence a celkovým neprospíváním. Při nedostatečné výživě dítěte, způsobené neefektivním kojením a nedostatečnou laktací, která může být dle Gryma (2005, s. 323) tzv. „silentní“, je novorozenec ohrožen pomalým váhovým přírůstkem, hyperbilirubinemií, rozvojem novorozenecké hypernatrémie, ale také hypertermií, křečovými stavy, dehydratací až fatálním vyústěním dehydratace s následkem smrti z hladu (Trotman et al., 2004; Grym, 2005; Doležel et al., 2005; Uras et al., 2007; Konetzny, Bucher, Arlettaz, 2009; Straňák, 2009; Erdemir et al., 2014; Lavagno et al., 2016). Aby se zabránilo rozvoji těchto závažných důsledků neefektivního kojení, je potřeba včasné objektivizovat definující charakteristiky neefektivního kojení ze strany matky i ze strany novorozence, eliminovat účinky rizikových faktorů a vhodnými strategiemi předcházet komplikacím.

Pro sesterské posouzení neefektivního kojení lze využít Mezinárodní klasifikační systém ošetřovatelských diagnóz NANDA International 2015–2017, který uvádí ošetřovatelskou diagnózu Neefektivní kojení (00104) v doméně 2. Výživa, třídě 1. Příjem potravy (NANDA, 2015, s. 136). Doležel a kol. (2005) uvádí pro rychlé vyhodnocení a identifikaci problémů s laktací nebo neúspěšným kojením 15 položkový dotazník, který je primárně určen pro matky, jejichž dítě je staré 4–6 dnů. K detekci výrazného až kritického poklesu porodní hmotnosti v období prvních 10–14 dnů života lze také využít výpočet aktuální hmotnosti novorozence, která by neměla být nižší než jeho porodní hmotnost uvedená v kilogramech a vynásobená hodnotou 0,9. V zahraničí byly k hodnocení efektivity kojení vyvinuty různé posuzovací nástroje, jako například BBAT – Bristol Breastfeeding Assessment Tool (Ingram et al., 2015), LATCH (Jensen et al., 1994) a IBFAT – Infant Breastfeeding Assessment Tool (Matthews, 1988). Nástroj LATCH vyhodnocuje 5 parametrů, L – latch – uchopení bradavky a dvorce a přisátí, A – audible swallowing – slyšitelná polknutí, T – nipple type – typ bradavky, C – comfort – úroveň komfortu u matky, H – hold – držení dítěte u prsu. Nástroj IBFAT posuzuje připravenost dítěte na krmení, uchopení bradavky a dvorce, přisátí a sání při kojení.

I přesto, že ošetřovatelská diagnóza Neefektivní kojení (00104) z klasifikačního systému ošetřovatelských diagnóz NANDA International nabízí širokou škálu určujících znaků a souvisejících faktorů, je vhodné prostřednictvím validizace vymezit ty určující znaky a související faktory, které budou specifické pro identifikaci neefektivního kojení, zejména v časném poporodním období, v podmínkách českého ošetřovatelství.

Problém neefektivního kojení je v neonatologickém ošetrovatelství považován za klíčový, zejména z důvodu jeho cílené eliminace. Podpora efektivního kojení a včasná detekce neefektivního kojení tak přispívá k bezpečné péči a včasnému propuštění matky a novorozence do domácího ošetřování.

MATERIÁL A METODY

DESIGN

Pro zjištění validity diagnostického obsahu ošetrovatelské diagnózy Neefektivní kojení (00104) z pohledu neonatologických sester byl zvolen Fehringův model Diagnostic Content Validity - DCV model (Fehring, 1986, Jarošová a kol., 2012).

SOUBOR

Výzkumný soubor pro validizaci ošetrovatelské diagnózy Neefektivní kojení (00104) tvořilo celkem 119 sester – expertů z klinické praxe, pracujících v oboru neonatologie. Pro účely výzkumného šetření byly osloveny sestry napříč Českou republikou. 11 nemocnic bylo požádáno o spolupráci na výzkumném šetření. Celkem se do výzkumu zapojilo 8 z oslovených nemocnic (Fakultní nemocnice Olomouc; Ústav pro péči o matku a dítě – Praha; Fakultní nemocnice v Motole – Praha; Krajská nemocnice T. Bati, a.s. – Zlín; Vítkovická nemocnice, a.s. – Ostrava; Nemocnice Nový Jičín, a.s.; Nemocnice Třinec, příspěvková organizace; Nemocnice ve Frýdku–Místku, příspěvková organizace).

Z 345 oslovených sester pracujících v oboru neonatologie vyplnilo dotazník 223 sester, což je 64% návratnost. Vyplnění dotazníků bylo zcela dobrovolné a anonymní. Dotazníky byly analyzovány ve třech fázích. V první fázi byly vyřazeny všechny dotazníky, jejichž respondenti nesplňovali kritéria pro zařazení mezi experty. Následně byla provedena validizace ošetrovatelské diagnózy Snížený objem tekutin [dehydratace] (00027), která byla také součástí tohoto výzkumného záměru (Rabasová, 2017) a byly vyřazeny dotazníky pro neúplné či chybné vyplnění položek v oblasti Snížený objem tekutin [dehydratace] (00027). Ve třetí fázi následovalo vyhodnocení dotazníků pro validizaci ošetrovatelské diagnózy Neefektivní kojení (00104).

Při validizaci ošetrovatelské diagnózy Neefektivní kojení (00104) bylo ze souboru 223 sester vyřazeno celkem 104 dotazníků, zejména pro nesplnění zařazujících kritérií pro výběr expertů dle modifikovaných Fehringových kritérií dle Zeleníkové et al. (2010), kdy sestry nedosáhly minimálně 4 body potřebné pro zařazení mezi experty, a také pro neúplné či chybné vyplnění v dotazníkových položkách Neefektivní kojení (00104).

Celkový soubor expertů pro validizaci ošetrovatelské diagnózy Neefektivní kojení (00104) (n=119 sester) byl nepatrně nižší než při validizaci ošetrovatelské diagnózy Snížený objem tekutin [dehydratace] (00027) (n=125 sester). Důvodem bylo již zmiňované minimální navýšení chybně vyplněných dotazníků. Přesto je nutné poukázat na náročnost validizačních dotazníků a je tedy vhodné neprovádět obsahovou validizaci u více než jedné ošetrovatelské diagnózy z důvodu možného poklesu koncentrace a přehlčení odbornou terminologií.

V souboru expertů bylo 119 žen (100,0 %). S magisterským vzděláním bylo 7 (5,9 %) sester, s bakalářským vzděláním 25 (21,0 %) sester, vyšší odborné vzdělání uvedlo 33 (27,7 %) sester a 110 (92,4 %) sester uvedlo střední zdravotnickou školu. Specializaci v oboru uvedlo 81 (68,1 %) sester a 13 (10,9 %) sester uvedlo mentorský kurz. 1 (0,8 %) sestra uvedla publikaci článku v oblasti ošetrovatelské diagnostiky. Medián v kategorii Věk byl 41–50 let, největší počet sester – 45 (37,8 %) označilo kategorii 41–50 let, nejmenší počet sester – 3 (2,5 %) označily možnost > 60 let. Medián v kategorii Počet let sesterské praxe byl 16–20 let, největší počet sester – 39 (32,8 %) označilo kategorii 26 a > let, nejmenší počet sester – 5 (4,2 %) označily možnost 1–5 let. Medián v kategorii Počet let sesterské praxe v oboru neonatologie byl 16–20 let, největší počet sester – 33 (27,7 %) označilo kategorii 16–20 let, nejmenší počet sester – 10 (8,4 %) označil možnost 21–25 let. Průměrné skóre podle modifikovaných kritérií pro výběr expertů bylo 5,28.

SBĚR DAT

Pro sběr údajů byl sestaven hodnotící nástroj, který obsahoval otázky pro získání základních sociodemografických údajů sester z neonatologických oddělení, otázky k identifikaci modifikovaných Fehringových kritérií pro určení expertů pro vybranou obsahovou validizaci dle Zeleníkové et al. (2010) a soubor určujících znaků (n=14) a souvisejících faktorů (n=21) Neefektivního kojení (00104) z klasifikačního systému ošetrovatelských diagnóz NANDA International 2015–2017 (NANDA, 2015). Distribuce dotazníků mezi sestry a jejich sběr byl realizován prostřednictvím vedoucího pracovníka – vrchní sestry novorozeneckého oddělení vybraných nemocnic. Výzkum probíhal v období od března do září 2016.

ANALÝZA DAT

Určující znaky a související faktory byly sestrami posuzovány dle diagnostické významnosti na Likertově škále od 1 do 5 (1 – není vůbec charakteristická pro diagnózu, 2 – velmi málo charakteristická pro diagnózu, 3 – málo (trochu) charakteristická pro diagnózu, 4 – významně (značně, význačně) charakteristická pro diagnózu, 5 – velmi charakteristická pro diagnózu). Pro všechny hodnocené definující charakteristiky se vypočítal průměr, směrodatná odchylka a vážené skóre (VS) dle Fehringova doporučeného postupu, kdy hodnota váženého průměru 5 = 1; 4 = 0,75; 3 = 0,5; 2 = 0,25; 1 = 0 (Fehring, 1986; Fehring,

1987; Jarošová a kol., 2012). Za hlavní definující charakteristiky byly považovány ty, které dosáhly hodnotu váženého skóre $\geq 0,75$ a za vedlejší ty, které byly v rozmezí $< 0,75-0,50$ (Fehring, 1986; Jarošová a kol., 2012). Součtem vážených skóre jednotlivých určujících znaků a souvisejících faktorů a následným vypočtením průměru těchto hodnot bylo získáno celkové DCV skóre. Do celkového skóre se nezapočítaly charakteristiky s hodnotou váženého průměru 0,50 a méně (Fehring, 1987; Jarošová a kol., 2012). Míra vztahu mezi proměnnými – hlavními definujícími znaky se posuzovala prostřednictvím výpočtu Pearsonova korelačního koeficientu a následně byla určena hladina kritické statistické významnosti této korelace. Korelace jsou významné na hladině statistické významnosti $p < 0,05$. K analýze a zpracování údajů byl použit statistický program Statistica 7.0 a Microsoft Excel.

VÝSLEDKY

Za hlavní určující znaky byly souborem expertů ze 14 charakteristik označeny 3 znaky: neustálá ztráta tělesné hmotnosti kojeného dítěte, nedostatečný nárůst tělesné hmotnosti kojeného dítěte, neschopnost dítěte správně se přisát k matčinu prsu. Za vedlejší znaky ošetřovatelské diagnózy Neefektivní kojení (00104) u novorozenců označil soubor expertů 11 určujících znaků z NANDA International, 10 znaků mělo vážené skóre v rozmezí 0,64–0,50. Položka „nedostatečné vyprázdnění každého prsu při kojení“ dosáhla váženého skóre méně než 0,50 (tab. 1).

Tabulka 1: Vážené skóre hlavních a vedlejších určujících znaků ošetrovatelské diagnózy Neefektivní kojení (00104)

Určující znak	průměr	SD	VS	směrodatná odchylka váženého skóre
neustálá ztráta tělesné hmotnosti kojeného dítěte	4.40	0.93	0.85	0.23
nedostatečný nárůst tělesné hmotnosti kojeného dítěte	4.21	0.86	0.80	0.21
neschopnost dítěte správně se přisát k matčinu prsu	4.16	0.94	0.79	0.24
dítě plačící u prsu	3.58	1.04	0.64	0.26
dítě nereaguje na další snahu utišit ho	3.41	0.87	0.60	0.22
nedostatečné vyprazdňování kojeneho dítěte [dále dítě]	3.34	1.27	0.58	0.32
dítě pláče během první hodiny po kojení	3.24	1.11	0.56	0.28
dítě je neklidné během první hodiny po kojení	3.18	1.05	0.55	0.26
přerušované sání z prsu	3.18	1.03	0.54	0.26
dítě prohnuté u prsu	3.14	1.09	0.54	0.27
přetrvávající bolest bradavek po prvním týdnu kojení	3.13	1.15	0.53	0.29
nejsou pozorovány znaky uvolňování oxytocinu	3.01	0.99	0.50	0.25
pocit nedostatečné zásoby mléka	3.01	1.03	0.50	0.26
nedostatečné vyprázdnění každého prsu při kojení	2.97	1.28	0.49	0.32

Legenda: SD – směrodatná odchylka; VS – vážené skóre

Ze skupiny souvisejících faktorů označili experti 2 související faktory za hlavní: orofaryngeální defekt dítěte a předčasně narozené dítě. Za vedlejší související faktory označili experti 14 položek, jejichž vážené skóre se pohybovalo v rozmezí 0,74–0,54. Položky: nedostatečná podpora v rodině, dokrmování kojence umělou savičkou z lahve, používání dudlíku, obezita matky, krátká mateřská dovolená, dosáhly váženého skóre méně než 0,50 (tab. 2).

Tabulka 2: Vážené skóre hlavních a vedlejších souvisejících faktorů ošetrovatelské diagnózy Neefektivní kojení (00104)

Související faktor	průměr	SD	VS	směrodatná odchylka váženého skóre
orofaryngeální defekt dítěte	4.26	0.83	0.82	0.21
předčasně narozené dítě	4.17	0.94	0.78	0.25
slabý sací reflex kojeného dítěte	3.97	0.87	0.74	0.22
anomálie prsů matky	3.95	0.93	0.74	0.23
nedostatečná zásoba mléka	3.83	0.88	0.71	0.22
nedostatečné znalosti rodičů o technikách kojení	3.76	0.97	0.69	0.24
únava matky	3.71	0.91	0.68	0.23
ambivalentní vztah matky ke kojení	3.69	1.03	0.67	0.26
nedostatek příležitostí sát z prsu	3.65	1.01	0.66	0.25
úzkost matky	3.65	1.03	0.66	0.26
nedostatečné znalosti rodičů o důležitosti kojení	3.44	1.10	0.61	0.27
přerušené kojení	3.35	0.97	0.59	0.24
opožděná 2. fáze laktogeneze	3.33	0.90	0.58	0.22
předchozí operace prsou	3.27	0.98	0.57	0.24
bolest matky	3.17	1.02	0.54	0.25
předchozí neúspěšné pokusy v kojení	3.17	1.08	0.54	0.27
nedostatečná podpora v rodině	2.87	1.01	0.47	0.25
dokrmování kojence umělou savičkou z lahve	2.61	1.21	0.40	0.30
používání dudlíku	2.58	1.10	0.39	0.27
obezita matky	2.13	0.98	0.28	0.24
krátká mateřská dovolená	1.96	1.09	0.24	0.27

Legenda: SD – směrodatná odchylka; VS – vážené skóre

Celkové DCV skóre ošetrovatelské diagnózy Neefektivní kojení (00104) u položek NANDA International bylo 0,65.

Prostřednictvím výpočtu Pearsonova korelačního koeficientu s následným určením hladiny kritické statistické významnosti této korelace ($< 0,05$) byla zjišťována míra vzájemné závislosti mezi hlavními určujícími znaky a hlavními souvisejícími faktory ošetrovatelské diagnózy Neefektivní kojení (00104). Všechny významné korelace mezi hlavními určujícími znaky a hlavními souvisejícími faktory ošetrovatelské diagnózy Neefektivní kojení (00104) jsou kladné a pohybují se v rozmezí 0,26–0,59. Největší korelace byly zjištěné mezi znaky: nedostatečný nárůst tělesné hmotnosti kojeného dítěte (UZ) a neustálá ztráta tělesné hmotnosti kojeného dítěte (UZ) ($r = 0,5997$; $p < 0,001$), neustálá ztráta tělesné hmotnosti kojeného dítěte (UZ) a předčasně narozené dítě (SF) ($r = 0,5682$; $p < 0,001$), nedostatečný nárůst tělesné hmotnosti kojeného dítěte (UZ) a předčasně narozené dítě (SF) ($r = 0,4801$; $p < 0,001$), orofaryngeální defekt dítěte (SF) a předčasně narozené dítě (SF) ($r = 0,2669$; $p < 0,001$) (tab. 3). Testováním nulových hypotéz byl zjištěn signifikantní rozdíl mezi všemi významnými korelacemi. Na základě těchto výsledků byla zamítnuta hypotéza H2 Mezi hodnotami DCV vážených průměrů hlavních určujících znaků a hlavních souvisejících faktorů ošetrovatelské diagnózy Neefektivní kojení (00104) není signifikantní rozdíl.

Tabulka 3: Korelace hlavních určujících znaků a hlavních souvisejících faktorů ošetrovatelské diagnózy Neefektivní kojení (00104)

		neschopnost dítěte správně se přisát k matčinu prsu (UZ)	nedostatečný nárůst tělesné hmotnosti kojeného dítěte (UZ)	neustálá ztráta tělesné hmotnosti kojeného dítěte (UZ)	orofaryn- geální defekt dítěte (SF)	předčasně narozené dítě (SF)
neschopnost dítěte správně se přisát k matčinu prsu (UZ)	r	1.000	0.1245	-0.0064	0.0325	-0.0049
	p		0.177	0.945	0.725	0.958
nedostatečný nárůst tělesné hmotnosti kojeného dítěte (UZ)	r		1.000	0.5997	0.0174	0.4801
	p			0.000	0.851	0.000
neustálá ztráta tělesné hmotnosti kojeného dítěte (UZ)	r			1.000	-0.0163	0.5682
	p				0.860	0.000
orofaryngeální defekt dítěte (SF)	r				1.000	0.2669
	p					0.003
předčasně narozené dítě (SF)	r					1.000
	p					

Legenda: r – Pearsonův korelační koeficient, p – statistická významnost, korelace jsou významné na hladině statistické významnosti $p < 0.05$

DISKUZE

Validizace ošetrovatelských diagnóz v oblasti neonatologického ošetrovatelství v českém kulturním prostředí není příliš častá. Výsledky tohoto výzkumného šetření lze porovnat s minimálními počty nalezených studií z řad zahraničních a českých odborníků.

V zahraničních databázích byly nalezeny studie (do Vale, de Souza a Carmona, 2005; Inácio, 2010; di Sarra et al., 2016) zabývající se problematikou ošetrovatelských diagnóz

u novorozenců i problematikou kojení. Jen málo studií se však věnovaly konkrétně validizaci ošetřovatelské diagnózy Neefektivní kojení (00104).

Dle autorů Lethbridge et al. (1993) prošla ošetřovatelská diagnóza Neefektivní kojení složitým procesem. Autoři ve spolupráci s odborníky z klinické praxe formulovali ošetřovatelské diagnózy Neefektivní kojení a Přerušené kojení. Po předložení výboru NANDA došlo ke sloučení těchto dvou navrhovaných diagnóz do jedné diagnózy, a to pod názvem „impaired breastfeeding“ (poruchy kojení). Navrhovatelé však prosazovali původní znění a v roce 1988 na konferenci NANDA výbor pro diagnostiku ošetřovatelských diagnóz schválil a přijal název „Neefektivní kojení“, tím došlo k zařazení ošetřovatelské diagnózy Neefektivní kojení (00104) do taxonomie NANDA International. Revize této diagnózy proběhla dále v roce 2010 a 2013. Diagnóza Přerušené kojení (00105) byla schválena v roce 1992 a revidována v roce 2013. Přerušené kojení je současně souvisejícím faktorem Neefektivního kojení (NANDA, 2015). Autoři Lethbridge et al. (1993) validizovali diagnózu Neefektivní kojení (00104) taktéž v roce 1992. Cílem jejich studie bylo zejména ověřit platnost definice, určujících znaků a souvisejících faktorů, ale také pokusit se definovat charakteristiky relevantní pro přerušené kojení s následnou možností zařazení mezi definující charakteristiky Neefektivního kojení. Diagnóza včetně definice, určujících znaků a souvisejících faktorů, byla ověřována prostřednictvím dvoufázového procesu během Delfské studie. Výsledkem bylo zjednodušení definice diagnózy, doplnění souvisejících faktorů a vysvětlení definujících charakteristik (Lethbridge et al., 1993).

Autorky Chrásková a Boledovičová (2015) se věnovaly ve své studii validizaci ošetřovatelských diagnóz Neefektivní kojení (00104) a Snaha zlepšit kojení (0106) uvedených v klasifikačním systému NANDA International 2012–2014. Výsledky jejich výzkumu ukazují zajímavá zjištění k validizaci ošetřovatelské diagnózy Neefektivní kojení (00104), které lze přímo komparovat s naší studií.

Za diagnosticky nejvýznamnější definující charakteristiku byl souborem Chráskové a Boledovičové (2015) označen určující znak: kojenec není schopen správně uchopit prs. V našem výzkumném šetření byly za hlavní definující charakteristiky označeny 3 znaky vycházející z taxonomie NANDA International 2015–2017: neustálá ztráta tělesné hmotnosti kojeného dítěte (VS–0,85), nedostatečný nárůst tělesné hmotnosti kojeného dítěte (VS–0,80), neschopnost dítěte správně se přisát k matčinu prsu (VS–0,79). Gómez et al. (2011) v rámci průřezové studie potvrdila na vybraném výzkumném vzorku (108 hospitalizovaných párů - matka a dítě), že nejčastějšími definujícími charakteristikami neefektivního kojení byly neschopnost dítěte správně uchopit prs a pláč během první hodiny po kojení. Častým důvodem k ukončení kojení může být nesprávné přiložení kojence k prsu a tím i neefektivní přisátí. Přesto se jedná o preventabilní důvody ukončení kojení, kterým lze předcházet (Law et al., 2007). Jednou z hlavních zásad pro úspěšné kojení je dle Mydlilové (2005) zajištění správné techniky kojení, která se odvíjí od vzájemné polohy matky a dítěte, přisátí a správné techniky sání. Během kojení se

také u dítěte uplatňují 3 zásadní reflexy – hledací reflex s přípravovací fází k uchopení bradavky a větší části dvorce, reflex sání a polykací reflex. Tyto reflexy se u dítěte dějí automaticky. Aby však došlo k správnému přisátí a posunutí bradavky k zadní části dutiny ústní pro efektivní sání, je potřeba, aby matka znala a uměla správnou techniku přiložení dítěte k prsu a správnou techniku kojení. Jedině tak je schopna své dítě vést a naučit ho správnému přisátí a tím i efektivnímu sání. Mnohým matkám a jejich novorozencům nečiní tato vzájemná souhra problém, někteří ale potřebují pomoc a podporu v oblasti kojení. Správná poloha dítěte během kojení a správné přisátí k prsu, jsou tak významnými faktory k zajištění úspěšného kojení (WHO, 2002; National Health and Medical Research Council, 2012; WHO, 2017).

Do kategorie méně významných definujících charakteristik ošetřovatelské diagnózy Neefektivní kojení (00104) u novorozenců zařadil soubor Chráskové a Boledovičové (2015) šestnáct ze sedmnácti určujících znaků. V naší studii bylo 10 určujících znaků označeno za méně významné s váženým skóre 0,64–0,50 a jednalo se o tyto znaky: dítě plačící u prsu, dítě nereaguje na další snahu utišit ho, nedostatečné vyprazdňování kojeného dítěte [dále dítě], dítě pláče během první hodiny po kojení, dítě je neklidné během první hodiny po kojení, přerušované sání z prsu, dítě prohnuté u prsu, přetrvávající bolest bradavek po prvním týdnu kojení, nejsou pozorovány znaky uvolňování oxytocinu, pocit nedostatečné zásoby mléka. Položka „nedostatečné vyprázdnění každého prsu při kojení“ dosáhla váženého skóre méně než 0,50. Naproti tomu, výzkum Chráskové a Boledovičové (2015) potvrdil u této položky podstatně vyšší vážené skóre, a to 0,70.

Ze skupiny souvisejících faktorů označili experti v našem výzkumu 2 související faktory za hlavní: orofaryngeální defekt dítěte (VS–0,82) a předčasně narozené dítě (VS–0,78). K orofaryngeálním defektům lze řadit například rozštěpové vrozené anomálie rtu a patra, ale také vrozené anomálie jazyka (ankyloglosii) a mnoho dalších. V případě ankyloglosie se jedná o vrozenou anomálii v dutině ústní, která je charakterizována zkrácenou podjazykovou uzdičkou (frenulum linguae breve). Tento srůst jazyka ke spodině dutiny ústní snižuje pohyblivost jazyka a tím působí potíže při sání. Ankyloglosie se vyskytuje u 0,02–4,8 % novorozenců (Jakubíková 2012). Řešením tohoto problému je provedení frenulotomie, která může eliminovat potíže s kojením (Pransky et al., 2015). Chrásková a Boledovičová (2015) uvádí ze skupiny významných souvisejících faktorů úzkost matky (VS–0,85), předčasně narozené dítě (VS–0,85) a anomálie prsů matky (VS–0,84). Úzkost matky byla v rámci našeho výzkumu ohodnocena experty s výsledným váženým skóre 0,66 a anomálie prsů matky s výsledným váženým skóre 0,74.

Za vedlejší související faktory označili experti našeho výzkumu 14 položek, jejichž vážené skóre se pohybovalo v rozmezí 0,74–0,54, jednalo se o: slabý sací reflex kojeného dítěte, anomálie prsů matky, nedostatečná zásoba mléka, nedostatečné znalosti rodičů o technikách kojení, únava matky, ambivalentní vztah matky ke kojení, nedostatek příležitostí sát z prsu, úzkost matky, nedostatečné znalosti rodičů o důležitosti kojení,

přerušené kojení, opožděná 2. fáze laktogeneze, předchozí operace prsou, bolest matky, předchozí neúspěšné pokusy v kojení. Položky: nedostatečná podpora v rodině, dokrmování kojence umělou savičkou z lahve, používání dudlíku, obezita matky, krátká mateřská dovolená, dosáhly váženého skóre méně než 0,50. Experti Chráskové a Boledovičové (2015) zařadili do kategorie mírně významných deset souvisejících faktorů. Celkové DCV skóre ošetrovatelské diagnózy Neefektivní kojení (00104) u položek NANDA International bylo v našem výzkumu 0,65. Studie Chráskové a Boledovičové (2015) prokázala DCV skóre ošetrovatelské diagnózy Neefektivní kojení – 00104 jako celku 0,74. Validizaci definujících charakteristik neefektivního kojení v českých studiích podpořily pouze autorky Chrásková a Boledovičová (2015), autorka diplomové práce Michalová (2013) a autorky Witová et al. (2016). Z analýzy těchto studií je patrné, že v našem výzkumu bylo dosaženo obdobných výsledků.

I přes všechna úskalí, kterými klasifikační systém NANDA International prochází, zejména v implementaci do klinické praxe, jej lze považovat za funkční metodický nástroj pro analýzu vybraných klinických situací s následnou možností vytvářet objektivizující škály pro přesnou diagnostiku a pochopení souvislostí mezi pacientem a jeho projevujícími se problémy. Je nezbytně nutné podporovat strategie k nalezení jednotných postupů pro hodnocení klíčových klinických situací, které by byly jednoznačně schopné predikovat možná rizika. Obsahová validizace s následným klinickým testováním ošetrovatelských diagnóz je vhodným vodítkem jak podpořit posouzení spolehlivosti klinických znaků vybraných ošetrovatelských problémů a klinických situací a tím zvýšit efektivitu ošetrovatelské diagnostiky a komplexní péče.

LIMITACE STUDIE

Limitací této studie je nevyužití současně jiných metodologických přístupů k ověření platnosti vybraných určujících znaků a souvisejících faktorů Neefektivního kojení (00104) u novorozenců a také nepoužití originálních Fehringových kritérií pro výběr expertů a neoslovení samostatného vzorku pedagogů z oboru ošetrovatelství. Jako doporučení pro další výzkum lze považovat provedení systematického přehledu nejčastěji se vyskytujících objektivních ukazatelů neefektivního kojení u novorozenců s přihlédnutím na klasifikaci novorozence dle zralosti s následnou kategorizací. Limitujícím faktorem této studie byla i současná validizace dvou ošetrovatelských diagnóz. Časová náročnost a terminologická přesycenost dotazníků může ovlivnit koncentraci expertů při vyhodnocování dotazníků.

ZÁVĚR

Validizace ošetrovatelské diagnózy Neefektivní kojení (00104) byla pokračováním validizace ošetrovatelské diagnózy Snížený objem tekutin [dehydratace] (00027). I přesto, že obě tyto diagnózy bývají v klinické praxi posuzovány samostatně, je mezi nimi vzájemný vztah. Jedna druhou se mohou na základě výskytu a působení určujících znaků a souvisejících faktorů negativně ovlivnit, což následně komplikuje vývoj zdravotního stavu novorozence. Neefektivní kojení bývá jednou z příčin rozvoje novorozenecké dehydratace. V ošetrovatelské diagnóze Snížený objem tekutin [dehydratace] (00027) však neefektivní kojení není uvedeno ani jako související faktor. Při validizaci ošetrovatelské diagnózy Snížený objem tekutin [dehydratace] (00027) (Rabasová, 2017) byla mezi související faktory zařazena i položka „Neefektivní kojení“, při hodnocení získala vážené skóre 0,72. Je tedy zřejmé, že i odborníci z klinické praxe pocítují určitou souvislost mezi dehydratací a neefektivním kojením. Záměr validizovat ošetrovatelskou diagnózu Neefektivní kojení (00104) byl tedy cílený ve vztahu k dehydrataci. Výsledky této studie poukazují na významnost hlavních určujících znaků ošetrovatelské diagnózy Neefektivní kojení (00104) (neustálá ztráta tělesné hmotnosti kojeného dítěte, nedostatečný nárůst tělesné hmotnosti kojeného dítěte a neschopnost dítěte správně se přisát k matčinu prsu) a souvisejících faktorů (orofaryngeální defekt dítěte a předčasně narozené dítě). Hlavním důvodem proč validizovat definující znaky ošetrovatelských diagnóz je zejména získání konkrétních ukazatelů, které by dokázaly identifikovat a posoudit závažnost klinických situací.

Etické aspekty a konflikt zájmů

Autor deklaruje, že práce nemá žádný konflikt zájmů a při zpracování této studie byly dodrženy etické aspekty výzkumu.

Poděkování

Práce je podpořena grantem Interní Grantové Soutěže Fakulty veřejných politik v Opavě, Slezské univerzity v Opavě: IGS/13/2016/ s názvem Obsahová validizace definujících charakteristik vybrané ošetrovatelské diagnózy NANDA International u novorozenců v kontextu českého ošetrovatelství. Poděkování náleží i všem zdravotnickým pracovníkům vybraných nemocnic, kteří se účastnili výzkumného šetření. V neposlední řadě děkujeme vedoucím pracovníkům vybraných nemocnic, kteří umožnili toto výzkumné šetření.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] DOLEŽEL, Z., ELSTNEROVÁ, L., WECHSLER, D., JANKOVÁ, M., KNETIGOVÁ, M., ALEXANDROVÁ, S. 2005. Tragédie provázející kojení. *Pediatric pro praxi*. 2005;3:147–150. ISSN 1213-0494.
- [2] ERDEMIR, A., KAHRAMANER, Z., COSAR, H., TURKOGLU, E., KANIK, A., SUTCUOGLU, S., OZER, E. A. 2014. Comparison of oral and intravenous fluid therapy in newborns with hypernatremic dehydration. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2014;27(5):491–494. ISSN 1476-7058. Available from: <https://doi.org/10.3109/14767058.2013.819334>
- [3] FEHRING, R. J. 1986. Validation diagnostic labels: standardized methodology. In: Hurley, M. E., editor. *Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the sixth conference*. 1st ed. St. Louis: Mosby. 1986. p. 183–190. ISBN 0-801637-66-X.
- [4] FEHRING, R. J. Methods to validate nursing diagnoses. *Heart and Lung: the journal of critical care*. 1987;16(6):625–629. ISSN 0147-9563.
- [5] FENDRYCHOVÁ, J. 2000. *Ošetrovatelské diagnózy v neonatologii*. 1. vyd. Brno: NCO NZO. 2000. 45s., ISBN 80-7013-322-8.
- [6] FENDRYCHOVÁ, J., BOREK, I. et al. 2012. *Intenzivní péče o novorozence*. 2. přeprac. vyd. Brno: NCO NZO. 2012. 447s., ISBN 978-80-7013-547-1.
- [7] GÓMEZ, E. P., OROZCO, L. C., CAMARGO, F. A. F., ALFONSO, E. P. H., PEÑA, E. R., VILLABONA, L. N. A., ACEVEDO, Y. G. 2011. Ineffective breastfeeding: prevalence and associated factors. *Salud UIS [online]*. 2011;43(3):271–279. [cited 2018 Mar 22]. ISSN 2145-8464. Available from: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/2567/2893>
- [8] GRYM, J. 2005. Začátek laktace a riziko hypernatremické dehydratace u novorozenců. *Pediatric pro praxi*. 2005;6:320–324. ISSN 1213-0494.
- [9] CHRÁSKOVÁ, J., BOLEDOVIČOVÁ, M. 2015. Obsahová validace diagnóz neefektivní kojení a snaha zlepšit kojení. *Profese online [online]*. 2015;8(2):6–10. [cited 2018 Mar 22]. ISSN 1803-4330. Dostupné z: <https://www.profeseonline.upol.cz/pdfs/pol/2015/02/02.pdf>
- [10] INÁCIO, C. C., CHAVES, E. M., FREITAS, M. C., E SILVA, A. V., ALVES, A. R., MONTEIRO, A. R. 2010. Nursing diagnoses in in-rooming units. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2010;63(6):894–899. ISSN 0034-7167. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/04.pdf>
- [11] INGRAM, I., JOHNSON, D., COPELAND, M., CHURCHILL, C., TAYLOR, H. The development of a new breast feeding assessment tool and the relationship with breast feeding self-efficacy. *Midwifery [online]*. 2015; 31(1):132–137. [cited 2018 Mar 22]. ISSN 0266-6138. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.07.001>
- [12] JAKUBÍKOVÁ, J. 2012. *Vrozené anomálie hlavy a krku*. 1. vyd. Praha: Grada. 2012. 256s., ISBN 978-80-247-4064-5.

- [13] JAROŠOVÁ, D. a kol. 2012. Využitelnost ošetrovatelských klasifikací NANDA International a NIC v domácí péči. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. 2012. 127s. ISBN 978-80-7464-000-1.
- [14] JENSEN, D., WALLACE, S., KELSAY, P. 1994. LATCH: a breastfeeding charting system and documentation tool. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [online]. 1994;23(1):27–32. [cited 2018 Mar 22]. ISSN 0884-2175. Available from: [https://www.jognn.org/article/S0884-2175\(15\)33081-1/pdf](https://www.jognn.org/article/S0884-2175(15)33081-1/pdf)
- [15] KONETZNY, G., BUCHER, H. U., ARLETTAZ, R. 2009. Prevention of hypernatraemic dehydration in breastfed newborn infants by daily weighing. *European Journal of Pediatrics* [online]. 2009;168(7):815–818. [cited 2018 Mar 22]. ISSN 1432-1076. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00431-008-0841-8>
- [16] LAVAGNO, C., CAMOZZI, P., RENZI, S., LAVA, S. A. G., SIMONETTI, G. D., BIANCHETTI, M. G., MILANI, G. P. 2016. Breastfeeding-associated hypernatremia: A systematic review of the literature. *Journal of Human Lactation*. 2016;32(1):67–74. ISSN 0890-3344. Available from: <https://doi.org/10.1177/0890334415613079>
- [17] LAW, S. M., DUNN, O. M., WALLACE, L. M., INCH, S. A. 2007. Breastfeeding Best Start study: training midwives in a 'hands off' positioning and attachment intervention. *Matern Child Nutr*. 2007;3(3):194–205. ISSN 1740-8695. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2007.00083.x>
- [18] LEIFER, G. 2004. Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství. 1. české vyd. Praha: Grada. 2004. 988s., ISBN 80-247-0668-7.
- [19] LETHBRIDGE, D. J., MCCLURG, V., HENRIKSON, M., WALL, G. 1993. Validation of the Nursing Diagnosis of Ineffective Breastfeeding. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* [online]. 1993;22(1):57–63. [cited 2018 Mar 22]. ISSN 0884-2175. Available from: [https://www.jognn.org/article/S0884-2175\(15\)33011-2/pdf](https://www.jognn.org/article/S0884-2175(15)33011-2/pdf)
- [20] MATTHEWS, M. K. 1988. Developing an instrument to assess infant breastfeeding behaviour in the early neonatal period. *Midwifery*. 1988;4(4):154–165. ISSN 0266-6138. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0266-6138\(88\)80071-8](https://doi.org/10.1016/S0266-6138(88)80071-8)
- [21] MYDLILOVÁ, A. 2005. Doporučení pro kojení fyziologických novorozenců, kojenců a malých dětí. *Pediatric pro praxi*. 2005;5:273. ISSN 1213-0494.
- [22] MICHALOVÁ, V. 2013. Management ošetrovatelské péče o fyziologického novorozence s využitím klasifikačních systémů NANDA, NIC a NOC. České Budějovice. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. 2013.
- [23] MUNTAU, A. C. 2014. *Pediatric*. 6. vyd. Praha: Grada. 2014. 608s., ISBN 978-80-247-4588-6.
- [24] NANDA International. 2015. Ošetrovatelské diagnózy: Definice & klasifikace: 2015–2017. HERDMAN, H. T., KAMITSURU, S., editors. 1. české vyd. Přeložila Pavla Kudlová. Praha: Grada. 2015. 464s., ISBN 978-80-247-5412-3.

- [25] NATIONAL HEALTH AND MEDICAL RESEARCH COUNCIL. 2012. Infant Feeding Guidelines [online]. Canberra: National Health and Medical Research Council. 2012 [cited 2018 Mar 22]. Available from: <https://www.nhmrc.gov.au/guidelines-publications/n56>
- [26] PÁNEK, M. 2013. Současné trendy v péči o novorozence. *Pediatric pro praxi*. 2013;14(6):363–366. ISSN 1213-0494.
- [27] POKORNÁ, A., KAMENÍKOVÁ, M., DVOŘÁKOVÁ, V. 2016. Možnosti podpory kojení (laktčního poradenství) z pohledu laické i odborné veřejnosti. *Pediatric pro praxi*. 2016;17(5):313–317. ISSN 1213-0494.
- [28] PRANSKY, S. M., LAGO, D., HONG, P. 2015. Breastfeeding difficulties and oral cavity anomalies: The influence of posterior ankyloglossia and upper-lip ties. *International journal of pediatric otorhinolaryngology* [online]. 2015;79(10):1714–1717. [cited 2018 Mar 22]. ISSN: 0165-5876. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2015.07.033>
- [29] RABASOVÁ, P. 2017. Content validation of nursing diagnosis of deficient fluid volume [dehydration] in the context of neonatological nursing. *Central European Journal of Nursing and Midwifery* [online]. 2017;8(2):622–631. [cited 2018 Mar 22]. ISSN 2336-3517. Available from: <http://dx.doi.org/10.15452/CEJNM.2017.08.0011>
- [30] ROZTOČIL, A. a kol. 2008. Moderní porodnictví. 1. vyd. Praha: Grada. 2008. 408s., ISBN 978-80-247-1941-2.
- [31] RYŠAVÁ, M., NEČASOVÁ, A., FENDRYCHOVÁ, J. 2002. Ošetrovatelské diagnózy a jejich přiřazení k vybraným lékařským diagnózám v neonatologii. 1. vyd. Brno: NCO NZO. 2002. 153s., ISBN 80-7013-360-0.
- [32] DI SARRA, L., D'AGOSTINO, F., COCCHIERI, A., VELLONE, E., ZEGA, M., ALVARO, R. 2016. Nursing diagnoses and theoretical frameworks in neonatal units: a literature review. *Professioni Infermieristiche* [online]. 2016;69(1):44–55. [cited 2018 Mar 22]. ISSN 0033-0205. Available from: http://www.centrodiexcellenza.eu/static/documenti/2.16.7_art1_Professioni_%20diagnosi.pdf
- [33] STRAŇÁK, Z. 2009. Problematika péče o donošeného novorozence po propuštění z porodnice do domácí péče. *Pediatric pro praxi*. 2009;10(4):233–236. ISSN 1213-0494.
- [34] TROTMAN, H., LORD, C., BARTON, M., ANTOINE, M. 2004. Hypernatraemic dehydration in Jamaican breastfed neonates: a 12-year review in a baby-friendly hospital. *Annals of Tropical Paediatrics* [online]. 2004;24(4):295–300. [cited 2018 Mar 22]. ISSN 1465-3281 Available from: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=86ad5c7b-e544-459a-8385-ef8e95d92f08%40sessionmgr101>
- [35] URAS, N., KARADAG, A., DOGAN, G., TONBUL, A., TATLI, M. M. 2007. Moderate hypernatremic dehydration in newborn infants: Retrospective evaluation of 64 cases. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2007;20(6):449–452. ISSN 1476-7058. Available from: <https://doi.org/10.1080/14767050701398256>

- [36] DO VALE, I. N., DE SOUZA, S. R., CARMONA, E. V. 2005. Nursing diagnoses identified during parent group meetings in a neonatal intensive care unit. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*. 2005;16(3–4):65–73. ISSN 1541-5147. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1744-618X.2005.00015.x>
- [37] ZELENÍKOVÁ, R., ŽIAKOVÁ, K., ČÁP, J., JAROŠOVÁ, D., VRUBLOVÁ, Y. 2010. Návrh kritérií výberu expertov pre validizáciu ošetrovateľských diagnóz v ČR a SR. *Kontakt*. 2010;12(4):407–413. ISSN 1212-4117.
- [38] WHO/UNICEF. 1989. Protecting, promoting and supporting breast-feeding. The special role of maternity services [online]. WHO/UNICEF Statement. Geneva: WHO. 1989 [cited 2018 Mar 22]. Available from: <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241561300/en/>
- [39] WHO. 2002. Essential Newborn Care and Breastfeeding. Training modules [online]. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen:WHO; 2002 [cited 2018 Mar 22]. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0015/240234/e79227.pdf
- [40] WHO. 2017. Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. Guideline [online]. Geneva: WHO. 2017 [cited 2018 Mar 22]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259386/9789241550086-eng.pdf?sequence=1>
- [41] WITOVÁ, L., PROCHÁZKA, M., PIČMANOVÁ, P., BUBENÍKOVÁ, Š. Validizace diagnostických prvků ošetrovateľské diagnózy 00104 Neefektivní kojení. *Profese online* [online]. 2016;9(1):31–37. [cited 2018 Mar 22]. ISSN 1803-4330. Dostupné z: https://profeseonline.upol.cz/artkey/pol-201601-0005_Validizace_diagnostickych_prvku_oseetrovateľske_diagnozy_00104_Neefektivni_kojeni.php
- [42] WUTKE, K., DENNIS, C. L. The reliability and validity of the Polish version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form: translation and psychometric assessment. *International Journal of Nursing Studies* [online]. 2007;44(8):1439–1446. [cited 2018 Mar 22]. ISSN 0020-7489. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.08.001>

CONTENT VALIDATION OF NURSING DIAGNOSIS OF INEFFECTIVE BREASTFEEDING IN THE CONTEXT OF NEONATOLOGICAL NURSING

ABSTRACT

Goal: The major goal of the study was to validate the defining characteristics and related factors of the nursing diagnosis of Ineffective breastfeeding (00104).

Design: Content validation study.

Methods: The defining characteristics of the nursing diagnosis of Ineffective breastfeeding (00104) were evaluated with the help of Fehring Diagnostic Content Validity Model. The set consisted of 119 nurses working in neonatology. The significance of the defining characteristics was rated by the experts at Likert scale from 1 to 5. The data collection was carried out from March to September 2016.

Results: Were described as the primary defining characteristics by the experts, specifically: Sustained infant weight loss, Insufficient infant weight gain and Infant inability to latch on to maternal breast correctly. All characteristics are from NANDA International Taxonomy. The 11 characteristics from NANDA International were described as secondary defining characteristics by the experts; 10

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Pavlína Rabasová, Ph.D.
Slezská univerzita v Opavě
Fakulta veřejných politik v Opavě
Ústav ošetřovatelství
Bezručovo náměstí 885/14
746 01 Opava
e-mail: pavlina.rabasova@fvp.slu.cz

characteristics achieved a weighted score of 0.64–0.50. Items like: Insufficient emptying of each breast per feeding achieved a weighted score under 0.50. As the primary related factors were described by the experts, specifically: Oropharyngeal defect and Prematurity.

Conclusion: The set of experts sees the primary significant characteristics for objectivization of the nursing diagnosis of Ineffective breastfeeding (00104) in newborns in 3 defining characteristics and 2 related factors.

KEYWORDS:

Nursing diagnosis, ineffective breastfeeding, newborn, validation, defining characteristic, related factor

HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE V KONTEXTU TĚLESNÉ HMOTNOSTI A KREVNÍHO TLAKU

YVETTA VRUBLOVÁ
SLEZSKÁ UNIVERZITA V OPAVĚ

DANA MACHOVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
V JIHLAVĚ



ABSTRAKT

Cílem šetření bylo zjistit vliv perorální kombinované antikoncepce na tělesnou hmotnost a na hodnoty krevního tlaku ženy. Výzkumný soubor tvořilo 200 žen bez chronického onemocnění, které užívaly kombinovanou hormonální antikoncepci minimálně pět let. Sběr dat probíhal od roku 2011 do roku 2017 ve dvou soukromých gynekologických ordinacích. Bylo zjištěno, že u sledovaného souboru, kde bylo 34,5 % kuřáček, perorální kombinovaná hormonální antikoncepce neovlivňuje tělesnou hmotnost a hodnoty krevního tlaku.

KLÍČOVÁ SLOVA:

hormonální antikoncepce, tělesná hmotnost, krevní tlak

Vývoj antikoncepce stále pokračuje a stejně tak výzkumy, které se zabývají odstraněním nežádoucích vedlejších účinků a vlivů antikoncepce na lidský organismus (Čepický, Fanta, 2011). Ukazatelem vyspělé společnosti je dostupnost spolehlivé antikoncepce. Vynález hormonální antikoncepce považují ženy podle průzkumů za nejvýznamnější objev 20. století (Fait, 2012). Hormonální perorální antikoncepce je v praxi více jak 50 let a je jedním z nejpřevratnějších léků moderní doby, který zcela změnil sociální problematiku společnosti. Ženy očekávají od hormonální antikoncepce vysokou působivost, ale také vysokou bezpečnost, snadné užívání, minimum vedlejších účinků, a navíc ještě neantikoncepční příznivé účinky. Pozitivní efekty jsou hlavně regulace menstruačního krvácení, snižování krevních ztrát u anemie, léčba premenstruálního syndromu, prevence vzniku cyst, nádorů vaječníků a vznik endometriózy, léčení akné, maštění a vypadávání vlasů (Roztočil, 2011). Podstata hormonální antikoncepce je založena na předpokladu antikoncepčního účinku těhotenství. Je-li žena gravidní, nemůže za normálních okolností otěhotnět, neboť v tomto období je blokována ovulace. To je základní idea, která přivedla vědce na elementární myšlenku, jak a co to způsobuje a zda by se to dalo vyrobit (Křepelka, 2013). Hormonální kontraceptiva prodělala v průběhu své existence značný vývoj. Došlo hlavně ke snížení dávek hormonů a vývoji používaných steroidů. Hormonální antikoncepce je nejefektivnější reverzibilní metodou zábrany početí a existují různé typy (Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2008). Kombinovaná hormonální antikoncepce je směs estrogeneru a progestinu. Někdy se také používá název estrogen-gestagenní antikoncepce. Pro tento typ antikoncepce je typické pravidelné měsíční krvácení během týdenní pauzy v užívání přípravku. Všechny dnes dostupné perorální tabletky kombinované antikoncepce obsahují syntetický estrogen a progestin v různé denní dávce. Gestagenní kontracepce je účinnou alternativou kombinované hormonální antikoncepce. Byla zavedena kvůli odstranění negativních účinků estrogenů a pro ženy, pro které jsou estrogeny kontraindikovány. Počet uživatelék gestagenní antikoncepce je zřetelně menší. Při nasazování této antikoncepce nejsou nutná žádná laboratorní vyšetření, doporučuje se podrobná anamnéza a preventivní onkogynekologické vyšetření. Užívání perorální hormonální antikoncepce je u mladé a zdravé ženy zatíženo velmi malým rizikem. Přesto až 73 % žen je přesvědčeno, že po pilulkách se tloustne. Přibývání na váze je často citovaným vedlejším nežádoucím účinkem hormonální antikoncepce a je jedním z častých důvodů přerušení jejího užívání. Změny hmotnosti bývají způsobeny změnou životního stylu spojenou s nasazením antikoncepce. Je důležité nejdříve zjistit, zda nedošlo ke změně stravovacích režimů, a pak teprve vyšetřit kompletní metabolický profil. Výzkumy nejsou přesvědčivé, dokazují pouze, že příčiny nárůstu hmotnosti jsou patrně jinde než v hormonální antikoncepci (Fait, 2012). Kombinovaná hormonální antikoncepce může mírně zvyšovat krevní tlak. Jeho vzestup je mírný a je považován za klinicky nevýznamný. Fait (2006) uvádí, že pouze u 2,5 % žen dojde ke zvýšení tlaku nad hodnoty překračující normu. Ohroženou skupinou jsou ženy s pozitivní rodinou anamnézou s hypertenzí v těhotenství, hypertenzní choroby, ženy s BMI vyšším než 30, se sklonem k zadržování sodíku a ženy s chronickou pyelonefritidou (Klener, 2011).

VÝZKUMNÝ SOUBOR A METODIKA

Výzkumný soubor se skládal z 200 žen, které užívaly perorální kombinovanou hormonální antikoncepci minimálně 5 let a netrpěly chronickou chorobou. Celkem byly stanoveny dvě hypotézy. Ze zdravotní dokumentace byly vybrány pouze informace, které se vztahovaly ke stanoveným hypotézám. V průběhu výzkumu byl kladen důraz na etické aspekty. Při každé gynekologické prohlídce byla žena zvážena a byl jí změřen krevní tlak. Byly sledovány údaje: přítomnost chronického onemocnění, věk, krevní tlak nyní a před 5 lety, současná tělesná hmotnost a před 5 lety, tělesná výška, současné BMI a BMI před 5 lety a délka užívání kombinované hormonální antikoncepce. Ženy s chronickým onemocněním byly vyřazeny a stejně tak ženy, které v průběhu pěti let užívání perorální kombinované hormonální antikoncepce výrazně změnily životní styl (přestaly kouřit, cvičit, začaly pracovat na noční směny, byly vystaveny dlouhodobému stresu).

VÝSLEDKY A DISKUSE

Celkem byly stanoveny dvě hypotézy, první hypotéza se zabývala vlivem užívání kombinované perorální antikoncepce a jejího vlivu na tělesnou hmotnost. Druhá testovala vliv kombinované hormonální antikoncepce na hodnoty krevního tlaku. Pro statistické zpracování hypotéz byl použit Wilcoxonův test pro dva výběry a chí-kvadrát test.

Tab. 1: Zvýšení a snížení tělesné hmotnosti

	Aritmetický průměr	medián [kg]	směrodatná odchylka [kg]	variační koeficient [%]	P hodnota
tělesný přírůstek	4,30	3	3,74	13,99	6,660
váhový úbytek	3,69	2	3,83	14,65	

Vypočítaná hodnota $p = 6,660$ dokládá, že nedošlo ke statisticky významnému váhovému přírůstku ve zkoumané skupině žen. Samostatný hmotnostní přírůstek byl sice signifikantní, ale nevybočoval z normality. Normalitou je označováno, že běžný dospělý jedinec v průběhu jednoho roku přibere o 0,5 – 1 kg (Hutfless, 2013). Ženy, které překročily tuto hranici během pěti let (přibraly více než 5 kg), bylo 18 % z celkového počtu. Byla přijata hypotéza, že užívání kombinované hormonální antikoncepce u zkoumané skupiny nemělo vliv na tělesnou hmotnost ženy.

Studie autorů Gallo et. al. (2011) potvrzuje stejný výsledek, který uvádí, že kombinovaná perorální antikoncepce nemá vliv na hmotnost žen. Byl zde také zkoumán vliv věku na tělesnou hmotnost a bylo zjištěno, že největší váhový přírůstek byl ve věkové kategorii

40–49 let. Podle Tošnera (2017) snižuje kombinovaná hormonální antikoncepce s drospirenonem tělesnou hmotnost u dvaceti až čtyřiceti procent žen. U zkoumaného souboru žen, které používaly antikoncepci s drospirenonem se zvýšila tělesná hmotnost v průměru o 2,75 kg. U žen, které užívaly antikoncepci bez drospirenonu, se zvýšila tělesná hmotnost o 1,95 kg.

Druhá hypotéza se zabývala otázkou užívání kombinované hormonální antikoncepce a jejího vlivu na krevní tlak. Při ověření druhé hypotézy byla opět využita metrická data, která byla vzájemně posuzována ve sledovaném souboru. Kvantitativní data byla zpracována statisticky a hodnocena statistickými testy. Tabulka 2 udává hladiny krevního tlaku u sledované skupiny po pěti letech užívání kombinované hormonální antikoncepce.

Tab. 2: Změny systolického a diastolického tlaku žen během 5 let

tlak	SYSTOLICKÝ TLAK				DIASTOLICKÝ TLAK			
	zvýšení	snížení	beze změny	celkem	zvýšení	snížení	beze změny	celkem
abs. četnost (n)	148	43	9	200	137	36	27	200
relat. četnost (%)	74	21,5	4,5	100	68,5	18	13,5	100

TKS – systolický krevní tlak, TKD- diastolický krevní tlak

Krevní tlak byl pravidelně měřen během pěti let. Na základě hodnoty $p = 1,56$ u systolického krevního tlaku a $p = 3,8$ u diastolického krevního tlaku nebyl prokázán staticky významný rozdíl.

Tab. 3: Změny systolického a diastolického tlaku žen během 5 let

	počet	medián [mmHg]	průměr [mmHg]	směrodatná odchylka [mmHg]	P - hodnota
TKS	200	5	6,01	10,03	1,56
TKD	200	3	3,79	6,42	3,8

Uvedené výsledky se shodují i se studií autorů Cagnacci et al. (2012), která se zabývala hodnotami krevního tlaku žen během 24 hodin před nasazením antikoncepce a po 6 měsících. Nasazení kombinované perorální antikoncepce nevyvolalo zvýšení tlaku, avšak změnila se tepová frekvence. Významnou souvislost mezi zvýšením krevního tlaku a dlouhodobým užíváním (více jak dva roky) kombinované perorální antikoncepce

naznačuje korejská studie z roku 2013 (Park a Kim, 2013). Studie se účastnily ženu ve věku 35–55 let, byly zde srovnávány ženy užívající a nikdy neužívající kombinovanou hormonální antikoncepci. Dle uvedených výsledků došlo k významnému zvýšení krevního tlaku u souboru 3 356 žen. Dle Klenera (2011) jsou ženy, které užívají kombinovanou hormonální antikoncepci, více ohroženy zvýšeným krevním tlakem.

ZÁVĚR

Hormonální kombinovaná antikoncepce je spolehlivá a při správném užívání je nechtěné těhotenství téměř vyloučeno. Přesto však s sebou může přinášet vedlejší účinky, ženy by měly být o možných komplikacích poučeny. Zde sehrává významnou roli porodní asistentka, která v cílené edukaci klade důraz na podporu zdravého životního stylu, pohybovou aktivitu, udržování normální tělesné hmotnosti, zdravou výživu, nekouření a psychickou hygienu. Prevencí tak porodní asistentka předchází vzniku hypertenze a kardiovaskulárního onemocnění. Při preventivních prohlídkách je nutné pravidelné monitorování, krevního tlaku a tělesné hmotnosti.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] CAGNACCI, A. et al., 2013. Combined oral contraceptive containing drospirenon does not modify 24-h ambulatory blood pressure but increases heart rate in healthy young women: prospective study. *Contraception*, 2013, 88.3: s. 413-417.
- [2] ČEPICKÝ, P. 2004. Historie antikoncepce [online]. [cit. 2017-02-02]. Dostupné z: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2004-3/?pdf=149>.
- [3] ČEPICKÝ, P. 2009. Qlaira - první antikoncepční pilulka s přirozeným estrogenem. [online]. [cit. 2017-17-03]. Dostupné z: <https://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2009-18/?pdf=97>.
- [4] FAIT, T., DVOŘÁK, V., SKŘIVÁNEK, A. 2009. Almanach ambulantní gynekologie. Praha: Maxdorf, 2009, 284 s. ISBN 978-80-7345-191-2.
- [5] FAIT, T. 2012. Antikoncepce: průvodce ošetřujícího lékaře. 2. vyd. Praha: Books Print. 2012, 125s. ISBN 978-80-7345-285-8.
- [6] FAIT, T. 2013. Může antikoncepce ovlivnit demografické ukazatele? *Praktická gynekologie*, 2013, 17(4). s.283-286. ISSN 1211-6645.
- [7] GALLO, M. F. et al., 2011. Combination contraceptives: effects on weight (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1 (2011): 78.
- [8] HUTFLESS, S. et al., 2013. Strategies to Prevent Weight Gain Among Adults. *Comparative Effectiveness Reviews*, 2013 No. 97. 246-255. 2013.
- [9] KLENER, P. et al., 2011. Vnitřní lékařství. 4. přepracované a doplněné vydání. Praha: Galén. 2011, 1174 s. ISBN 978-80-7262-705-9.
- [10] KOLAŘÍK, D., HALAŠKA, M., FEYEREISL, J. 2008. Repetitorium gynekologie. 1. vydání. Praha: Jessenius. 1030 s. ISBN 978-80-7345-138-7.
- [11] KŘEPELKA, P. 2013. Hormonální antikoncepce: zásady bezpečné praxe. 1. vydání. Praha: Mladá fronta. 2013. 284 s. ISBN 978-80-204-2991-9. LANDOVSKÁ, H. 2003. Antikoncepce je stará tisíciletí [online]. [cit. 2017-02-27]. Dostupné z: <http://www.novinky.cz/zena/vztahy-a-sex/14572-antikoncepce-je-staratisicileti.html>.
- [12] PARK, H., KIM, K. 2013. Associations between oral contraceptive use and risks of hypertension and prehypertension in a cross-sectional study of Korean women. *BMC women's health*, 2013,13.1: 39.
- [13] ROZTOČIL, A. 2011. Moderní gynekologie. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 508 s. ISBN 978- 802-4728-322.
- [14] TOŠNER, J. 2017. Praktické poznámky k vedlejším účinkům kombinované hormonální antikoncepce. *Gynekolog*. 2017 26(1), s.13-18. ISSN 1210-1133.

HORMONAL CONTRACEPTION IN THE CONTEXT OF BODY WEIGHT AND BLOOD PRESSURE



KONTAKTNÍ ÚDAJE:

doc. PhDr. Yveta Vrublová, Ph.D.
Slezská univerzita v Opavě
Fakulta veřejných politik v Opavě
Bezručovo náměstí 14
746 01 Opava
e-mail: Yveta.vrublova@fvp.slu.cz

Mgr. Dana Machová
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Katedra zdravotnických studií
Tolstého 16
586 01 Jihlava
e-mail: Dana.Machova@atlas.cz

ABSTRACT

The aim of the study was to determine the effect of oral combined contraceptives on body weight and on women's blood pressure. The research group consisted of 200 women without chronic disease who had been using combined hormonal contraceptives for at least five years. Data collection ran from 2011 to 2017 in two private gynecological surgeries. It was found that in the monitored group, where 34.5% were smokers, oral combined hormonal contraceptives did not affect body weight and blood pressure values.

KEYWORDS:

hormonal contraceptives, body weight,
blood pressure

POSTURÁLNE ZMENY PRI OBEZITE



HUDÁKOVÁ ZUZANA
KATOLÍCKA UNIVERZITA
V RUŽOMBERKU,
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA

TERESA FRIEDIGER
SIMONA VAJDOVÁ
KATOLÍCKA UNIVERZITA
V RUŽOMBERKU

ABSTRAKT

Úvod: Obezita má fatálne následky na posturálny systém človeka. Ako pri každom inom ochorení, aj v tomto prípade je potrebná dôsledná prevencia, s ktorou je potrebné začať už u malých detí. Stačí si osvojiť správne stravovacie návyky a zmeniť životný štýl k lepšiemu. Ale netreba zabúdať ani na pohybovú aktivitu, ktorá tiež vedie k postupnému uberaniu na váhe, ale aj ku korekcii chybnnej postúry tela, zlepšeniu telesnej kondície a ekonomickejšiemu stereotypu dýchania.

Cieľ: Cieľom našej štúdie bolo zistiť, do akej miery ovplyvňuje telesná hmotnosť človeka správne držanie tela u mladých ľudí.

Metodika: Pri získavaní informácií sme využili empirickú metódu zberu informácií – dotazník. Dotazníkom bolo oslovených 120 respondentov. Návratnosť dotazníkov bola 92, čo je 76,6 %. Pri spracovaní získaných údajov bol použitý procesor MS Excel 2012 a výsledky prezentujeme v podobe grafov.

Záver: Z nášho prieskumu vyplýva, že bolesti chrbta sa objavujú už aj v nižšom veku a rizikovým faktorom je vyššia váha hlavne pri zmenách v postúre, ktoré následne spôsobujú bolesti chrbta.

KLÍČOVÁ SLOVA:

držanie tela, postúra, obezita, svalová dysbalancia

ÚVOD

Obezita je metabolické ochorenie, ktoré je význačné nadmernou hmotnosťou tela. Je vyvolaná pozitívnou bilanciou energie, kedy sa výrazne zvyšuje množstvo podkožného tuku (Beňo, 2008). Je to nadmerné ukladanie tuku, ktorým sa následne zvyšuje telesná hmotnosť nad fyziologickú úroveň (Hromádková a kol., 2002).

V poslednej dobe sa objavujú informácie o extrémnom náraste obezity. Prekvapivé je, že sa nejedná už len o dospelú populáciu, ale čoraz častejšie aj o deti. Takéto štatistiky sa pozorujú v rámci Európskej únie za posledných 10 rokov. Obezita je definovaná na podklade hodnôt telesnej hmotnosti vzhľadom ku príslušnej výške – BMI – body mass index (Schusterová, Kuchta, Jurko, 2012).

Na určenie stupňa a závažnosti obezity sa využíva práve BMI, ktorý vypočítame podľa daného vzorca: $BMI = \text{hmotnosť v kilogramoch} / (\text{výška v metroch})^2$.

Táto hodnota je nezávislá od veku a pohlavia, avšak sú určité obmedzenia:

- deti (tie stále rastú a vyvíjajú sa),
- tehotné ženy,
- veľmi svalnatý jedinci (kulturisti) (Juríková, 2014).

Tabuľka 1: Stupne nadváhy na základe hodnôt BMI

Stupeň	BMI(kg/m ²)	Obezita
1	25,1-30,0	zanedbateľná
2	30,1-36,0	výrazná
3	36,1-41,0	značná
4	viac ako 41,0	chorobná

Zdroj: Beňo, 2008, s. 7

KLASIFIKÁCIA OBEZITY

Delenie obezity je v skutku široké, no my sa zameriame len na najzákladnejšie typy. Obezitu delíme podľa dvoch základných kritérií:

- podľa stupňa nadváhy,
- podľa energetického príjmu.

Podľa stupňa nadváhy delíme obezitu do 4 základných stupňov:

1. **stupeň** je 10 – 25 % nad ideálnou hodnotou hmotnosti (t. j. pri výške 170 cm miesto 70 kg je hmotnosť 84),
2. **stupeň** je 26 – 50 % nadváhy,
3. **stupeň** predstavuje 51 – 100 % nadváhy (na priblíženie, hovoríme o hmotnosti 90-125 kg),
4. **stupeň** je hodnota nad 100 % nad ideálnou hmotnosťou (pohybujeme sa okolo 125 kg a viac) (Hromádková a kol., 2002).

Podľa Javorku (2001) sa vyznačuje obézny muž tým, že telesný tuk na jeho tele presiahne 22 % celotelovej hmotnosti. Pri ženskom pohlaví sa toto číslo pohybuje okolo 27 % telesného tuku.

Podľa energetického príjmu delíme obezitu do 2 skupín:

1. **vývojové štádium (prvotné)** – ide o štádium, kedy energetický príjem prevyšuje energetický výdaj,
2. **stabilizované (pokročilé)** – v tomto období sa už energetický príjem stabilizuje na úroveň energetického výdaju (Javorka, 2001).

Prevenencia obezity: Základom prevencie je menej stravy a viac pohybu. Medzi základné preventívne spôsoby vyvíjajúcej sa obezity môžeme zaradiť:

- zmena psychického postoja k svojmu telu,
- zmena vo forme a spôsobe nášho stravovania,
- diéty,
- dostačujúca fyzická aktivita (Held, 2006).

POSTURÁLNE ODCHYLKY

Postúru chápeme ako aktívne držanie pohybových segmentov tela proti pôsobeniu vonkajších síl. Je to zároveň základná a neodmysliteľná podmienka pohybu (Kolář, 2010). Postúra pracuje na základe dvoch hlavných princípov, a to na princípe celistvosti (kedy je polohou chápaná reakcia celého systému, teda nielen istej časti pohybového aparátu) a na princípe dynamickosti (každá naša zaujatá poloha je daná nielen staticky, ale aj určitou dynamickou súhrou svalov) (Gúth, 2008).

Chybné držanie tela je vlastne porucha posturálnych funkcií, ktoré zaraďujeme k funkčným odchýlkam. Na ich vzniku sa podieľajú viaceré faktory a môžeme ich zaradiť do dvoch kategórií:

- vnútorné faktory – (vrodené chyby, genetické anomálie),
- vonkajšie faktory – (dlhé státie, nesprávne sedenie, nevhodné pohybové návyky a pod.) (Čermák, 2003).

Chybné, patologické, neekonomické alebo aj nesprávne držanie tela je pojem s ktorým sa vo fyzioterapii stretávame permanentne. Je najčastejšie spôsobené práve svalovými dysbalanciami (nerovnováhou), ktoré sa nachádzajú na ventrálnej či dorzálnnej časti tela. V tejto dvojici plní jeden zo svalov posturálnu funkciu (sklon ku skracovaniu sa) a druhý následne má funkciu fázickú (sklon k ochabnutiu). Takto dochádza postupne k preťažovaniu chrčtice a posturálnym odchýlkam (Tichý, 2000).

Obezita je neodmysliteľne spojená s funkčnými posturálnymi poruchami. Príčiny posturálnych porúch sú:

- centrálna koordinačná porucha v období posturálneho vývoja,
- spôsob, akým máme vypracované naše pohybové stereotypy,
- porucha kontrola nocicepcie (Kolář, 2010).

Chrbtica sa hodnotí podľa jej zakrivenia a to v segmente krčnom, hrudnom a bedrovom. Hodnotíme ju v dvoch rovinách: sagitálnej (lordóza a kyfóza) a frontálnej (skolióza) (Véle, 2006).

SVALOVÁ DYSBALANCIA

Svalový systém tiež u obéznych pacientov reaguje tak, že určité skupiny svalov majú tendenciu skrútiť sa, iné zas oslabiť sa. Skrútené svaly najmä v oblasti chrčtice sú najmä vzpriamovače trupu a to v oblasti bedrovej chrčtice. Následne najčastejšie oslabované bývajú brušné svaly. Tieto spomínané anomálie majú za tendenciu vznik svalovej nerovnováhy – tzv. dysbalancie. Toto všetko vedie k preťažovaniu nášho pohybového aparátu a tým súvisiacou nesprávnou postúrou nášho tela (Čechová, Dobešová, 2001). Svalová dysbalancia je stav, kedy činnosť jedného antagonistu je v prevahe nad druhým. Ide teda o nesúlad, kedy sa poruší svalová rovnováha a vznikne svalová dysbalancia (Čermák, 2003).

Ciele štúdie: Cieľom štúdie bolo zistiť, do akej miery ovplyvňuje telesná hmotnosť človeka správne držanie tela. Ako čiastkové problémy sme si vybrali: ako ovplyvňuje vek hmotnosť tela u respondentov, aký je vzťah obezity k pohlaviu a ktorými ťažkosťami vo vzťahu k postúre trpia obézni respondenti.

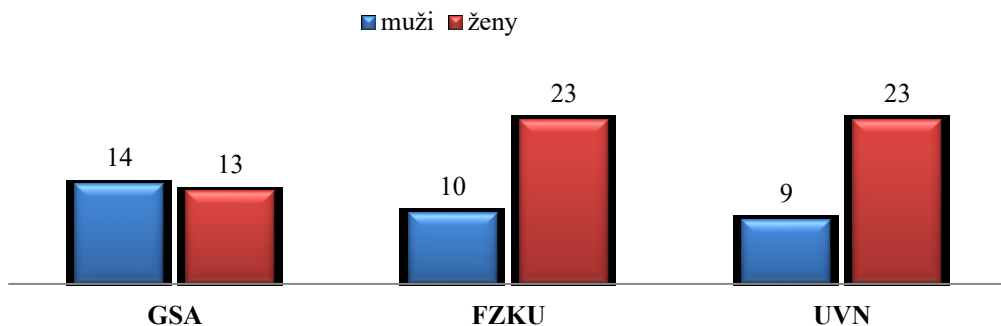
Metodika prieskumu: Pri získavaní informácií sme využili empirickú metódu zberu informácií – dotazník. V prieskume sme využili dotazník vlastnej konštrukcie. Dotazníkom bolo oslovených 120 respondentov: žiaci na gymnázium v Ružomberku (GSA), študenti

na Fakulte zdravotníctva KU v Ružomberku (FZ KU) a pracovníci v nemocnici (ÚVN) v Ružomberku. Návratnosť dotazníkov bola 92, čo je 76,6 %. Pri spracovaní získaných údajov bol použitý procesor MS Excel 2012 a výsledky prezentujeme v podobe grafov.

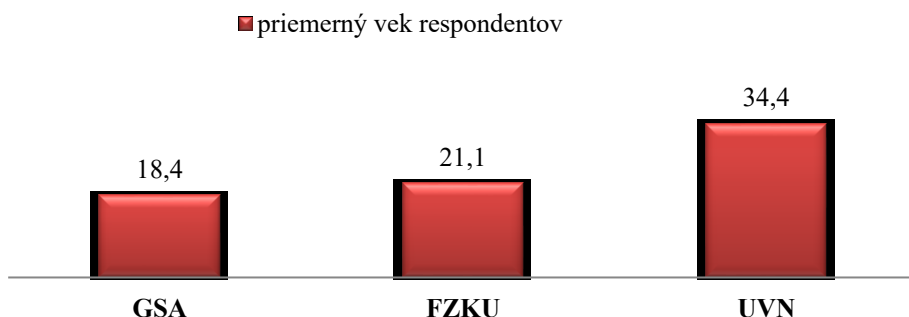
VÝSLEDKY

Z celkového počtu respondentov bolo 59 žien a 33 mužov. Tieto hodnoty sme graficky zobrazili v 3 kategóriách nášho prieskumného súboru. Na strednej škole GSA bolo 14 chlapcov a 13 dievčat, na FZ KU sa zapojilo do výskumu 10 mužov a 23 žien a posledná skupina respondentov v ÚVN bola tvorená z 9 mužov a 23 žien (Graf 1).

Graf 1: Pohlavie respondentov

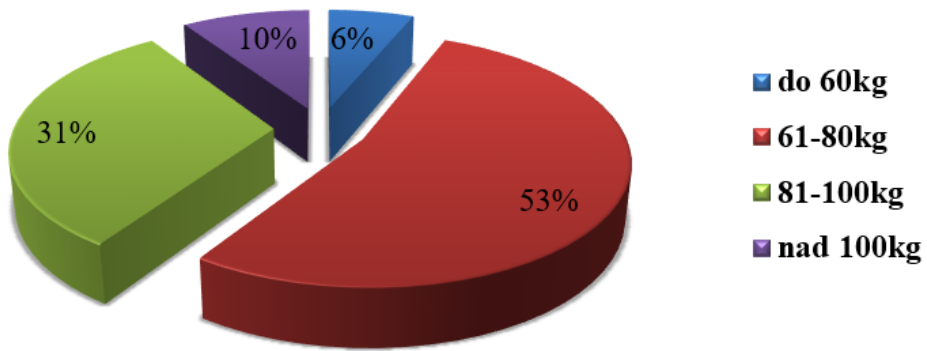


Graf 2: Priemerný vek respondentov



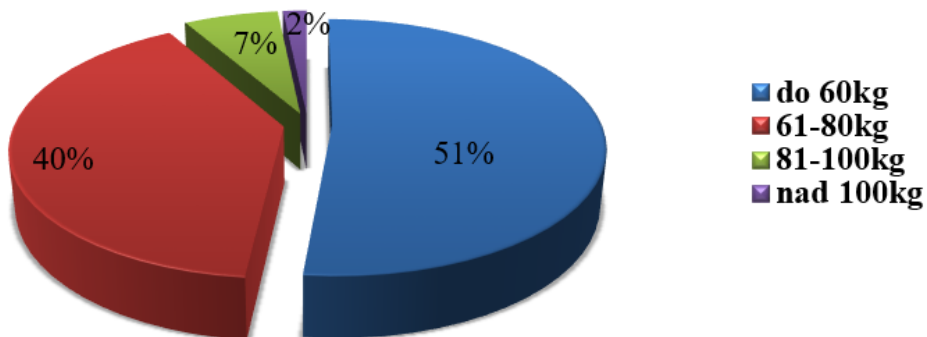
Priemerný vek prvej skupiny respondentov, žiakov strednej školy GSA, bol 18,4 rokov, u druhej skupiny – študentov vysokej školy FZ KU bol priemerný vek 21,1 roka a pracujúcich v ÚVN (ústredná vojenská nemocnica) bol priemerný vek 34,4 rokov (Graf 2).

Graf 3: Váha mužov



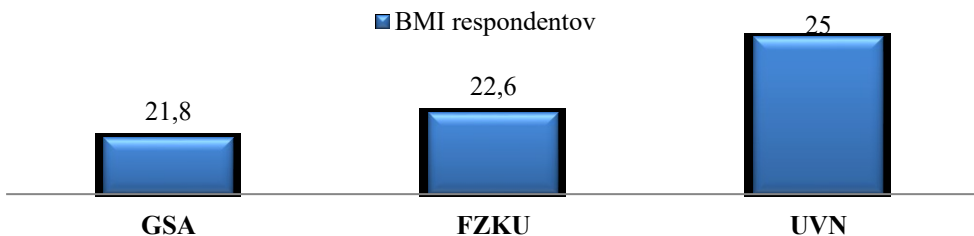
Najväčší počet mužov (17) malo váhu od 61–80kg (53 %). Druhú skupinu tvorilo 10 mužov v rozmedzí 81–100 kg (31 %); 2 muži mali váhu do 60 kg (6 %) a 3 muži sa pohybovali s váhovan nad 100 kg (10 %) (Graf 3).

Graf 4: Váha žien



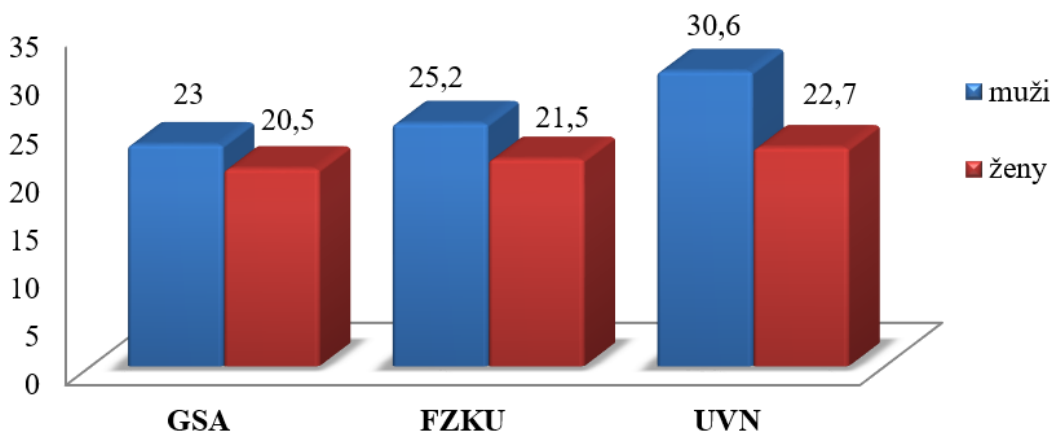
Najviac, 31 žien malo hmotnosť do 60 kg (51 %). Hmotnosť od 61–80 kg malo 24 žien (40 %), v kategórii od 81–100 kg boli 4 ženy (7 %) a 1 žena mala hmotnosť nad 100 kg (2 %) (Graf 4).

Graf 5: BMI respondentov vzhľadom k veku



Priemerné hodnoty BMI predstavovali u prvej skupiny respondentov študentov GSA 21,8 u druhej skupiny respondentov FZ KU 22,6 a u poslednej skupiny ÚVN dosahovali hodnoty BMI 25 (Graf 5).

Graf 6: BMI respondentov vzhľadom k veku a pohlaviu

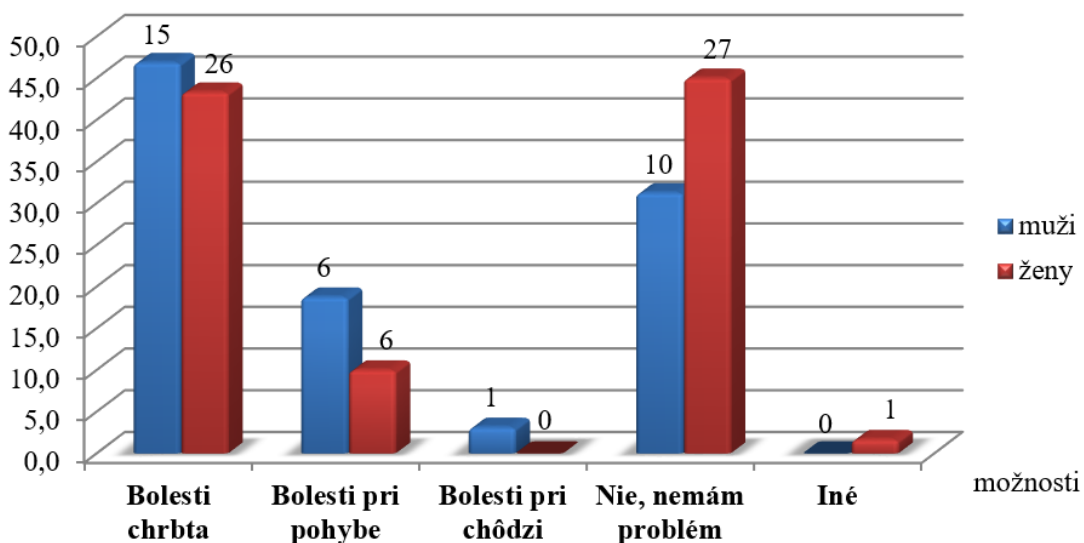


Hodnoty BMI vzhľadom k pohlaviu u prvej skupiny GSA dosahovali u mužov 23 a u žien 20,5. Druhá skupina prezentovaná respondentmi z FZ KU predstavuje tieto hodnoty u mužov 25,2 a u žien 21,5. Hodnoty BMI skupiny v ÚVN u mužov mali 30,6 a u žien 22,7 (graf 6).

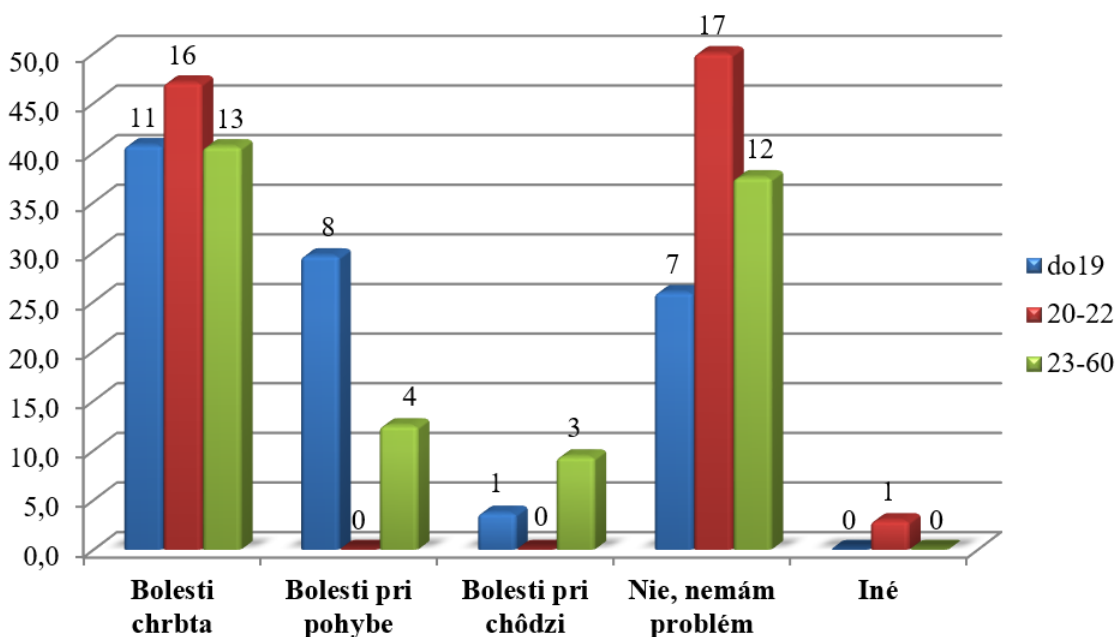
Otázka: Trpíte nejakými zdravotnými problémami?

Graf 7: Zdravotné problémy vo vzťahu k pohlaviu respondentov

vyjadrenie v percentách %



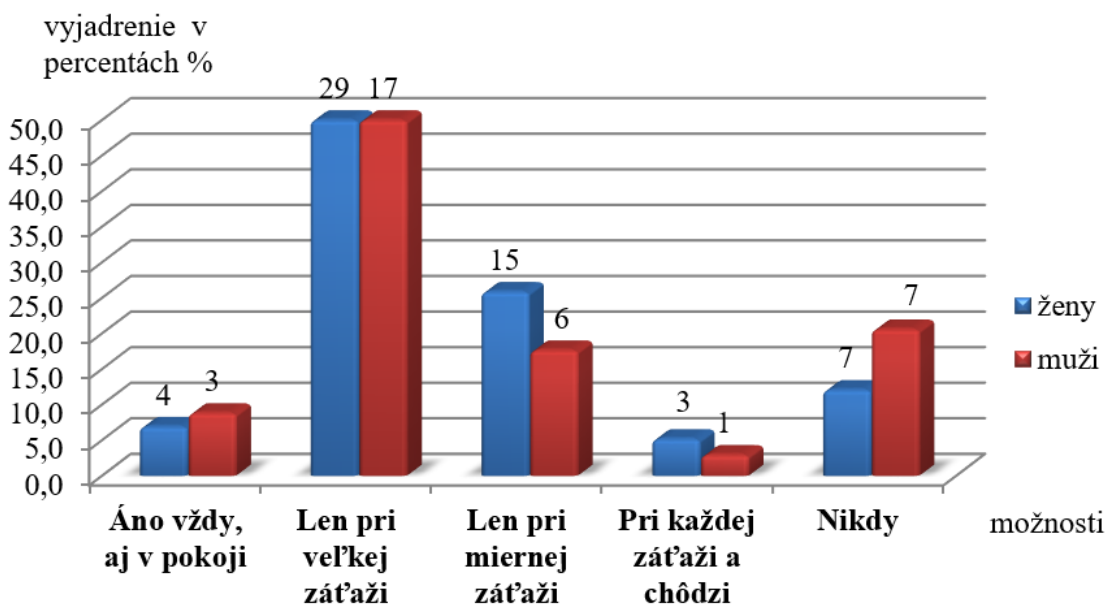
Graf 8: Zdravotné problémy vo vzťahu k veku respondentov



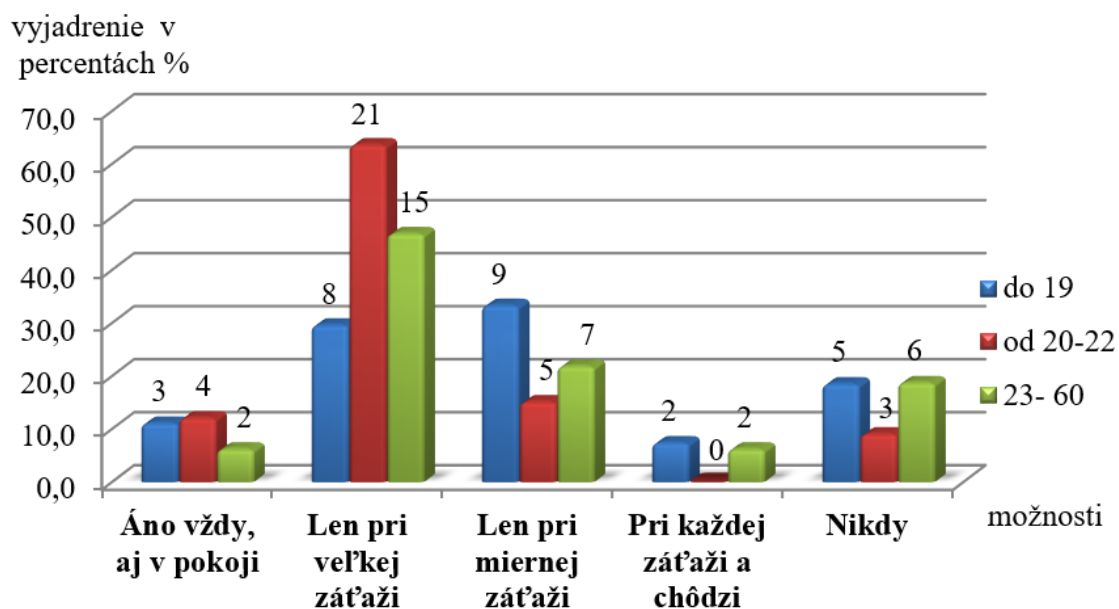
U mužov (15) je najčastejším zdravotným problémom bolesť chrbta; 47 %. U žien bola častá odpoveď nemám žiadne problémy – 45 % (27), ale približne rovnako (26) sa tiež objavujú bolesti chrbta – 43 % (Graf 8).

Otázka: Pociťujete bolesť chrbta ?

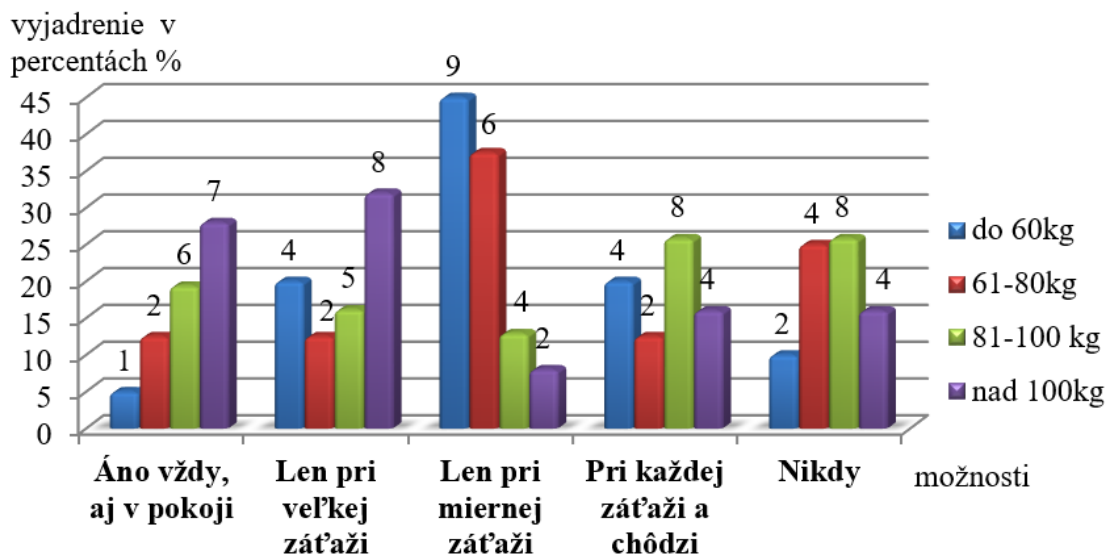
Graf 9: Bolesť chrbta vo vzťahu k pohlaviu respondentov



Graf 10: Bolesť chrbta vo vzťahu k veku respondentov



Graf 11: Bolesť chrbta vo vzťahu k hmotnosti respondentov



17 mužov uviedlo, že bolesti chrbtice pociťujú pri veľkej záťaži (50 %) a taktiež 29 žien uviedlo bolesti chrbta len pri väčšej záťaži (50 %) (Graf 9).

9 respondentov do 19 rokov uviedlo, že pociťujú bolesť chrbta pri miernej záťaži (33 %). V kategórii do 22 rokov uviedlo 21 respondentov výraznú bolesť chrbta len pri veľkej záťaži (63 %). V tretej kategórii kategória, 15 respondentov do 60 rokov uviedlo, že pociťujú bolesti chrbtice pri značnej záťaži (47 %) (Graf 10).

V Grafe 11 je znázornené, že 9 respondentov vo váhe do 60 kg uviedlo, že bolesť chrbta cítia len pri miernej záťaži (45 %). 6 respondentov vo váhe 61–80 kg pociťuje bolesti chrbtice tiež pri miernej záťaži (38 %). 8 respondentov vo váhe 81–100 kg sa sťažuje na bolesti chrbta pri každej záťaži a aj pri chôdzi (26 %) a 8 respondentov (32 %) vo váhe nad 100 kg trpí bolesťami chrbta len pri veľkej záťaži.

DISKUSIA

Na podklade našich výsledkov môžeme konštatovať, že často krát spomínaný pohodlný a nezdravý životný štýl je najzávažnejším faktorom, ktorý sa podieľa na postupnom výskyte a náraste obezity v spoločnosti a poruchami postúry a rovnováhy tela.

V našom prieskume sme sa chceli dozvedieť, do akej miery ovplyvňuje telesná hmotnosť človeka správne držanie tela. Priemerný vek prvej skupiny respondentov bol 18,4 rokov, u druhej skupiny bol priemerný vek 21,1 roka a u tretej skupiny pracujúcich bol priemerný vek 34,4 rokov. Priemerné hodnoty BMI predstavovali u prvej skupiny respondentov 21,8 u druhej skupiny respondentov 22,6 a u tretej skupiny dosahovali hodnoty BMI 25. Na bolesť chrbta sa sťažovalo 47 % mužov a 43 % žien. Podľa týchto výsledkov vidíme, že bolesti chrbta sa v dosť vysokej miere objavujú už v nižšom veku a tak u žien ako aj u mužov. Z toho vyplýva, že by sme sa mali zamerať hlavne na prevenciu, pretože preventívnou alebo liečebnou pohybovou aktivitou môžeme stabilizovať váhu jednotlivcov a tým môžeme dôjsť k postupnému odstráneniu posturálnych odchýlok. V liečbe posturálnych porúch u obéznejších pacientov nestačí len rapídne redukovať hmotnosť tela, ale k dosiahnutiu čo najväčšieho úspechu je práve potrebný intenzívny a pravidelný pohyb. Tento pohyb by mal obsahovať najmä kompenzačné a balančné cvičenie (Čechová, Dobešová, 2001).

Dýchacia gymnastika je veľmi prospešný spôsob rehabilitačnej liečby, kedy si pacient uvoľňuje dýchacie svalstvo, zvyšuje svalovú silu, mobilizuje chrbticu, zlepší pohyblivosť a činnosť bránice a samotných rebier. Dýchacou gymnastikou môžeme začať a ukončiť každé cvičenie, ide o spôsob relaxácie a uvoľnenia (Gúth a kol., 2008).

Cievnu gymnastiku môžeme využiť ako ďalší cvičebný prvok pri pacientoch s nadváhou. Hlavným cieľom tejto terapie je práve zrýchlenie venózneho toku a zníženie venózneho tlaku. Cvičenie môže byť aktívne, aktívne asistované alebo pasívne, kedy pacientovi musíme pri pohyboch končatinami dopomôcť. Ďalším liečebným postupom je aj využitie postizometrickej relaxácie. Spočíva v 4 základných postupoch. Najskôr musíme dosiahnuť predpätie. Následne pacient kladie jemný odpor proti nášmu pohybu aspoň 5 sekúnd. Prikážeme pacientovi, aby povolil svoj ťah a následne tak relaxoval. Vidíme ako sa samotný vyšetrovaný sval uvoľňuje. Netreba zabúdať však aj na správne dýchanie, ktoré nám môže prácu uľahčiť (Kolář, 2010).

Automobilizačné cvičenie je forma rehabilitácie, ktorú vykonáva sám pacient, preto je to spôsob autoterapie. Ide o spojovací článok medzi manipulačnou liečbou a tiež liečebným telocvikom. Pacient musí dbať na presne cielené, pomalé a hlavne nenásilné pohyby. Švihové pohyby môžu len vyprovokovať väčší spazmus, blokádu a prudkú bolesť. Každá mobilizácia vždy začne východiskovou polohou, predpäťm a až následne samotnou mobilizačnou technikou.

Rehabilitačné cvičenia nasmerujeme najskôr na vyrovnanie už existujúcej svalovej nestability medzi jednotlivými svalovými skupinami. Tieto odchýlky sa prejavujú chybným držaním tela a chudobnými svalovými stereotypmi. Pri obéznejších pacientoch, ktorí majú evidentne ochabnuté brušné svalstvo je nápomocné nosenie širokého brušného pásu. Takto sa nahrádza fixačná funkcia brušného svalstva a tým dosiahneme aj určité odľahčenie našej preťažovanej chrbtice (Čechová, Dobešová, 2001).

Odporúčania pre prax:

- dodržiavať zásady redukčnej a racionálnej výživy,
- stravovať sa 5 – 6x denne v rozmedzí dvoch až troch hodín,
- večerať najneskôr 2 hodiny pred spánkom,
- preferovať telesnú aktivitu každý deň,
- cvičiť s pomocou fyzioterapeuta.

ZÁVER

Z nášho prieskumu vyplýva, že bolesti chrbta sa objavujú už aj v nižšom veku a rizikovým faktorom je vyššia váha hlavne pri zmenách v postúre, ktoré následne spôsobujú bolesti chrbta. Vysoká telesná hmotnosť vedie v mnohých prípadoch k preťažovaniu nášho pohybového aparátu, a to najmä kostrového a svalového systému tela. Toto všetko má za následok rozvoj viacerých funkčných porúch pohybového systému, ako napríklad: chybné držanie tela, skoliózu, plochonožie, zmena ťažiska tela ale aj mnohé svalové dysbalancie. Na každom z nás záleží, ako do svojej životosprávy zaradi vyrovnaný príjem a výdaj energie. Nesmieme zabúdať na pravidelný pohyb, ktorý je pre správny životný štýl nevyhnutný, no v dnešnom uponáhľanom svete veľmi zriedkavý a stále odkladaný na posledné miesta v našom živote.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] BEŇO, I., 2008. Náuka o výžive. 2. vyd. Martin : Osveta, 2008. 158 s. ISBN 80-8063-126-3.
- [2] ČECHOVÁ, A., DOBEŠOVÁ, P. 2001. Jak předcházet bolestem v zádech. 2. vyd. Ostrava: Mirago, 2001. 96 s. ISBN 80-85922-79-7.
- [3] ČERMÁK, J. 2003. Záda už mě nebolí. Praha : Jan Vašut s. r. o, 2003. 295 s. ISBN 80-7236-117-1.
- [4] GÚTH, A. a kol. 2008. Vyšetrovacie metodiky v rehabilitácii pre fyzioterapeutov. Bratislava : Liečreh, 2008. 400 s. ISBN 80-88932-13-0.
- [5] HELD, Ľ. a kol. 2006. Teória a prax výchovy k zdravej výžive v školách. 1 vyd. Bratislava : Veda, 2006. 769 s. ISBN 80-224-0920-0 .
- [6] HROMÁDKOVÁ, J. a kol. 2002. Fyzioterapie. Vyšehradská: H&H, 2002. 430 s. ISBN 80-86002-45-5.
- [7] JAVORKA, K. a kol. 2001. Lekárska fyziologia. Martin : Osveta, 2001. 679 s. ISBN 80-8063-023-2.
- [8] JURÍKOVÁ, T. a kol. 2014. Výživa detí predškolského veku. Nitra : FSŠ - Fakulta stredoeurópskych štúdií UKF, 2014. 241 s. ISBN 978-80-558-0591-7.
- [9] KOLÁŘ, P. a kol. 2010. Rehabilitace v klinické praxi. 1.vyd. Praha : Galén, 2010. 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.
- [10] KUNOVÁ, V. a kol. 2011. Zdravá výživa. Praha : Grada, 2011. 140 s. ISBN 978-80-247-7379-7 .
- [11] MATOULEK, M. 2015. Stupně obezity, Rozdělení váhy dle BMI. [online]. [cit 10. 01. 2015]. Dostupné na internete: <http://www.zijzdrave.cz/kila-navic/obezita-a-nadvaha/stupne-obezity/>
- [12] SCHUSTEROVÁ, I., KUČHTA, M., JURKO, A. 2012. Obezita a jej vplyvy na kardiovaskulárny systém v detskom veku. Martin : Osveta, 2012. 169 s. ISBN 978-80-8063-377-6.
- [13] TICHÝ, M. 2000. Funkční diagnostika pohybového aparátu. Praha: Triton, 2000. 94 s. ISBN 80-7254-022-X.
- [14] VÉLE, F. 2012. Vyšetření hybných funkcí z pohledu neurofyziologie: Příručka pro terapeuty pracující v neurorehabilitaci. Praha : Triton, 2012. 222 s. ISBN 978-80-7387-608-1.

POSTURAL CHANGES IN OBESITY



ABSTRACT

Introduction: Obesity has fatal consequences on the postural system of humans. As with any other illness, even in this case, rigorous prevention is needed, which should be started with young children. Just learn good eating habits and lifestyle changes for the better. But we must not forget physical activity, which also leads to the gradual decreasing of weight, but also to correct the wrong posture of the body, improve physical condition and more economical breathing stereotype.

Aim: The aim of our study was to find out to what extent the body weight of a person influences proper body holding in young people.

Method: We used the empirical method to obtain information collection-questionnaire. 120 respondents were addressed by the questionnaire. The questionnaire return was 92, which is 76.6 %. It was used to process the collected data MS Excel 2012 processor and the results are presented as graphs.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

doc. PhDr. Zuzana Hudáková, PhD.
Katolícka univerzita v Ružomberku
Fakulta zdravotníctva
Námestie A. Hlinku 48
034 01 Rožumberok
Slovakia
e-mail: zuzana.hudakova@ku.sk

Mgr. Teresa Friediger
Katolícka univerzita v Ružomberku
Fakulta zdravotníctva
Námestie A. Hlinku 48
034 01 Rožumberok
Slovakia
e-mail: teresa.friediger@ku.sk

Simona Vajdová
Katolícka univerzita v Ružomberku
Fakulta zdravotníctva
Námestie A. Hlinku 48
034 01 Rožumberok
Slovakia
e-mail: b10vajdova@gmail.com

Conclusion: Our research shows, that back pain already occurs at an earlier age and the risk factor is higher weight, especially when changes in posture, which then causes back pain.

KEYWORDS:

holding the body, posture, obesity,
muscle dysbalance

KOMUNIKÁCIA SESTRY SO ZNEVÝHODNENÝM PACIENTOM



ABSTRAKT

Príspevok poskytuje základné informácie komunikácie sestry so znevýhodneným pacientom. Komunikácia je univerzálnym javom ľudskej spoločnosti a priamym regulátorom úrovne medziľudských vzťahov. Neverbálna komunikácia je komunikácia prostredníctvom reči tela. Aj mimoslovné spôsoby komunikácie naznačujú kvalitu vzájomných vzťahov v medziľudskej interakcii. Prostredníctvom nich človek naznačuje svoj emocionálny stav taký, aký je, alebo taký, ako by chcel, aby ho iní vnímali. Neverbálna komunikácia má historickú prioritu pred slovným dorozumievaním. Najčastejšou chybou pri vnímaní a následne pri rozbere reči ľudského tela zo strany sestry i pacienta je opierať sa o izolované neverbálne prejavy pacienta alebo sestry. Cieľom príspevku je popísať a poukázať na pacientov, ktorí sú okrem ochorenia znevýhodnení zrakovým, sluchovým, rečovým, telesným či mentálnym handicapom. Pri znevýhodnení diferencujeme disaptibilitu, ktorá predstavuje obmedzenie alebo nedostatok schopnosti vykonávať činnosti spôsobmi bežnými pre zdravého človeka, s handicapom, ktorý predstavuje

IVICA GULÁŠOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNÍCTVA
A SOCIÁLNEJ PRÁCE SV. ALŽBETY,
BRATISLAVA

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA

JOZEF BABEČKA

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNÍCTVA
A SOCIÁLNEJ PRÁCE SV. ALŽBETY,
BRATISLAVA

LENKA GÖRNEROVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA

znevýhodnenie ako nepriaznivú situáciu postihnutého vo vzťahu k ostatným, sociálny následok vyplývajúci z ochorenia či z postihnutia a celkovú degeneriu, ktorá predstavuje zníženie (zhoršenie) kvality života.

KLÚČOVÉ SLOVÁ:

komunikácia, sestra, znevýhodnený
pacient, handicap, mentálne postihnutie

ÚVOD

Človek sa ako sociálny tvor odlišuje od iných živočíchov na Zemi tým, že iba on je schopný využívať reč ako nástroj dorozumievania a myslenia. Komunikácia je univerzálnym javom ľudskej spoločnosti a priamym regulátorom úrovne medziľudských vzťahov. Zároveň je podmienkou existencie každého sociálneho systému. Bez nej nemôže existovať nijaká sociálna skupina (Kopecká, Korcová et al., 2008). Prispieva k uspokojovaniu potreby sociálneho styku, je prostriedkom sociálneho začlenenia jednotlivca do skupiny. Slovo komunikácia pochádza z latinského slova *communicare*, ktorého význam je robiť niečo spoločným, radiť sa, rokovať alebo zhovárať sa.

NEVERBÁLNA KOMUNIKÁCIA

Neverbálna komunikácia je komunikácia prostredníctvom reči tela. Aj mimoslovné spôsoby komunikácie naznačujú kvalitu vzájomných vzťahov v medziľudskej interakcii. Prostredníctvom nich človek naznačuje svoj emocionálny stav taký, aký je, alebo taký, ako by chcel, aby ho iní vnímali. Neverbálna komunikácia má historickú prioritu pred slovným dorozumievaním. Prostriedky neverbálnej komunikácie majú význam pri vyjadrovaní postojov, nálad a aktuálneho prežívania, vyjadrovaní postojov, nálad a aktuálneho prežívania, vytváraní a regulácii vzájomného vzťahu - náklonnosť alebo odmietanie, vytváraní prvého dojmu v úvode interakcie a komunikačného procesu, oznamovaní emócií, naznačení, ako sa človeku (sestre, pacientovi) darí emócie ovládať, preklenúť, vytváraní „dojmu“ kto je kto, ovplyvňovaní názorov, postojov, myslenia, spôsobov správania a konania, podporovaní alebo vyvrátení verbálnej komunikácie, posudzovaní charakteru a vlastností, posudzovaní charakteru a vlastností, riadení rozhovoru, synchronizácií polohy a pohybov tela komunikujúcich.

Neverbálna komunikácia je proces, v ktorom sa vytvára určitá schéma neverbálneho dorozumievania. Obmieňa sa podľa toho kde sa odohráva (ošetrovacia jednotka, ambulancia, spoločenská miestnosť, pracovňa sestry a iné), kto je v role odosielateľa a kto je v role príjemcu (edukácia, informovaný súhlas pacienta, empatická komunikácia, pozorovanie a iné), aké vzťahy sú medzi komunikujúcimi (prvá hospitalizácia, opakovaná hospitalizácia, prvá návšteva ambulancie, dispenzarizovaný pacient, zazmluvnený pacient a iné), v akom čase sa odohráva (ráno, doobeda, večer, v nočnej službe počas pracovného týždňa, počas víkendu), ako dlho trvá (časové rozpätie neverbálnej komunikácie, tu si dovoľíme poznamenať, že neverbálna komunikácia vo väčšine prípadov prebieha podvedome, takže časové rozpätie je ťažko reálne, pravdivo vyjadriteľné).

Najčastejšou chybou pri vnímaní a následne pri rozbere reči ľudského tela zo strany sestry i pacienta je opierať sa o izolované neverbálne prejavy pacienta alebo sestry. Každý pohyb či poloha ktorejkoľvek časti tela má svoju „gramatiku“ a zároveň hodnotu slova. Preto je potrebné, aby sestra vyhodnocovala jednotlivé neverbálne signály v kontexte s celou komunikáciou a s prihliadnutím na situačné faktory ktoré sa vyskytnú v interakcii s pacientom. Môžeme to nazvať priam umením u sestry schopnosť čítať neverbálne komunikačné prejavy pacienta. Ošetrovateľské situácie výrazne ovplyvňujú interakciu medzi sestrou a pacientom. Okolnosti, za ktorých sa stretávajú a komunikujú, majú nesporne vplyv na výber, použitie a intenzitu neverbálnych oznámení sestry. Zážitky a skúsenosti pacienta z predchádzajúcich stretnutí so sestrou ovplyvňujú jeho neverbálnu v nasledujúcich kontaktoch. Osobnostné faktory sestry i pacienta – vek, charakterové vlastnosti, typ osobnosti a temperament – dotvárajú celkový kontext (obraz) vzájomnej mimoslovnej komunikácie. V priebehu dlhšej interakcie môže sestra od pacienta očakávať určité vžitie spôsoby neverbálnych prejavov.

Sestra by jednoznačne mala poznať význam prejavov neverbálnej komunikácie. Počas štúdia, ale i samoštúdiom a hlavne v praxi si osvojuje schopnosť čítať neverbálne prejavy u pacientov, ale i kolegýň, kolegov a tieto psychosociálne zručnosti určite využije i vo svojom súkromí. Pomôžu jej ovplyvniť komunikáciu želaným smerom, zvýšiť efektivitu vlastnej komunikácie, lepšie zvládať a prekonávať komunikačné prekážky, kontrolovať a usmerňovať vlastné správanie a konanie, ovplyvňovať dojem, akým pôsobí na iných a ako profesionál by mala pôsobiť, lepšie pochopiť prežívanie, náladu, emocionálne stavy a potreby pacienta. Neverbálne signály by sestra mala vedieť nielen vnímať, ale aj ich dešifrovať vo vzťahu k situačným faktorom, typu a temperamentu osobnosti a aktuálnemu prežívaniu pacienta.

Proxemika sa chápe ako veda o podvedomom členení vlastného priestoru s následným dodržiavaním hraníc. Hovorí sa o miere fyzickej vzdialenosti sestry od pacienta a naopak. Vyjadruje priestorovú vzdialenosť, ktorá sa chápe na dvoch úrovniach horizontálnej a vertikálnej. Horizontálna rovina je vzdialenosť komunikujúcich od seba priblížením alebo odstúpením. Na túto skutočnosť veľmi citlivo reagujú pacienti, ktorí sú znevýhodnení zdravotne, mentálne, zmyslovo a sociálne. Vertikálna rovina predstavuje výškovú úroveň vo vzťahu k inému človeku. Vyvážená komunikácia nastáva vtedy, keď sú oči sestry i pacienta počas komunikácie na približne rovnakej úrovni (Venglářová, Mahrová, 2006). V pacientovi to vyvoláva pocit rovnocenného, dôverného vzťahu.

Proxemika rozlišuje štyri proxemické zóny: intímnu, osobnú, sociálnu (spoločenskú) a verejnú.

Intímna zóna predstavuje vzdialenosť v intímnom vzťahu medzi ženou a mužom, matkou a dieťaťom. Sestra sa často ocitá v intímnej zóne pacienta pri odberoch, kŕmení, hygienickej starostlivosti a pri celej škále ďalších ošetrovateľských postupoch.

Osobná zóna sa rozdeľuje na užšiu (30–80 cm) a širšiu (80–120 cm). Táto zóna sa pokladá pri rozhovore sestry s pacientom za ideálnu.

Sociálna (spoločenská) zóna zahŕňa užšiu (120–230 cm) a širšiu (230–360 cm) zónu. Táto vzdialenosť sa uplatňuje pri prerokúvaní neosobných vecí (komunikuje s viacerými pacientami naraz). Z neverbálnych signálov komunikujúci využívajú pohľady, mimiku, posturiku, kinetiku, gestikuláciu.

Verejná zóna sa vymedzuje na vzdialenosť od 3,6 do 7,6 m. V takej vzdialenosti sa stráca osobný kontakt sestry s pacientom. Táto zóna sa vyžíva na verejných zhromaždeniach, pri ktorých možno ovplyvňovať poslucháčov (Linhartová, 2007).

Pacienti, ktorí sú znevýhodnení telesne, psychicky, zmyslovo či sociálne sa cítia v sociálnej a verejnej zóne neisto. Získať si ich dôveru preto bude veľmi ťažké. Na túto skutočnosť by mali sestry pamätať v interakcii s nimi.

Teritorialita priamo súvisí s proxemikou, priestorom a jeho obsadením. Je to komunikácia prostredníctvom územia. Každý človek má vymedzenú vlastnú, tzv. osobnú zónu. Chápe sa ako pomyslený kruh, ktorý ohraničuje priestor okolo neho, do ktorého nerád vpúšťa iných ľudí. Ak iný vnikne do jeho zóny, môže to chápať ako netaktnosť, vtieravosť. Špecifickou formou neverbálnej komunikácie je aj vzhľad a upravenosť zovňajška sestry. Osobná upravenosť sestry pôsobí nielen na ňu samu, ale ovplyvňuje i postojom, správanie a konanie pacienta vo vzťahu k nej. Čistý vyhladený pracovný odev, primeraná úprava tváre, čisté a upravené nechty, dodržiavanie osobnej hygieny, primeraná vôňa to sú súčasť úpravy zovňajška sestry. Sestra by si mala v práci odpustiť i šperkovanú výzdobu, piercing, tetovanie a podobne. Upravená sestra prezentuje nielen seba, ale aj pracovisko. Schopnosť vedieť pozorovať a dešifrovať neverbálne prejavy pacienta tvorí dôležitú súčasť ošetrovateľského procesu. Pre sestru, ktorá chce komunikovať, je dôležité, aby ovládala neverbálny jazyk ľudského dorozumievania.

Verbálna komunikácia predstavuje to, čo si sestra a pacient navzájom oznamujú slovami. Reč je typicky ľudská duševná funkcia. Je tým najdôležitejším, čím sa človek odlišuje od ostatných živých tvorov. Reč umožňuje komunikovať, myslieť, ovplyvňovať seba aj iných (Devito, 2001). Sestra by sa mala vyjadrovať presne, jasne, primerane a predovšetkým zrozumiteľne. Slová majú významnú informačnú hodnotu. Prostredníctvom nich sestra rozpráva, vysvetľuje, získava presvedčenie, motivuje a povzbudzuje. Informuje pacienta o potrebnosti a účelnosti odborných postupov pri udržiavaní, podpore a obnove zdravia. Jednou stránkou rečového prejavu sestry je skutočnosť, že slová musí voliť uvážene, uvedomene a často i cielene (Venglářová, Mahrová, 2006). Po vyriešení ich nemôže vziať späť, preškrtnúť ich ani vymazať. Ak by aj pacient odpustil nevhodné slová, určite na ne zabudne.

POŽIADAVKY NA REČOVÝ PREJAV SESTRY

Jednoduchosť rečového prejavu znamená používanie krátkych slov a výrazov. Sestra podáva informácie názorne, vysvetľuje nejasné pojmy, dodržiava pauzy, kladie vetný a slovný dôraz. Odburáva odborný slovník, nárečové a slangové výrazy. Prehľadnosť informácií zabezpečí sestra tak, že pacienta jasne oboznámi s tým, o čom bude reč. Rozčlení vlastný slovný prejav. Má mať logickú následnosť, zabezpečiť zhrnutie v najdôležitejších bodoch v rozhovore.

Pri splnení požiadavky výstižnosti v rečovom prejave sestra rozpráva k veci. Sústreďí sa na podstatné informácie a vynecháva tie, ktoré sú pre pacienta nepodstatné alebo neužitočné.

Podnetovosť v rečovom vyjadrení znamená používanie príkladov. Sestra využíva rôzne formy reči a vyhýba sa neosobnému spôsobu prejavu. Načasovanosť a závažnosť vo verbálnom prejave znamená, že slová sestry musia byť správne načasované, tak aby ich pacient vypočul. Sestra nepokračuje skôr, ako pacient nereaguje alebo neodpovie. Požiadavka predpokladá aj to, že informácia sa dostane k nemu včas (Gulášová, 2002).

Dôveryhodnosť predstavuje spoľahlivosť informácií ktoré sestra pacientovi poskytuje. Vzniká ako odpoveď pacienta na dôveryhodné správanie sestry (Šoltés, Pullman, 2008).

Aby sa sestra stala vierohodnou, musí sa oboznámiť s daným problémom a musí mať presné informácie. Prispôbivosť v rečovom prejave predstavuje schopnosť modifikovať podávané informácie v závislosti od toho, ako na ne pacient reaguje. Nazýva sa aj adaptabilita. Nálada a správanie sa môžu u pacienta zmeniť v priebehu niekoľkých minút, hodín, zo dňa na deň (Gulášová, 2012). V závislosti od ošetrovateľskej situácie a potreby pacienta môže sestra použiť viaceré slovné prejavy. Monológ vzniká, keď pacient alebo sestra rozprávajú pre seba. V monológu hľadá človek odpovede, riešenia problémov, opakuje si pokyn. Dialóg je rozhovor uskutočňujúci sa medzi sestrou a pacientom na rozličných úrovniach. Konverzácia predstavuje voľný spôsob komunikácie. Konzultáciami sestra poskytuje informácie, pomoc, rady a odporúčenia.

Sestra sa často stretáva s pacientmi, ktorí sú okrem ochorenia znevýhodnení zrakovým, sluchovým, rečovým, telesným či mentálnym handicapom. Pri znevýhodnení diferencujeme disaptibilitu, ktorá predstavuje obmedzenie alebo nedostatok schopnosti vykonávať činnosti spôsobmi bežnými pre zdravého človeka, s handicapom, ktorý predstavuje znevýhodnenie ako nepriaznivú situáciu postihnutého vo vzťahu k ostatným, sociálny následok vyplývajúci z ochorenia či z postihnutia a celkovú regresiu, ktorá predstavuje zníženie (zhoršenie) kvality života (Kozierová, Erbová, Olivierová, 1995).

KOMUNIKÁCIA S PACIENTOM SO SLUCHOVÝM POSTIHNUTÍM

Poškodenie sluchu negatívne ovplyvňuje všetky oblasti tvoriace osobnosť človeka. Sluchovo postihnutý nemôže zachytiť a často krát ani správne interpretovať intonáciu hlasu, ktorá dáva slovám a vetám spresňujúci význam. K takému pacientovi pristupuje sestra diferencovane a individuálne v závislosti od rozsahu poškodenia sluchu, či ide o vrodené alebo získané poškodenie, či je postihnutý jeden alebo obidva sluchové aparáty, aké je časové trvanie a rozsah sluchového deficitu.

Sestra by mala v prístupe so sluchovým defektom uplatniť tieto komunikačné zručnosti: odstrániť alebo čo najviac eliminovať rušivé podnety z vonkajšieho prostredia, upovedomiť pacienta o svojej prítomnosti dotknutím sa jeho pleca alebo ruky, nezačať komunikovať s pacientom, prv kým sestru nezaeviduje zrakom, postaviť sa k pacientovi tvárou, zabezpečiť dopad svetla zo zdroja na tvár sestry, udržiavať užšiu proxemickú zónu, vyrovnáť tzv. zrakový vrch, dbať na stály zrakový kontakt, ak pacient používa načúvací prístroj skontrolovať či je funkčný, rozprávať primerane, artikulovane, nahlas, primerane využívať neverbálne prejavy, neklásť pacientovi naraz dve a viac otázok, po každej otázke vyzvať pacienta, aby odpovedal (kontrola spätnej väzby či informáciu pacient správne pochopil), prejavíť úsilie o porozumenie pacienta, na otázky odpovedať ihneď a stručne, využiť možnosť ukázať na predmety, časti tela alebo odevu, nezakrývať si ústa rukou, neklásť si pred ne predmety (Linhartová, 2007), nejesť, nežuť žuvačku, používať krátke vety, klásť kontrolné otázky či pacient informáciu pochopil a spracoval, v závere vyzvať pacienta, aby sám zreprodukoval obsah informácie, nezabudnúť na vyslovenie pochvaly za pacientovu snaživosť.

V prístupe k pacientovi so sluchovým postihnutím by si sestra mala uvedomiť vlastnú škálu neverbálnych prejavov. To čo sa pacientovi nedarí zachytiť sluchom, citlivo zachytáva zrakom.

KOMUNIKÁCIA S PACIENTOM SO ZRAKOVÝM POSTIHNUTÍM

Pre pacienta so zrakovým postihnutím sa schopnosť komunikácie stáva centrálnym problémom predovšetkým preto, lebo sa ocitol v úplne novom, pre neho nepoznanom prostredí, v ktorom sa nevie orientovať. Očakáva nielen erudovanú odbornú zdravotnú starostlivosť, ale aj psychickú a sociálnu oporu a pomoc od tých, ktorí sa o neho starajú. Očakáva od nich, že budú ovládať i spôsob ako s ním komunikovať. Spôsob komunikácie závisí aj od času trvania postihnutia t.j. či sa pacient s poruchou zraku narodil alebo ju získa (Únia nevidiacich a slabozrakých Slovenska, 2006a).

Sestra by mala v kontakte s pacientom so zrakovým postihnutím dodržiavať komunikačné špecifiká: pri vstupe do izby upozorní na seba pozdravom, predstavením sa, dotknutím sa ruky pacienta, správne oslovuje pacienta, čím mu dáva najavo, že sa chce s ním

rozprávať, pri rozhovore so slabozrakým pacientom zabezpečiť, aby svetlo zo zdroja dopadalo na jej tvár, nepohybuje sa po miestnosti ticho, vopred vysvetlí pacientovi, čo s ním bude robiť, ako dlho bude výkon trvať, vedie pacienta k využitiu iných analyzátorov - hmatového, sluchového, vysvetlí pacientovi zvuky, ktorým nerozumie, rozpráva prirodzeným spôsobom, pretože pacient počuje, sleduje reakcie pacienta na situáciu, v ktorej sa nachádza, nevyhýba sa slovám vidieť a pozeráť, neotáča sa k pacientovi chrbtom, nešepká sa s inou osobou, zbytočne nemanipuluje s pacientom, pri stravovaní opisuje jedlo na tanieri, kontrolnými otázkami overuje či pacient informáciu pochopil, oznámi pacientovi, že rozhovor sa skončil, rozlúči sa s pacientom.

Vážnym problémom pacienta so zrakovým handicapom je samostatný pohyb v priestore. Nevyhnutnou súčasťou komunikácie je pri vedení pacienta opis terénu. Správnu navigáciu získava predstavu o priestore, v ktorom sa pohybuje (Únia nevidiacich a slabozrakých Slovenska, 2006b).

KOMUNIKÁCIA S PACIENTOM S REČOVOU (FAKTICKOU) PORUCHOU

Reč je typicky ľudská duševná funkcia. Prostredníctvom reči sa vyjadrujú myšlienky, názory, postoje, želania, prosby. Umožňuje komunikovať s inými, myslieť, ovplyvňovať seba i druhých. Je spojená s akustikou. To znamená, že má určitú intonáciu, zafarbene, výšku a hlasitosť. Ani jednu rečovú odchýlku okolie neprehliadne (Devito, 2001). Stáva sa pre pacienta nepríjemnou, čo ovplyvňuje jeho ochotu komunikovať.

Zásady komunikácie s pacientom s rečovou poruchou: zabezpečiť primerané prostredie, komunikovať tvárou v tvár, rozprávať pomaly a stručne, nenapodobňovať chybnú reč, nekumulovať zrkový objem, chybnú reč neopravovať, prejsť trpezlivosť, kým sa pacient verbálne neprejaví, vyzvať pacienta, aby rozprával pokojne, nenútiť ho, aby sa rýchlejšie vyjadril, podporovať ho v komunikácii, pomôcť pacientovi dokončiť vetu, alebo myšlienku, nenútiť pacienta do rozhovoru, ak sám nechce rozprávať, neprerušovať ho v monológ, sledovať reakcie pacienta, klásť jednoduché otázky, vysloviť pacientovi uznanie za akékoľvek úsilie s cieľom pozitívnej motivácie.

V prístupe k pacientovi s poruchou reči, by si mala sestra uvedomiť skutočnosť, že pacient počuje, rozumie, aj keď sám nerozpráva. Musí kontrolovať svoje správanie a konanie, neviest rozhovor o ňom bez neho (Gulášová, 2003).

KOMUNIKÁCIA S PACIENTOM S TELESNÝM POSTIHNUTÍM

Telesné postihnutie mení rolu a postavenie človeka. Je viac či menej závislý od starostlivosti a pomoci iných. Telesný handicap nie je spravidla prekážkou komunikácie (Ondrušková, 2008). Problémom býva komplex menejcennosti, ktorý môže byť vážnou komunikačnou prekážkou. Iný prístup a spôsob komunikácie bude voliť

k pacientovi, ktorého telesné postihnutie je vrodené a ktorý túto skutočnosť viac-menej akceptuje. Iný k takému, ktorého postihnutie sa viaže na blízku minulosť alebo súvisí aktuálne s prítomnosťou.

Sestra by mala v interakcii s pacientom s telesným postihnutím dodržiavať tieto komunikačné špecifiká: zistiť stupeň samostatnosti, nevyhýbať sa komunikácii, mať primeraný rečový prejav, pozorne si všímať pacienta, ak je pacient na vozíčku, pri rozhovore s ním vyrovnáť zrakový vrch, dodržiavať zásady bežnej komunikácie, nevykonávať obslužné ani iné činnosti, ktoré pacient dokáže urobiť sám, vyzvať pacienta, aby povedal, akú konkrétnu pomoc potrebuje, akceptovať pacientovu situáciu, nedávať úlohy, ktoré pacient nemôže sám splniť, nevyčítať pacientovi nešikovnosť, odstrániť z prostredia prekážky, vyslovovať pochvalu za jeho akékoľvek úsilie.

Pacient s telesným postihnutím si zasluhuje rovnakú pozornosť, ako ktorýkoľvek iný pacient, len s tým rozdielom, že sestra rešpektuje nielen zmeny v psychike vyvolané chorobou, ale toleruje i telesnú odchýlku (Munzarová, 2005).

KOMUNIKÁCIA S PACIENTOM S MENTÁLNYM POSTIHNUTÍM

Pri mentálnej retardácii ide o narušenie duševného vývinu jedinca vplyvom endogénnych a exogénnych príčin. Medzi endogénne faktory provokujúce mentálny handicap patria genetické vplyvy. Exogénne činitele pôsobia počas vnútromaternicového vývinu, v procese pôrodu alebo najbližšej budúcnosti po ňom. Príčinou môžu byť i kľúčové stavy, metabolické poruchy, úrazy, zápalové i degeneratívne zmeny. Mentálne postihnutie sa navonok manifestuje zníženou inteligenciou, stagnáciou rozvoja poznávacích procesov. Takýto pacient sa rýchlo unaví, prejavujú sa v celej škále verbálne a neverbálne schopnosti, nepredvída následky svojho správania.

Sestra pri kontakte s pacientom s mentálnym postihnutím rešpektuje tieto komunikačné zásady: zistí od sprievodnej osoby mieru samostatnosti, sebaobsluhy a druhy pokynov, ktoré pacient akceptuje, uplatňuje takt, tolerantnosť a trpezlivosť, pristupuje k mentálne postihnutému ako k ostatným pacientom, opakuje informácie a inštrukcie dovtedy, kým nie je jasné, že im pacient rozumel, nevysmieva sa, prispôsobuje komunikačný štýl možnostiam a schopnostiam pacienta, používa jednoduché vety, rozpráva pomalšie, neodporuje pacientovi v nepodstatných úvahách či myšlienkach (Linhartová, 2007), poskytuje dostatočne veľký priestor na vyjadrenie sa, motivuje k spolupráci nielen presným opisom a predvedením činnosti, ale aj prejavmi pozitívnej haptiky, pristupuje k pacientovi bez infantilných komunikačných tendencií, nezosmiešňuje, nekritizuje a nekomentuje nezvyčajné prejavy v správaní či konaní, vyhýba sa zlostnej reakcií na nešikovnosť či neúspešnú činnosť, venuje pozornosť neverbálnym signálom, ktoré sú prejavom niečo povedať.

V súčasnosti sú vypracované podskupiny práv pacientov so špecifickými potrebami, ktoré boli prijaté a schválené ako dokument a tie musia všetci zdravotnícky a nezdravotnícky pracovníci, poskytujúci starostlivosť o znevýhodnených pacientov (klientov) dodržiavať (Gulášová, 2009).

ZÁVER

Univerzálne, jednotné recepty či návody na komunikáciu s ktoroukoľvek skupinou handicapovaných pacientov nejestvujú. Dominuje postulát individuálneho prístupu, ktorý závisí od toho, či je postihnutie vrodené alebo získané, ťažké alebo mierne, náhle alebo postupné a akým spôsobom pacient handicap zvláda, resp. nezvláda.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] DEVITO, J., D. 2001. *Základy mezilidské komunikace*. Praha: Grada. 2001. 420s., ISBN 80-7169-988-8
- [2] GULÁŠOVÁ, I. et al. 2012. *Sebaponímanie u pacientov*. Sborník přednášek Onkologie v gynekologii a mammologii, 17. Ročník sympózia. Olomouc. 2012. 247s., s.167-170, ISBN 978-80-87086-38-4
- [3] GULÁŠOVÁ, I. 2002. *Komunikácia v ošetrovateľstve*. Revue ošetrovateľstva a laboratórnych metodík, Ročník VIII., č. 2/2002, str. 69 – 72.
- [4] GULÁŠOVÁ, I. 2003. *Psychické poruchy a poruchy reči prejavujúce sa v komunikácii pacienta*. Revue ošetrovateľstva a laboratórnych metodík, Ročník IX., č. 4/2003.
- [5] GULÁŠOVÁ, I. 2009. *Právne aspekty zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti*. Martin, Osveta. 2009. S. 127. ISBN 978-80-8063-307-3
- [6] KOPECKÁ, K., KORCOVÁ, M. et al. 2008. *Zdravotnícka etika*. Martin: Osveta. 2008. 119s., ISBN 978-80-8063-278-6
- [7] KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. 1995. *Ošetrovateľstvo I, II*. Martin, Osveta, 1995, ISBN 80-217-0528-0, 836 s.
- [8] LINHARTOVÁ, V. 2007. *Praktická komunikace v medicíně*. Praha, Grada. 2007. S. 152. ISBN 978-80-247-1784-5
- [9] MUNZAROVÁ, M. 2005. *Zdravotnícka etika od A do Z*. 2005. 153s., ISBN 80-247-1024-2
- [10] ONDRUŠKOVÁ, N. 2008. *Nové etické a sociálne výzvy*. Bratislava, Dom Európy, UNESCO. 2008. S. 80. ISBN 80-970108-0-5
- [11] ŠOLTÉS, L., PULLMANN, R. 2008. *Vybrané kapitoly z medicínskej etiky*. Martin: Osveta, 2008, 256s., ISBN 80-8063-287-8
- [12] ÚNIA NEVIDIACICH A SLABOZRAKÝCH SLOVENSKA. 2006a. *Ako postupovať pri komunikácii so zrakovo postihnutým človekom?* Medical Practice. Bratislava. Roč. 2006, č. 1, s. 14. ISSN 1336-8109
- [13] ÚNIA NEVIDIACICH A SLABOZRAKÝCH SLOVENSKA. 2006b. *Problémy spojené so zrakovým postihnutím*. Revue medicíny v praxi. Roč, 12, čo 1. S.15. ISSN 1336-202X
- [14] VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. 2006. *Komunikace pro zdravotné sestry*. Praha: Grada. 2006. 144s., ISBN 80-247-1262-8

COMMUNICATING A NURSE TO A DISADVANTAGED PATIENT



ABSTRACT

The article provides basic information for a nurse communicating with a disadvantaged patient. Communication is a universal phenomenon of human society and a direct regulator of the level of interpersonal relations. Nonverbal communication is communication through body language. Even non-English means of communication indicate the quality of interrelationships in interpersonal interaction. Through them, man indicates his emotional state the way he is or the way he wants others to perceive him. Non-verbal communication has a historical priority before word-of-mouth. The most common mistake in perception and subsequent analysis of the human body's speech by both the nurse and the patient is to rely on isolated nonverbal symptoms of the patient or nurse. The aim of the article is to describe and point out patients who are disadvantaged by visual, hearing, speech, physical or mental disabilities. At a disadvantage, we differentiate between disappointment, which is a limitation or lack of ability to perform activities in a manner that is normal for a healthy person, with

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

prof. PhDr. Ivica Gulášová PhD.
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej
práce sv. Alžbety, n. o.
Ústav zdravotníckych disciplín
Nám. 1. mája č. 1
P. O. Box 104
810 00 Bratislava
Slovakia
e-mail: ivica.gulasova4@gmail.com

PhDr. Jozef Babečka
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej
práce sv. Alžbety, n. o.
Ústav zdravotníckych disciplín
Nám. 1. mája č. 1
P. O. Box 104
810 00 Bratislava
Slovakia
e-mail: jozef.babecka@hotmail.com

PhDr. Lenka Görnerová, PhD.
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Katedra zdravotníckych štúdií
Tolstého 16
586 01 Jihlava
e-mail: lenka.gornerova@vspj.cz

a disability that represents a disadvantage as a disadvantageous situation in relation to others, the social consequences resulting from the disease or disability and the overall depression, deterioration / quality of life.

KEYWORDS:

communication, sister, disadvantaged patient, handicap, mental disability

INDIVIDUÁLNY PSYCHOLOGICKÝ PRÍSTUP K PACIENTOVI S AKÚTNOU BOLEŠŤOU

IVICA GULÁŠOVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNÍCTVA
A SOCIÁLNEJ PRÁCE SV. ALŽBETY,
BRATISLAVA
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA

JOZEF BABEČKA
VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNÍCTVA
A SOCIÁLNEJ PRÁCE SV. ALŽBETY,
BRATISLAVA

ABSTRAKT

Predkladaný príspevok poukazuje na individuálny psychologický prístup k pacientovi s akútnou bolesťou. Bolesť je stará ako ľudstvo samo. Ide o multidimenzionálny fenomén na hranici fyziológie a psychológie. Bolesť je nepríjemný somatický a emocionálny zážitok vznikajúci pri skutočnom alebo možnom poškodení tkanív alebo sa ako taký opisuje. Bolesť je vždy subjektívna. Cieľom príspevku a najdôležitejším praktickým prínosom bolo odlíšenie dvoch zásadne rozdielnych klinických jednotiek - bolesti akútnej a chronickej a ich samotné hodnotenie. Záver príspevku je venovaný terapii a psychologickému hľadisku bolesti. Strach, obavy a neistota zhoršujú celkovú situáciu pacienta. Je potrebné, aby zdravotnícki pracovníci usilovali vybudovať si harmonický vzťah s pacientom. Ten je základom jeho compliance, t.j. ochoty spolupracovať pri liečbe, dodržiavať liečebný režim aj odporúčania týkajúce sa životného štýlu.

KLÚČOVÉ SLOVÁ:

bolesť, terapia, pacient, sestra,
psychologický prístup

ÚVOD

Bolest' je stará ako ľudstvo samo. V starých prameňoch čínskych, indických a babylonských a písomných pamiatkach zo starého Grécka a Ríma môžeme nájsť správy rôznych formách ľudskej bolesti a o prostriedkoch proti nej. Bolest' je známa každému, je atribútom ľudského bytia, kazí radosť zo života, keď dosiahne určitú tenziu, môže i sama zničiť ľudský život. Bolest' prichádza a bolesť trvá – ale prečo? Čím je bolesť? Signalizuje niečo, čo znamená? Má zmysel? Môžeme sa jej brániť? Aj vy patríte k tým, ktorí si kladú podobné otázky až vtedy, keď ich niečo bolí? Napriek tejto negatívnej skutočnosti bolesť nesie v sebe i pozitívny prvok.

BOLEST' AKO OŠETROVATEĽSKÝ PROBLÉM

Bolest' je jav, ktorému ošetrovatel'stvo venuje náležitú pozornosť. Bolest' pôvodne chápaná ako neurofyziológický dej, sa postupne začala ponímať komplexnejšie, aj z pohľadu emocionálneho a behaviorálneho. Ide o multidimenzionálny fenomén na hranici fyziológie a psychológie. Bolest' človeka je mnohorozmerný problém. Pre jej pochopenie je potrebná syntéza poznatkov z viacerých vedných disciplín. Problém bolesti sa izolovane vylučuje v jednotlivých medicínskych, ošetrovateľských a humanistických problémoch. Problematika bolesti nebola doteraz dostatočne rozpracovaná v obsahu ošetrovateľského vzdelávania. Bolest' sa zvykne uvádzať ako symptóm pre jednotlivých ochoreniach s jej typickými charakteristikami. Opis ošetrovania pacienta s bolesťou sa v odborných predmetoch obmedzoval na sledovanie bolesti ako príznaku choroby a aplikáciu medikamentózných analgetických prostriedkov. Dnešný stav poznatkov o bolesti a frekvencia jej výskytu vyžadujú iný prístup k bolesti.

Vnímanie bolesti a reakcie na ňu sú výsledkom zložitých interakcií mnohých faktorov. Preto je problémové bolesť definovať. Presná definícia bolesti je predmetom rozsiahlych diskusií. Známa je definícia medzinárodnej spoločnosti pre štúdium bolesti (International Assotiation for the Study of Pain, IASP): „Bolesť je nepríjemný somatický a emocionálny zážitok vznikajúci pri skutočnom alebo možnom poškodení tkanív alebo sa ako taký opisuje. Bolest' je vždy subjektívna.“ (Ferenčík, Štvrtinová, Bernadič, Jakubovský, Hulín, 2004).

FAKTORY, KTORÉ OVPLYVŇUJÚ BOLEST'

Vnímanie bolesti a reakcie na človeka na bolesť môže ovplyvňovať veľa činiteľov. Medzi ne patria:

Fyziologicko – biologické faktory: fyziológia bolesti, vek, vývinové faktory, ochorenie (jeho charakter, štádium a pod.),

Psychicko – duchovné faktory: osobnosť človeka, nálada, pocity, strach, úzkosť, hnev, hostilita, frustrácia,

Sociálne – kultúrne faktory: výchova, sociálna závislosť, osamelosť, etnické a kultúrne vplyvy (Gulášová, 2008).

Chápanie významu bolesti ovplyvňuje individuálne vnímanie bolesti, schopnosť znášať bolestivé stimuly. Príslušníci niektorých etník, ale i jednotlivci v našich kultúrach si prajú byť s bolesťou osamotení, iní potrebujú porozumenie a oporu blízkych. Nízky prah bolesti sa vyskytuje u jednotlivcov, ktorí reprezentujú rómske etnikum. Už podprahová bolesť u nich v niektorých prípadoch vyvoláva nezvládnutelnú bolesť. Z našich skúseností vyplýva že za takýmto vnímaním bolesti môže byť aj tzv. sociálne, resp. naučené učenie, vypozerované v komunite, v rodine. V niektorých kultúrach je bolesť vnímaná ako Boží trest.

Vnímanie bolesti a odpoveď na ňu ovplyvňuje tiež okolie jedinca. Dobré medziľudské vzťahy, príjemné sociálne prostredie zvyšujú prah bolesti. Prítomnosť blízkej osoby uľahčuje znášanie bolesti nielen u detí, ale i u dospelých ľudí.

HODNOTENIE BOLESTI

Najdôležitejším praktickým prínosom výskumu bolesti bolo odlíšenie dvoch zásadne rozdielných klinických jednotiek – bolesti akútnej a chronickej.

Rozdiely medzi akútnou a chronickou bolesťou

Akútna bolesť sa dostavuje okamžite po bolestivom podnete a je to väčšinou bolesť pálivá, ostrá, vychádza predovšetkým z kože, svalu, kĺbov. Akútna bolesť je krátkodobá, pri vyššej intenzite znamená pre chorého veľkú záťaž, nastupuje aktivácia sympatikovaného systému (zvýšená činnosť srdca, tlaku krvi, prehĺbenie dýchania atď.). Človek postihnutý akútnou bolesťou je motoricky nepokojný, niekedy i hlasno kričí, volá o pomoc. Akútna bolesť napomáha k prežitiu, chronická bolesť pôsobí väčšinou deštruktívne na telesnú, psychickú a sociálnu stránku jedinca. Akútna bolesť je lokalizovaná, ostrá, prejavuje sa odpoveďami sympatikového nervstva, nepokojom a úzkosťou, má dobre definovaný začiatok bolesti.

Chronická bolesť sa rozvíja pomalšie a trvá dlhší čas (viac ako šesť mesiacov). Chýba tu aktivácia sympatika, dochádza k vývoju špecifických zmien, ako je nespavosť, nechutenstvo atď. Chronická bolesť je difúzna, tupá, prejavuje sa parasympatikovými odpoveďami, depresiou a utiahnutosťou a „zákerým“ začiatkom bolesti (Ferenčík, Štvrtinová, Bernadič, Jakubovský, Hulín, 2004).

Na rozdiel od bolesti akútnej nemá chronická bolesť ochranný a signalizačný význam, problematická je tiež lokalizácia a určenie kvality bolesti. Chronická bolesť vytvára pohotovostný stav komplexu somatických a psychosociálnych zmien, ktoré sú neoddeliteľnou súčasťou chronického bolestivého stavu a ktoré prispievajú k záťaži bolesťou trpiaceho človeka. To zahŕňa: poruchy hybnosti s nasledovným postihnutím svalov, kĺbov, postihnutie imunitného systému a stúpajúcu vnímavosť k ochoreniu, narušenie spánku u pacienta, strata chuti do jedla a poruchy výživy u pacienta, strata záujmu o sexuálny život u pacienta, pokles energie u pacienta, zvýšená únava, vyčerpanosť u pacienta, nesústredenosť u pacienta, závislosť na liekoch u pacienta, nadmerná fixácia na rodinných príslušníkov a ošetrovateľský personál, zníženie pracovnej výkonnosti alebo pracovná neschopnosť, invalidita u pacienta, izolácia od spoločnosti a rodiny, duševné poruchy, úzkosť, strach u pacienta, nevôľa, frustrácia, depresia, suicidálne úmysly u pacienta (Gulášová, 2011b).

Bolesť hodnotíme s pacientom, nie na pacientovi. Bolesť je subjektívne vnímaný pocit a preto nám neostáva nič iné ako uveriť tomu, čo nám pacient verbalizuje. Samozrejme, že pri komplexnom hodnotení čítame aj na neverbálnom kanáli, ktorý nám buď potvrdí, spochybní alebo vyvráti to, čo nám pacient verbalizuje o svojej prežívanej (pociťovanej) bolesti. To je nesmierne dôležité, pretože základom liečby musí byť pacientovo posúdenie bolesti. Každá skúsenosť pacienta s bolesťou je jedinečná a len on ju môže primerane interpretovať (Gulášová, 2008).

Pri hodnotení bolesti je nutné získať anamnézu bolesti a urobiť fyzikálne vyšetrenie sa zameraním na pacientove fyziologické a behaviorálne odpovede na bolesť.

LOKALIZÁCIA, INTENZITA A KVALITA BOLESTI

Pacient zvyčajne presne lokalizuje povrchovú bolesť. Bolesť vznikajúcu vo vnútorných orgánoch však vníma menej špecificky. Pri hodnotení bolesti pacientom často pomáha nákres tela, na ktorom môže lokalizáciu bolesti vyznačiť (Bonnie, McGonigle, Caplin, Kovach, 2006).

Hoci je intenzita bolesti subjektívna, určité tkanivá sú na bolesť citlivejšie. Aj niektoré faktory ovplyvňujú vnímanie intenzity. Jedným z nich je stupeň odvrátenia pacientovej pozornosti a koncentrácie na inú činnosť, druhým je stav pacientovho vedomia a tretím jeho očakávanie. Bolesť sa môže opisovať ako slabá, mierna, stredná, silná, mučivá.

Boleť je subjektívna skúsenosť a preto je užitočné poskytnúť pacientovi stupnicu hodnotenia bolesti - vizuálna analógová škála VAS. Boleť je subjektívne vnímaná a nám, zdravotníckym pracovníkom neostáva nič iné len veriť pacientovi to, čo nám verbalizuje. Tu vystupuje do popredia využívanie čítania z pacientovej komunikácie na neverbálnom kanáli, lebo neverbálne sa klame veľmi ťažko, nakoľko neverbálne komunikačné signály sú vo väčšine vysielané na podvedomej úrovni.

Pacienti majú niekedy problémy bolesť charakterizovať, lebo ju ešte neskúsili. Stáva sa to najviac u detí a dospelých, u ktorých bolesť vychádza priamo z nervového systému. Sestra by mala presne zaznamenať slová pacienta, ktoré použil na opísanie bolesti. Spravidla je jeho charakteristika presnejšia a výstižnejšia ako interpretácia sestrou.

Typ bolesti zahrňuje: čas začatia, trvanie a pretváranie bolesti, intervaly bez bolesti. Sestra teda zaznamená, kedy sa bolesť začala, ako dlho trvá, či sa opakuje, a ak áno, tak aj dĺžku intervalu bez bolesti a kedy sa bolesť naposledy objavila (Doenges, Moorhouse, 2001).

Podmieňujúce a spúšťajúce faktory

Niekedy bolesť predchádzajú určité činnosti, fyzická námaha, bolesť po najedení. Tieto skutočnosti môžu pomôcť pacientovi chrániť sa pred bolesťou, ako aj pri určovaní jej príčiny. Boleť môžu vyprovokovať či zhoršiť aj okolité faktory – extrémny chlad, teplo, výkyvy vlhkosti. Boleť môžu podporovať aj fyzikálne a emočné stresory.

Zmierňujúce faktory

Patrí sem užívanie analgetík, pokoj, aplikácia tepla a chladu. Sestra by mala zistiť, kedy po aplikácii určitých faktorov nastala úľava, či vôbec mali efekt alebo či dokonca nezhoršili bolesť. Do klinického hodnotenia patrí aj posúdenie sprievodných symptómov: nechutenstvo, nauzea, vomitus, obštipácia, závrat.

Boleť vplýva aj na každodenné aktivity u pacienta ako napríklad na spánok, chuť do jedla, koncentráciu, prácu a školu, domáce činnosti, jazdu autom, chôdzu, aktivity vo voľnom čase, emočný stav (náladu, podráždenie, depresiu, strach, úzkosť), medziľudské vzťahy, manželské vzťahy (Gulášová, 2011a).

Predchádzajúce skúsenosti s bolesťou

Predchádzajúce skúsenosti s bolesťou ovplyvňujú jeho citlivosť na novú bolesť. Ľudia, ktorí už osobne zažili bolesť, alebo mali vo svojej blízkosti trpiaceho človeka sa boja bolesti viac ako ľudia, ktorí s ňou nemajú nijaké skúsenosti. Tak isto úspešnosť a neúspešnosť postupov na zmierňovanie bolesti ovplyvňuje očakávanie úľavy.

Obranné mechanizmy

Ľudia s bolesťou často používajú obranné spôsoby, ktoré sa naučili v detstve. Zhodnotenie obrannej stratégie pacienta nepomáha sestre posúdiť pacientovu bolesť, ale umožňuje jej pochopiť pacienta trpiaceho bolesťou. Podľa toho, ako znášajú bolesť, môžeme pacientov deliť do týchto kategórií:

- **obeť (pasívna)** → skeptický k pomoci,
- **bojovník** → dožaduje sa pomoci,
- **reagujúci** → uniká od bolesti, aby našiel vlastný zmysel,
- **odpovedajúci činmi** → očakáva pozornosť od seba aj iných,
- **vzájomne spolupracujúci** → vytvára pravidlá pre každého (Kozierová, Erbová, Olivierová, 1995).

Afektívne odpovede na bolesť

Závisia od situácie, intenzity, trvania bolesti, od jej interpretácie a od ďalších faktorov. Sestra musí preskúmať pacientove pocity – jeho úzkosť, strach, depresie, zlosť, beznádej, bezmocnosť, únavu, vyčerpanie, pocit potrestania. Pretože mnohí pacienti s chronickou bolesťou upadajú do depresie a potencionálne sú ohrození samovraždou, rozhodne treba hodnotiť aj toto suicidálne riziko (Gulášová, 2011b).

Terapia bolesti

Všeobecne je pre pacienta s bolesťou najvhodnejšia kombinácia stratégií. Niekedy treba jednotlivé postupy vyskúšať a meniť ich dovtedy, kým pacient nepocíti zmiernenie bolesti.

Všeobecné stratégie proti bolesti

Oboznámenie sa s pacientovou bolesťou a súčasne oznámenie pacientovi zo strany sestry, že mu verí, že má bolesti (Gulášová, 2011c).

Podporné osoby

Sestra im môže pomôcť poskytnutím presných informácií o bolesti. Snaží sa u príbuzných redukovať nesprávne názory na bolesť.

Aplikácia tepla a chladu

Je známe, že teplo a chlad ovplyvňujú cievny systém i svaly tela, ako aj produkciu hormónov. Teplo stimuluje tvorbu sérotonínu, ktorý napomáha subjektívnemu pocitu bezstarostnosti, pokoja a bezpečia.

ZMIERŇOVANIE STRACHU A ÚZKOSTI

ŠPECIÁLNE STRATÉGIE PROTI BOLESTI

Používanie odpútavajúcich techník – cieľom odpútavania je odvieť pozornosť od bolesti a znížiť jej vnímanie. Medzi najčastejšie používané odpútavajúce techniky patria: pomalé rytmické dýchanie, masáž a rytmické dýchanie, rytmický spev a vyklepkávanie, aktívne počúvanie, regulované predstavy. Používanie relaxačných techník – relaxačné metódy sú základom viacerých postupov proti bolesti. Relaxácia vyvoláva všeobecný pokles aktivity a tým aj zníženie úzkosti. Redukcia úzkosti prispieva k zníženiu vnímania bolesti a k zvýšeniu tolerancie na bolesť.

Stimulácia kože – ide vlastne o použitie odpútavajúcej techniky vo forme dotykovej stimulácie kože. Patria sem studené obklady, analgetické masti, protiiritačná, kontralaterálna stimulácia.

Používanie terapeutického dotyku – terapeutickým dotykom sa rozumie prenášanie energie z jednej osoby na druhú s cieľom posilniť uzdravovací proces chorého alebo zraneného.

Sugescia – sa vzťahuje na sociálnu komunikáciu. Je to navodenie, indukcia určitých predstáv, myšlienok, postojov, presvedčení alebo poskytnutie impulzu na určitú činnosť.

Podávanie analgetík – analgetiká tlmia bolesť ovplyvňovaním centrálného nervového systému v talame a mozgovej kôre, čím menia vnímanie a interpretáciu bolesti (Polievková, 2004). Placebo predstavuje súbor psychických a fyzických zmien, ktoré sú vyvolané očakávaním pacienta, že liek bude účinný.

TERAPIA NEOVLÁDATELNEJ BOLESTI

Chirurgické ovplyvnenie bolesti – u stálych dlhotrvajúcich a nepoľavujúcich bolestiach, ktoré nie sú ovplyvniteľné analgeticky, sa používajú rôzne typy neurochirurgických zákrokov ako napríklad: prerušenie senzitivných nervov, prerušenie dráh bolesti, vnútorlebečná operácia s cieľom prerušiť dráhu bolesti v oblasti talamu a medzimizgu (Gulášová, 2012).

Akupunktúra – podstatou je reflexné podráždenie určitých bodov na povrchu tela. K stimulácii týchto bodov sa používajú špeciálne ihly. Stimuláciou akupunktúrnych bodov dochádza ku zvýšeniu sekrécie endorfínov a tým k zvýšeniu prahu pre vnímanie bolesti.

Hypnóza – býva indikovaná pri akútnych aj pri chronických bolestiach. Výhodou je odvedenie pacientovej pozornosti od kritickej situácie (Gulášová, 2008).

Strach, obavy a neistota zhoršujú celkovú situáciu pacienta. Je potrebné, aby zdravotnícki pracovníci usilovali vybudovať si harmonický vzťah s pacientom. Ten je základom jeho compliance, t.j. ochoty spolupracovať pri liečbe, dodržiavať liečebný režim aj odporúčania týkajúce sa životného štýlu (Gulášová, 2006).

Informovanosť – je z hľadiska zvládania bolesti dôležitá, pretože aj nedostatok informácií zvyšuje u pacienta neistotu, strach a úzkosť. Je všeobecne známe a platné, že čím je vyššia úroveň informovanosti pacienta, tým klesá úzkosť a strach u pacienta.

Empatia – schopnosť vžiť sa do pacientovej situácie a podľa toho aj konať. Klasický kontakt – fyzickým kontaktom (podanie ruky, pohladenie atď.) dáme pacientovi najavo, že sme v jeho blízkosti a že o jeho bolesti vieme (Gulášová, 2011c).

Posilňovanie vlastnej aktivity – znamená povzbudzovanie pacienta zo strany zdravotníckych pracovníkov (pochvala, evalvačné správanie atď.).

Akceptácia – spoločné prijatie pacienta ako človeka, ktorý je partnerom, ktorý sa aktívne podieľa na svojom uzdravovaní (Suchanová, et al. 2004).

Dôležité je, aby sestry mali na pamäti, že svojim prístupom k bolesti pacienta môžu značne ovplyvniť tento nepríjemný zážitok, ktorý má zvyčajne primárny i sekundárny vplyv na somatickú stránku osobnosti.

ZÁVER

Bolest' je účelná, ale iba do určitej miery. Je účelná ako varovný príznak, ktorý upozorňuje na situáciu ohrozenia. Bolest' stráca význam všade tam, kde jej intenzita prekročila znesiteľnú mieru. Bolest', ktorá reflexne vyvoláva poruchy rôznych funkcií organizmu, je vyslovene škodlivá. Cieľom nášho príspevku bolo poukázať na problematiku prežívania chronickej bolesti a na nevyhnutnosť individuálneho prístupu k pacientom trpiacim bolesťou.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] BONNIE, I., McGONIGLE, CAPLIN, M., KOVACH, P. 2006. *Vše o léčbě bolesti – příručka pro sestry*. 2006. Praha: Grada Avicenum, 355s., ISBN 80-247-1720-4
- [2] DOENGES, M.E., MOORHOUSE, M.F. 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha Grada Publishing 2001. ISBN 80-247-0242-8
- [3] FERENČÍK, M., ŠTVRTINOVÁ, V., BERNADIČ, M., JAKUBOVSKÝ, J. HULÍN, I. 2004. *Zápal, horúčka, bolesť*. 2004. FABER: Bratislava.215s., ISBN 80-85665-81-6
- [4] GULÁŠOVÁ, I. et al. 2012. Úlohy sestry pri tlení bolesti tradičnými metódami tlenia bolesti. Sborník přednášek Onkologie v gynekologii a mammologii, 17. Ročník sympózia. Olomouc. 2012. 247s., s.239-246, ISBN 978-80-87086-38-4
- [5] GULÁŠOVÁ, I. et al. 2011c. *Komunikácia s pacientom s bolesťou*. Sborník přednášek Onkologie v gynekologii a mammologii, 16. Ročník sympózia. Olomouc. 2011. 226s., s.187-199, ISBN 978-80-87086-16-2
- [6] GULÁŠOVÁ, I. 2011a. *Niektoré aspekty depresie*. Lekárske listy. Sanoma Magazines Slovakia. 2011. roč. 27/ č. 21, s. 6-8. ISSN ISSN 1335-4477
- [7] GULÁŠOVÁ, I. 2011b. *Suicídium: hroziaca realita v minulosti aj v súčasnosti*. Lekárske listy. Sanoma Magazines Slovakia. 2011. roč. 27/ č. 35, s. 19. ISSN 1335-4477
- [8] GULÁŠOVÁ, I. 2008. *Bolesť ako ošetrovateľský problém*. Martin: Osveta. Ľ008. 95s., ISBN 978-80-8063-288-5
- [9] GULÁŠOVÁ, I. 2006. *Bolesť hlavy ako psychosociálny problém*. Lekárske listy. Sanoma Magazines Slovakia. 2006.roč. 22/ č. 36, s. 21-24. ISSN ISSN 1335-4477
- [10] KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. 1995.*Ošetrovateľstvo I, II*. Martin Osveta 1995. ISBN 80-217-0528-0
- [11] POLIEVKOVÁ, M. 2004. *Bolesť ako ošetrovateľský problém*. In: Sestra, 2004, č. 7-8. ISSN 1335-9444
- [12] SUCHANOVÁ, R., et al. 2004. *Psychosociálne aspekty bolesti*. In: Sestra, 2004, č. 10. ISSN 1335-944

INDIVIDUAL PSYCHOLOGICAL APPROACH TO THE PATIENT WITH ACUTE PAIN



ABSTRACT

The article presents an individual psychological approach to the patient with acute pain. Pain is old as humanity itself. It is a multidimensional phenomenon on the border of physiology and psychology. Pain is an unpleasant somatic and emotional experience that occurs with actual or potential tissue damage or as such is described. Pain is always subjective. The goal of the article and the most important practical benefits was to distinguish two fundamentally different clinical units - acute and chronic pain and their own assessment. The conclusion of the article is about the therapy and the psychological aspect of pain. Fear, fear and uncertainty worsen the patient's overall situation. Healthcare workers need to work to build a harmonious relationship with the patient. This is the basis of his compliance, i. willingness to cooperate in treatment, adherence to the treatment regimen, and lifestyle recommendations.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

prof. PhDr. Ivica Gulášová PhD.
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej
práce sv. Alžbety, n. o.
Ústav zdravotníckych disciplín
Nám. 1. mája č. 1
P. O. Box 104
810 00 Bratislava
Slovakia
e-mail: ivica.gulasova4@gmail.com

PhDr. Jozef Babečka
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej
práce sv. Alžbety, n. o.
Ústav zdravotníckych disciplín
Nám. 1. mája č. 1
P. O. Box 104
810 00 Bratislava
Slovakia
e-mail: jozef.babecka@hotmail.com

KEYWORDS:

pain, therapy, patient, nurse,
psychological approach

ZMĚNA ZPŮSOBENÁ KOLOREKTÁLNÍM KARCINOMEM

TEREZA DUŠIČKOVÁ
SYLVA BÁRTLOVÁ
KRISTÝNA TOUMOVÁ
JIHOČESKÁ UNIVERZITA
V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ABSTRAKT

Cílem příspěvku je zmapovat změny života u pacientů způsobené kolorektálním karcinomem (CRC) hodnocených dle principů zachování energie a strukturální integrity modelu M. E. Levine.

Výzkumné šetření probíhalo pomocí kvalitativně – kvantitativní výzkumné strategie. Kvalitativní šetření prováděné pomocí polostrukturovaných rozhovorů s 8 pacienty, kteří prodělali CRC, sloužilo k vytvoření nestandardizovaného dotazníku. Dotazník byl distribuován 300 pacientům, kteří prodělali CRC. Získaná data byla statisticky zpracována v programech SASD a SPSS.

V principu zachování energie jsme zjistily, že více jak polovina dotazovaných má dostatečně energie nutné pro běžné prožití dne. Energie k prožití dne se mění v závislosti na vyvedené stomii, nutnosti užívat léky, bolestí a zhoršeným zdravotním stavem. V principu zachování strukturální integrity bylo zjištěno, že více jak polovina respondentů má problémy se stravováním. V souvislosti s léčbou bylo zjištěno, že pacienti nemají problémy se zácpou a průjmy.

Život s diagnózou CRC přináší mnoho změn, z tohoto důvodu je nutné, aby sestra měla rámce pro lepší orientaci a hodnocení pacienta. Tento rámec poskytují ošetřovatelské modely. Pro hodnocení pacienta s CRC je vhodné použití modelu M. E. Levine.

KLÍČOVÉ SLOVÁ:

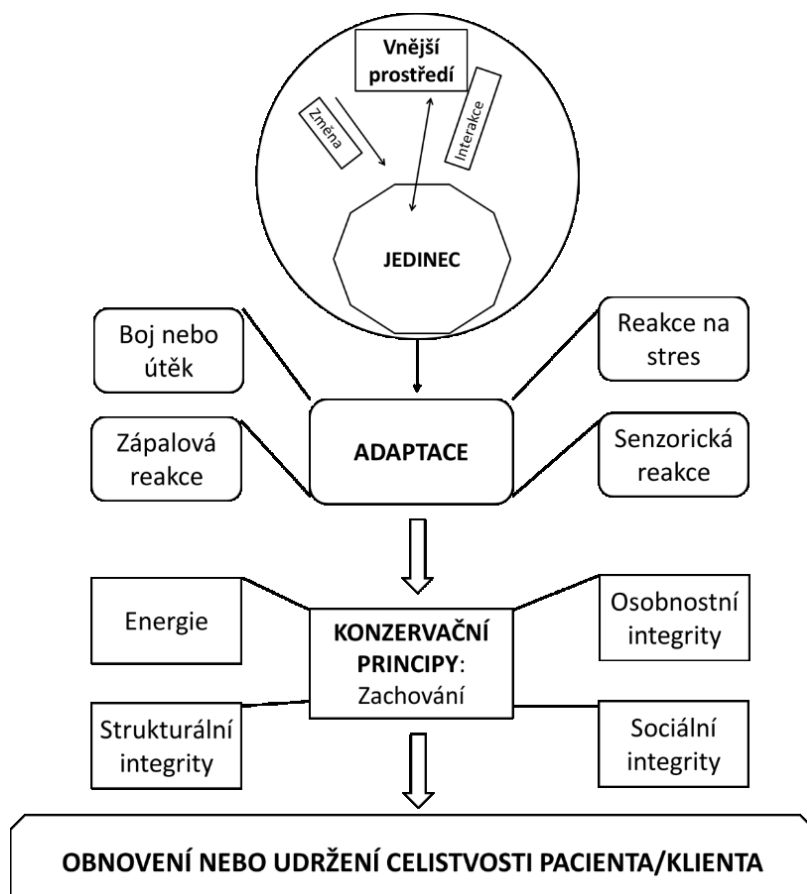
kolorektální karcinom, změna,
model M. E. Levine

ÚVOD

Kolorektální karcinom (CRC) je maligní nádor buněk sliznice tlustého střeva (Bortlík, 2005, str. 195). Incidence tohoto nádorového onemocnění v České republice od roku 2003 pozvolna klesá, avšak její početnost je stále poměrně vysoká. V roce 2016 bylo 34,08 nových případů na 100 000 osob (SVOD, 2019).

Koncepční modely pomáhají sestrám v ošetrovatelské péči, a to například při odběru anamnézy, zhodnocení vlivu rodiny a kultury a preventivní činnosti. Mohou být nápomocné při řešení problémů vznikajících z nepochopení situace v níž se pacient nachází (Tóthová, 2017, str. 8). Pro hodnocení pacientů s CRC jsme využily modelu energetických polí M. E. Levine. Tento model lze využít kupříkladu v problematice péče o seniory, chronických bolestí, rakoviny a stomické péče (WOOD, 2014, str. 14-15). Levine (1967) uvádí, že pro správné fungování organismu je potřebná jeho celistvost, popřípadě adaptace na změnu, která je rozdělena do čtyř úrovní integrace. V sensorické reakci je jedince hodnocen podle tzv. čtyř konzervačních principů (viz obr. 1).

Obr. 1. Schéma modelu energetických polí M. E. Levine (Dušičková, 2017, s. 30)



Z důvodu obsáhlosti šetření se budeme zabývat pouze dílčími daty obsahující princip zachování energie a strukturální integrity. Princip zachování energie se zaměřuje na možnosti a schopnosti každé bytosti využívat energetický potenciál a výměnu energie. Princip zachování strukturální integrity je orientován na změny funkce organismu, které mohou narušit přirozenou integritu (Levine, 1967).

Cílem příspěvku je prezentovat dílčí výsledky týkající se změn života u pacientů způsobené CRC, hodnocených dle principů zachování energie a strukturální integrity modelu M. E. Levine.

MATERIÁL A METODY

Výzkum byl prováděn pomocí kvalitativně kvantitativní strategie. Kvalitativní šetření jsme prováděly s 8 informanty, kteří prodělali CRC, pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Ze získaných dat byl vytvořen dotazník sloužící kvantitativnímu šetření, prováděného se 300 pacienty, distribuovaného pomocí klubu České ILCO, stoma sester a metodou sněhové koule. Dotazník obsahoval 104 otázek a byl rámcově členěn do 7 domén (identifikační údaje, anamnéza, zdravotní stav, informace, sociální podpora, vnímání, stomie) Získaná data byla statisticky zpracována pomocí programů SASD a SPSS.

VÝSLEDKY

Výsledky jsme rozdělily dle dvou principů koncepčního modelu M. E. Levine. V prvním principu zachování energie nejvíce snižuje energii onemocnění a hojení ran (Levine, 1967). V této oblasti jsme se dotazovaly, zda mají respondenti dostatek energie potřebné k běžnému prožití dne. Odpověď „ne“ uvedlo 1,7 %, „spíše ne“ 24,8 %, „středně“ 30,6 %, „spíše ano“ 27,6 % a „ano“ 15,3 % (Dušičková, 2017, 31). Dále nás zajímal rozdíl ve vnímání dostatku energie k běžnému prožívání dne v souvislosti s vyvedenou stomií, s nutností užívat léky, s bolestí a se zhoršeným zdravotním stavem (Tab. 1). Pacienti se stomií významně více uvádějí, že mají dostatek energie k běžnému prožití dne než pacienti bez stomie ($p < 0,05$). Čím více je kvalita života respondentů závislá na užívání léků, tím méně mají energie potřebné k běžnému prožití dne ($p < 0,001$). Dále bylo prokázáno, že čím více dotazovaní pociťují bolest, tím méně mají energie potřebné k běžnému prožití dne ($p < 0,001$). S tím také souvisí i hodnocení zdravotního stavu. Z výsledků vyplývá, že čím horší je zdravotní stav respondentů, tím méně mají energie k běžnému prožití dne ($p < 0,001$).

Tab. 1: Oblast zachování energie

	χ^2	df	p
Stomie a dostatek energie	10,277	4	$p < 0,05$
Léky a dostatek energie	124,208	16	$p < 0,001$
Bolest a dostatek energie	171,05	16	$p < 0,001$
Zhoršený zdravotní stav a dostatek energie	215,506	16	$p < 0,001$

χ^2 - chí kvadrát; df – stupně volnosti; p – test nezávislosti

Ve druhé oblasti, zachování strukturální integrity, sestra hodnotí změny funkce organismu, které mohou porušit jeho funkci. Při porušení funkce reaguje tkáň na poškození hojením, které nemusí vždy vést k obnovení jeho funkce. Pro správné hojení pacienta je potřeba dostatečné výživy. Se stravováním má od „mírných“ po „maximální“ problémy více než polovina (67,1%) respondentů. K porušení funkce organismu dochází nejen onemocněním, ale také jeho léčbou. V námi zkoumaném vzorku pacienti nepodstoupili v 0,3 % žádnou léčbu, dále podstoupili léčbu biologickou (2,3 %). Odpověď radioterapeutické řešení zvolilo 41,1 %, chemoterapeutické 61,6 % a chirurgické 92,9 % respondentů. V této otázce si mohli dotazovaní vybrat více než jednu odpověď (Dušičková, 2017, 32). V tomto principu nás zajímalo, do jaké míry souvisí typ léčby s problematikou vyprazdňování (průjem, zácpa). Z výsledků vyplývá, že typ léčby nemá statisticky významný vliv na problémy se zácpou. Chí kvadrát charakteristika má v tomto případě hodnotu 2,341 při 12 stupních volnosti, $p = 0,999$. Dále také nebyla prokázána statisticky významná souvislost mezi typem léčby a problémy s průjmy. Chí kvadrát charakteristika má v tomto případě hodnotu 7,277 při 12 stupních volnosti, $p = 0,839$. Vlivem léčby může být také vyvedena stomie. S tímto souvisí i dostatek pomůcek potřebných k péči o stomii. Odpověď „maximálně“ zvolilo 33,3 %, „středně“ 29,6 %, „hodně“ 27,2 %, „trochu“ 6,8 % a „vůbec ne“ 3,1 % dotazovaných.

DISKUZE

Cílem šetření bylo zmapovat dopad CRC na život jedince hodnoceného ve dvou konzervačních principech (zachování energie, zachování strukturální integrity). První princip, zachování energie, se zabývá zachováním energetické rovnováhy a obnovou energie, tak aby byl jedinec schopen provádět běžné denní činnosti (Machová, 2009, str. 166). V námi řešeném šetření má přibližně ½ dotazovaných dostatek energie potřebné k běžnému prožití dne. Rakovina krátkodobě nebo dlouhodobě negativně působí v tomto principu na jedince únavou, celkovou slabostí a bolestí (Tomruk et al., 2015). Curt et al. (2000) uvádějí, že únava u 88 % účastníků způsobila změnu každodenních činností. V našem šetření jsme prokázaly, že pacienti se stomií mají více energie než pacienti bez stomie. Může to být dáno jednak délkou po vyléčení CRC nebo také přístupem k životu. Pacienti, kteří prožili negativní zkušenost (stomii), přistupují do značné míry k životu jinak než pacienti, kteří jsou čerstvě po diagnóze CRC. Kdy jsou změny nejvíce patrné nejen ve

fyzické oblasti (bolest, celková slabost, aj.), ale i v sociální oblasti (pracovní život, přátelé, apod.), kdy pacienti ztrácejí více potřebné energie. Ramsey et al. (2002) zjistili, že pacienti přeživší, alespoň 5 let, po rakovině konečníku uváděli vysokou kvalitu života bez ohledu v jaké fázi a čase jim byl karcinom diagnostikován.

Dále jsme zjistily, že respondenti našeho výzkumu, kteří pociťují bolest a mají zhoršený zdravotní stav, mají méně energie potřebné k běžnému prožití dne. Bolest a tím zhoršený zdravotní stav ovlivňuje kvalitu života a provádění běžných činností (Tomruk et al., 2015). U pacientů s rakovinným bujením bývá bolest spojena s nižším přežíváním. Ve studii Zylla, Steele, Gupta (2017) bylo analyzováno 50 studií, ve kterých zjistili, že pro CRC netvořila bolest významný prognostický faktor pro celkové přežití.

Pro správnou funkci organismu je nezbytná výživa. Význam výživy je vyšší zejména v nemoci, kdy je organismus z důvodu neschopnosti přijímat dostatečné množství hodnotné stravy, nucen využívat zásobní tělesné živiny i vlastní stavební látky (svaly). Rozpad tkání vyčerpává tělo především ztrátou bílkovin, ty jsou však potřebné pro správné fungování imunitního systému. Z tohoto důvodu nemusí být pro pacienty s kolorektálním karcinomem racionální výživa vhodná ke konzumaci (Šachlová, Hrbková, 2004). Problémy se stravováním uvedla od minimálních po maximální více jak polovina našich respondentů. Problematika výživy byla sledována Ravasco, Monteiro-Grillo a Camilo (2003), kteří prokázali vliv snížené výživy na zhoršenou pohyblivost, omezení v obvyklých aktivitách a zvýšenou úzkost až depresi. Van Blarigan et al. (2018, str. 783) zjistili, že pacienti dodržující výživová opatření (strava bohatá na vlákninu, ovoce a zeleninu), fyzickou aktivitu a zdravou tělesnou hmotnost přežívají déle než pacienti nedodržující tato opatření. Tato fakta potvrzuje i Brown et al (2003). Ravasco, Monteiro-Grillo a Camilo (2003) také zjistili, že pacienti, kteří prošli radioterapeutickou léčbou, mají zvýšené riziko podvýživy. Z našeho šetření vyplývá, že typ léčby CRC neovlivňuje problémy s vylučováním pacienta. Haas et al. (2018, str. 456) však zjistili, že pacienti léčení radioterapií nebo chemoterapií často trpí závažnými anorektálními příznaky (anální tlaky, snížená odolnost proti roztažení apod.). Vliv léčby na kvalitu života sledovali také D'Ambrosio et al. (2014, str. 507), kteří zjistili, že pacienti po laparoskopické celkové mezorektální excizi mají vyšší výskyt zácpy než pacienti léčení pomocí techniky endoluminální lokoregionální resekce. Brown et al. (2009, str. 284) dodává, že pacienti s kolorektálním karcinomem a chronickými střevními potížemi, ovlivňující normální absorpci živin, by měli být sledováni u výživového specialisty.

Vlivem léčby může být vyvedena dočasná nebo trvalá stomie. Více než 1/2 našich respondentů má dostatek pomůcek potřebných v péči o stomii. Množství vydaných pomůcek je limitováno zákonem č. 290/2017 Sb., který mění zákon o veřejném zdravotním pojištění. Dle Zachové et al. (2012) vede nedostatek pomůcek k vyššímu výskytu komplikací. Tento nedostatek může být způsoben změnami v oblasti stomie, tím pacientovi nemusí vyhovovat dřívější typ pomůcky nebo tím, že nedochází k stomické sestře, která může včas rozpoznat změny a pomůcky upravit.

ZÁVĚR

Kolorektální karcinom přináší v životě pacienta mnoho změn, které jej ovlivní fyzicky, psychicky i sociálně. Z tohoto důvodu je potřebné, aby sestra zvolila vhodný rámec pro jeho hodnocení. Tento rámec jí může poskytnout model energetických polí M. E. Levine.

Poděkování

Příspěvek se vztahuje k výzkumnému grantovému projektu č. 048/2015/S „Využití koncepčních modelů v klinické a komunitní praxi.“, který je realizován za finanční podpory Grantové agentury Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] BORTLÍK, M. 2005. Kolorektální karcinom. In: Lukáš, K. et al. Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry: současné možnosti diagnostiky a léčby. Praha: Grada, 2005, s. 195-202. ISBN 80-247-1283-0.
- [2] BROWN, J. K. 2003. Nutrition and Physical Activity During and After Cancer treatment: An American Cancer Society Guide for Informed Choices. A Cancer Journal for Clinicians. 2003, 53(5), 268-291. ISSN 1542-4863.
- [3] CURT, G.A et al. 2000. Impact of cancer-related fatigue on the lives of patients: new findings from the Fatigue Coalition. Oncologist. 2000, 5(5), 353-360. DOI: 10.1634/theoncologist.5-5-353
- [4] D'AMBROSIO, G. et al. Quality of life in non-early rectal cancer treated by neoadjuvant radio-chemotherapy and endoluminal loco-regional resection (ELRR) by transanal endoscopic microsurgery (TEM) versus laparoscopic total mesorectal excision. Surgical Endoscopy. 2016, 30(2), 504-511. DOI: 10.1007/s00464-015-4232-8.
- [5] DUŠIČKOVÁ, T. 2017. Možnosti využití modelu Levinové u pacientů s kolorektálním karcinomem. In: Tóthová V. a V. Olišarová, et al. Využití koncepčních modelů v práci sester v klinickém a komunitním ošetřovatelství. Praha: NLN, 2017, s. 26-45. ISBN 978-80-7422-630-4.
- [6] HAAS, S. et.al. 2017. Anal sphincter dysfunction in patients treated with primary radiotherapy for anal cancer: a study with the functional lumen imaging probe. Acta Oncologica. 2017, 57(4), 465-472. DOI: 10.1080/0284186X.2018.1438658.
- [7] LEVINE, M. E. 1967. The Four Conservation Principles of Nursing. Nursing Forum. 1967, 6(1), s 45-59. DOI: 10.1111/j.1744-6198.1967.tb01297.x.
- [8] MACHOVÁ, A. 2009. The use of the model by M. E. Levine in taking community care of seniors Kontakt. 2009. 11(1), 164-168. ISSN 1212-4117
- [9] RAMSEY, S.D. et al. 2002. Quality of Life in Long Term Survivors of Colorectal Cancer. American Journal of Gastroenterology. 2002, 97(5), 1228-1234. ISSN 0002-9270.

- [10] RAVASCO, P., I. MONTEIRO-GRILLO a M. E. CAMILO. 2003. Does nutrition influence quality of life in cancer patients undergoing radiotherapy?. *Radiotherapy and Oncology*. 2003, 67(2), 213-220. DOI: 10.1016/S0167-8140(03)00040-9.
- [11] SVOD.2019. Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice [online]. 2019 [cit. 2019-03-27]. Dostupné z: <http://www.svod.cz/>
- [12] ŠACHLOVÁ, M. a D. HRBKOVÁ. 2004. Nádorová onemocnění a výživa. *Linkos* [online]. Brno: Masarykův onkologický ústav, 2004 [cit. 2018-07-18]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/files/brozury/115.pdf>
- [13] TOMRUK, Murat, et al. 2015. Predictors of functional capacity in colorectal cancer patients. *Supportive Care in Cancer*. 2015, 23(9), 2747-2754. DOI: 10.1007/s00520-015-2639-3. ISSN 0941-4355.
- [14] VAN BLARIGAN, E. L. et al. 2018. Association of Survival With Adherence to the American Cancer Society Nutrition and Physical Activity Guidelines for Cancer Survivors After Colon Cancer Diagnosis. *JAMA Oncology*. 2018, 4(6), 783-790. DOI: 10.1001/jamaoncol.2018.0126.
- [15] WOOD, A. F. 2013. Nursing Models: Normal Science for Nursing Practice. In: Alligood M.R. et al. *Nursing theory*. Fifth edition. Missouri: Elsevier Mosby, 2013, s. 13-39. ISBN 978-0-323-09189-3.
- [16] ZACHOVÁ, V. et al. 2012. Problematika ošetřování stomií (se zaměřením na onkologické pacienty). *Postgraduální medicína*. 2012, 4(442), neuvedeny. ISSN 1212-4184.
- [17] Zákon 290/2017, kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. 2017. In: *Sbírka zákonů*. 2017, ročník 2017, částka 102, ISSN 1211-1244.
- [18] ZYLLA, D., G. STEELE a P. GUPTA. 2017. A systematic review of the impact of pain on overall survival in patients with cancer. *Supportive Care in Cancer*. 2017, 25(5), 1687-1698. DOI: 10.1007/s00520-017-3614-y.

CHANGE CAUSED BY COLORECTAL CARCINOMA



ABSTRACT

The goal is to map the changes of patient life caused by colorectal carcinoma, evaluated according to the principles of energy preservation and structural integrity of the M.E. Levine.

The research was done qualitatively-quantitative research strategy. The qualitative research was done with the help of semistructured interviews with 8 patients, which underwent CRC, lead to creation of unstructured questionnaire. The questionnaire was distributed to 300 patients, which CRC. The data were statistically analysed in SAS and SPSS software.

In the principle of preservation energy, we found that more than half of the interviewee has sufficient energy for common life activities. Amount of energy for daily activities depends on the stoma, medication, pain and worsened physical state. In the principle of preservation of structural integrity was found that more than half of the respondents have alimentary problems. In the context of medication was found out that patients have not problems with constipation and diarrhoea.

Living with CRC diagnosis brings a lot of changes, for this reason it is necessary that the nurse have a framework for better orientation and evaluation of patient. This framework provides nursing models. The M.E. Levine model is suitable for patient evaluation.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Tereza Dušičková
Jihočeská univerzita v Českých
Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav ošetřovatelství, porodní
asistence a neodkladné péče
U Výstaviště 26
370 05 České Budějovice
e-mail: dusict00@zsf.jcu.cz

doc. PhDr. Sylva Bártlová, Ph.D.
Jihočeská univerzita v Českých
Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav ošetřovatelství, porodní
asistence a neodkladné péče
U Výstaviště 26
370 05 České Budějovice
e-mail: sbartlova@zsf.jcu.cz

Mgr. Kristýna Toumová
Jihočeská univerzita v Českých
Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav ošetřovatelství, porodní
asistence a neodkladné péče
U Výstaviště 26
370 05 České Budějovice
e-mail: toumok00@zsf.jcu.cz

KEYWORDS:

colorectal cancer, change, nursing model
M. E. Levine



LOGOS POLYTECHNIKOS

Odborný recenzovaný časopis Vysoké školy polytechnické Jihlava, který svým obsahem reflektuje zaměření studijních programů VŠPJ. Tematicky je zaměřen do oblastí společenskovedních a zdravotnických.

V letech 2010 - 2018 vycházel časopis 4x ročně.

Od roku 2019 je vydáván v elektronické podobě 3x ročně.

Šéfredaktor: doc. Ing. Zdeněk Horák, Ph.D.

Odpovědný redaktor čísla:

PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.

Editor: Bc. Zuzana Mařková (komunikace s autory a recenzenty)

Technické zpracování: Lukáš Mikula

Web editor: Bc. Zuzana Mařková

Redakční rada:

prof. PhDr. RNDr. Martin Boltižiar, PhD. (Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre)

prof. RNDr. Helena Brožová, CSc. (Česká zemědělská univerzita v Praze)

doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

prof. Mgr. Ing. Martin Dlouhý, Dr. MSc. (Vysoká škola ekonomická v Praze)

prof. Ing. Tomáš Dostál, DrSc. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

doc. Ing. Jiří Dušek, Ph.D. (Vysoká škola evropských a regionálních studií)

doc. RNDr. Petr Gurka, CSc. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

Ing. Veronika Hedija, Ph.D. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

doc. Ing. Zdeněk Horák, Ph.D. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

Ing. Ivica Linderová, PhD. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

prof. MUDr. Aleš Roztočil, CSc. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

doc. PhDr. David Urban, Ph.D. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

doc. Dr. Ing. Jan Voráček, CSc. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

RNDr. PaedDr. Ján Veselovský, PhD. (Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre)

doc. Ing. Libor Žídek, Ph.D. (Masarykova univerzita Brno)

Pokyny pro autory a deklarovaná forma příspěvků jsou dostupné na

<https://www.vspj.cz/tvurci-cinnost-a-projekty/casopisy-vspj/logos-polytechnikos>

Zasílání příspěvků

Redakce přijímá příspěvky v českém, slovenském a anglickém jazyce elektronicky na adresu logos@vspj.cz

Adresa redakce:

Vysoká škola polytechnická Jihlava, Tolstého 16, 586 01 Jihlava

Distribuce: časopis je dostupný v elektronické podobě na webových stránkách VŠPJ.

Vydání: 30. dubna 2019

© Vysoká škola polytechnická Jihlava

ISSN 2464-7551 (ONLINE)

V letech 2010 až 2018 vycházel časopis tiskem pod registračním číslem MK ČR E 19390 s ISSN 1804-3682 (PRINT). Od čísla 1/2019 je vydáván pouze v elektronické verzi.

RECENZENTI ČÍSLA 1/2019

doc. MUDr. František Bělina, CSc. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

doc. Ing. Iva Brabcová, Ph.D. (Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích)

doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

Mgr. Jana Číhalová (OA, VOŠZ a SZŠ, SOŠS Jihlava)

PhDr. Lenka Görnerová, PhD. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

prof. PhDr. Monika Jankechová, PhD. (Vysoká škola zdravotnictva a sociálnej práce sv. Alžbety, n. o. v Bratislave)

PhDr. Lívia Kollárová, PhD. (Vysoká škola zdravotnictva a sociálnej práce sv. Alžbety, n. o. v Bratislave)

PhDr. Lada Nováková, PhD. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

Mgr. Jana Truplová (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

Mgr. Eva Vachková, Ph.D. (Univerzita Karlova)

PhDr. Marie Zvoníčková (Univerzita Karlova)