

2019

ROČNÍK 10

ČÍSLO 2

LOGOS POLYTECHNIKOS

V

Š

P

J

Vysoká škola
polytechnická
Jihlava

Vážené čtenářky a vážení čtenáři,

čas je jedním z nejvýznamnějších limitujících faktorů našeho počínání. Kdybychom ho měli dostatek, stihli bychom (možná) více ... splnit více povinností, udělat více práce, dopřát si více odpočinku, více se starat o své tělesné i duševní zdraví, více být s lidmi, které máme rádi a kteří nás potřebují.

Těší nás, že jste si v době neomezených příležitostí a omezeného času našli chvíli na LOGOS POLYTECHNIKOS, ve kterém Vám prostřednictvím autorů jednotlivých článků opět předkládáme poznatky z vybraných oblastí zdravotní a sociální problematiky. Témata zdánlivě odlišná svým specifickým zaměřením nepochybně spojuje touha jedince po kvalitě života a snaha profesionálů tuto veličinu lidského života zajistit i v případě nemoci nebo sociálního selhávání.

Mgr. Markéta Dubnová, PhD.
vedoucí Katedry sociální práce
Vysoká škola polytechnická Jihlava

OBSAH / CONTENTS

5

BARIÉRY POUŽÍVANIA PSYCHOMETRICKÝCH NÁSTROJOV V STAROSTLIVOSTI O DUŠEVNE CHORÝCH

BARRIERS OF THE USE OF PSYCHOMETRIC TOOLS IN THE CARE OF MENTALLY ILL
PhDr. Marek Rabinčák, doc. PhDr. Ľubomíra Tkáčová, PhD.

18

VÝZNAM KONTAKTNÍCH CENTER V ŽIVOTĚ UŽIVATELŮ NELEGÁLNÍCH NÁVYKOVÝCH LÁTEK

THE IMPORTANCE OF CONTACT CENTERS IN THE LIFE OF ILLICIT DRUG ADDICTS
Bc. Jana Pešková, doc. PhDr. David Urban, Ph.D.

31

MYLNÉ PŘEDSTAVY ŽADATELŮ O PŘÍSPĚVEK NA PÉČI Z POHLEDU SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ ÚŘADU PRÁCE ČESKÉ REPUBLIKY

MYTHS OF APPLICANTS FOR CARE ALLOWANCE FROM THE POINT OF VIEW OF SOCIAL WORKERS AT CZECH LABOR OFFICES
doc. PhDr. David Urban, Ph.D., Bc. Pavlína Procházková, DiS.

43

DETSKÝ AUTIZMUS A ŠPECIFICKÉ INTERVENČIE SESTRY POČAS HOSPITALIZÁCIE DIEŤAŤA S AUTIZMOM

CHILDHOOD AUTISM AND SPECIFIC NURSE INTERVENTIONS DURING HOSPITALIZATION OF A CHILD WITH AUTISM
PhDr. Jana Raková, PhD., Bc. Timea Kotszászka, doc. PhDr. Lucia Dimunová, PhD., Maria Nábožná

57

HYGIENIC HAND DISINFECTION IN NURSING PRACTICE IN CONTEXT OF EVIDENCE BASED PRACTICE

HYGIENICKÁ DEZINFEKCE RUKOU V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI V KONTEXTU PRAXE ZALOŽENÉ NA DŮKAZECH
Mgr. Martin Krause, DiS., Mgr. František Dolák, Ph.D.

65

KOMPARÁCIA VYUŽÍVANIA SKRÍNINGOVÝCH NÁSTROJOV PRE KOGNITÍVNE FUNKCIE V OŠETROVATEĽSKEJ PRAXI

COMPARISON OF USE OF SCREENING TOOLS FOR COGNITIVE FUNCTIONS IN NURSING PRACTICE
PhDr. Marek Rabinčák, doc. PhDr. Ľubomíra Tkáčová, PhD.

77

HODNOCENÍ SOCIÁLNÍ OPORY RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ A PEČUJÍCÍCH O NEMOCNÉ S LEVOSTRANNOU MECHANICKOU SRDEČNÍ PODPOROU

EVALUATION OF SOCIAL SUPPORT OF FAMILY MEMBERS AND CARERS OF PATIENTS WITH LEFT VENTRICULAR ASSIST DEVICE
PhDr. Jana Haluzíková, PhD.

88

PÉČE O PACIENTY S NEHOJÍCÍ SE RÁNOU

CARE OF PATIENTS WITH NON-HEALING WOUNDS
PhDr. Adéla Holubová

99

SUBKUTÁNNÍ INJEKČNÍ APLIKACE NÍZKOMOLEKULÁRNÍCH HEPARINŮ SESTROU

THE SUBCUTANEOUS INJECTIONS' APPLICATION OF LOW-MOLECULAR-WEIGHT HEPARINS BY A NURSE
Mgr. Zuzana Hlubková, Ph.D., Mgr. Jiřina Hosáková, Ph.D., Mgr. Bc. Martina Zubalová

OBSAH / CONTENTS

108

RIZIKO PÁDU HOSPITALIZOVANÉHO PACIENTA Z POHLEDU SESTRY

RISK OF HOSPITALIZED PATIENT FALLING FROM NURSE'S POINT OF VIEW

Bc. Lucie Dvořáková, Mgr. Jana Vácová

120

UKONČENIE NÁSILNÉHO VZŤAHU A RIZIKÁ PRI ODCHODE OD ZNEUŽÍVAJÚCEHO PARTNERA

THE ENDING OF A VIOLENT RELATIONSHIP AND THE RISKS OF LEAVING AN ABUSIVE PARTNER

Mgr. Daša Malíková

132

HODNOCENÍ NEHOJÍCÍCH SE RAN

CARE OF PATIENTS WITH NON-HEALING WOUNDS

PhDr. Adéla Holubová, prof. PhDr. Andrea Pokorná, Ph.D.

BARIÉRY POUŽÍVANIA PSYCHOMETRICKÝCH NÁSTROJOV V STAROSTLIVOSTI O DUŠEVNE CHORÝCH

MAREK RABINČÁK
VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNÍCTVA
A SOCIÁLNEJ PRÁCE SV. ALŽBETY,
BRATISLAVA

ĽUBOMÍRA TKÁČOVÁ
PREŠOVSKÁ UNIVERZITA
V PREŠOVE

ABSTRAKT

Úvod: Objektívne posúdenie zdravotného stavu pacienta je dôležitou súčasťou v psychiatrickom ošetrovatelstve. Pri posudzovaní duševného stavu treba oddiferencovať domnienku a pozorovanie.

Dizajn: Práca má dizajn prierezovej kvantitatívnej štúdie vykonanej na základe dotazníka vlastnej konštrukcie. Cieľ: Cieľom práce bolo zistiť bariéry pri používaní psychometrických nástrojov v ošetrovateľskom procese pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov s duševným ochorením.

Metodika: Výskum bol zameraný na výskyt bariér pri používaní psychometrických nástrojov v ošetrovateľskom procese. Výskumu sa zúčastnilo 198 respondentov. Údaje boli zozbierané prostredníctvom neštandardizovaného dotazníka. Určený bol sestrám poskytujúcim ošetrovateľskú starostlivosť duševne chorým v ústavných zdravotníckych zariadeniach. Výber respondentov bol zámerný. Vylučovacím kritériom boli sestry pracujúce na oddeleniach

všeobecných nemocníc a vo všeobecných a špecializovaných ambulanciách. Dáta boli spracované v programe SPSS a Microsoft Excel. Na štatistické spracovanie boli použité testy Spearmanov korelačný koeficient, Mann-Whitney U, Kruskal-Wallisov test a chi-kvadrátový test.

Výsledky: Existencia bariér v ošetrovateľstve a ich vplyv na ošetrovateľskú starostlivosť vo vybraných oblastiach je signálom, ktorý treba brať do úvahy a hľadať možné riešenia ako vplyv týchto bariér eliminovať.

Záver: Používanie psychometrických nástrojov pri starostlivosti o duševne chorých má svoje preukázateľné bariéry. Vyžaduje si však nielen od manažérov ale aj od sestier zodpovedný klinický prístup a samotnú prípravu s následnou aplikáciou do ošetrovateľskej praxe.

KLÍČOVÁ SLOVA:

bariéry, psychometrické nástroje, ošetrovateľstvo, duševné poruchy

ÚVOD

Objektívne posúdenie zdravotného stavu pacienta je dôležitou doménou psychiatrického ošetrovateľstva, informácie o duševnom stave sa získavajú z rozhovoru s pacientom a zahŕňajú kategórie ako vonkajší vzhľad a celkové správanie, afekt a nálada, myšlienkové procesy, percepcia a kognitívne funkcie (Janosiková, Daviesova, 1999). Na posúdenie problémov v oblasti psychických a fyzických funkcií je množstvo posudzovacích škál a hodnotení. Všetky posudzovacie škály sú k dispozícii lekárom a sestram. Tento široký výber predstavuje neľahkú výzvu pre lekárov a sestry v rozhodovaní o tom, ktorá škála je najvhodnejšie pre dané konkrétne použitie (Martinková, 2014). O význame využitia psychometrických konštruktov aj v psychiatrickom ošetrovateľstve svedčí ich početnosť a diverzita. V publikácii *Handbook of psychiatric measures* (Rush, First, Blacker, 2008) je uvedených 275 rôznych posudzovacích a hodnotiacich prostriedkov, ktoré majú rôznorodý charakter a zameranie. Ich delenie je problematické, respektíve môže byť viacvrstvé. Posudzovanie v ošetrovateľstve je nepretržitý proces, ktorým získavame a vytvárame určitú databázu relevantných informácií o pacientovi (Bóriková, Žiaková, 2007) na základe subjektívnych informácií získaných od jedinca, ktoré si objektivizujeme údajmi od rodiny, kontaktných osôb (Čerňanová, 2011), z predchádzajúcich zdravotných záznamov a od ďalších členov zdravotníckeho tímu. Pri posudzovaní duševného stavu treba oddiferencovať domnienku a pozorovanie. **Pozorovaním** zachytávame prejavy správania alebo udalosti našimi zmyslami. **Domnienka** je subjektívna interpretácia pozorovaného správania alebo udalosti. Preto je dôležité pri hodnotení psychického stavu oddiferencovať naše pozorovanie a domnienky (Janosiková, Daviesova, 1999). Starostlivosť o pacienta realizovaná metódou ošetrovateľského procesu si vyžaduje neustále posudzovanie a hodnotenie stavu pacienta sestrou. Posudzovanie v psychiatrickom ošetrovateľstve je nepretržitý proces, v rámci ktorého neustále aktualizujeme jednotlivé údaje o duševnom stave pacienta. Sestra môže prostredníctvom jednotlivých škál potvrdiť predpokladaný problém a zároveň môže sledovať aj efektivitu naplánovanej i poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti (Petr, Marková et al., 2014). Významnou pomôckou v tejto starostlivosti môže byť aj používanie posudzovacích škál (Drobná, Pečeňák, 2008). Prostredníctvom takého merania kvantifikujeme atribúty respektíve základné či podstatné vlastnosti osoby, javu alebo situácie. Jeho cieľom je tieto atribúty či vlastnosti objektivizovať na základe meracích nástrojov. Ich vývoj umožňuje kvantifikovať aj javy donedávna nemerateľné (Bóriková, Tomagová, Žiaková, 2014).

METODIKA VÝSKUMU A CHARAKTER SÚBORU

Cieľom výskumu bolo zistiť nami definované bariéry používania psychometrických nástrojov v ošetrovateľskej starostlivosti o duševne chorých. Výskumná vzorka pozostávala zo 198 respondentov zo zdravotníckych zariadení v pracovnej kategórii sestra, s rôznym stupňom vzdelania a dĺžkou odbornej praxe. Zo špecializovaných

psychiatrických nemocníc bolo 65,66 % (130) sestier, z psychiatrických oddelení všeobecných nemocníc 23,23 % (46) sestier a z psychiatrických liečební 11,11 % (22) sestier. Najčastejším dosiahnutým vzdelaním bolo vysokoškolské vzdelanie I. stupňa v počte 42,92 % (85) sestier, druhou najpočetnejšou skupinou boli sestry so stredoškolským vzdelaním 36,86 % (73). Vysokoškolské vzdelanie II. stupňa malo 12,12 % (24) sestier a vyššie odborné vzdelanie 8,08 % (16). K vzdelaniu sestier patrí aj postgraduálne vzdelávanie. Bez ukončeného postgraduálneho vzdelania sestier, t.j. bez špecializácie bolo 63,13 % (125) sestier. Ukončené postgraduálne vzdelanie sestier bolo rozdielne, pričom vzdelávanie v odbore ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii malo 28,78 % (57) sestier. Tretiu skupinu tvorili sestry v počte 2,52 % (5), ktoré mali ukončené vzdelanie v psychoterapii. Ďalšie typy postgraduálneho vzdelávania sestier boli manažment v ošetrovateľstve 1,51 % (3), ošetrovateľská starostlivosť v neurológii 1,01 % (2), ošetrovateľská starostlivosť v interných odboroch 1,01 % (2), gerontologické ošetrovateľstvo 1,01 % (2) a urgentná starostlivosť i adiktológia 0,50 % sestier (2). Priemerná dĺžka odbornej praxe sestier bola 20,71 rokov. Medián bol 20 rokov, modus bol stanovený na 20 rokov, smerodajná odchýlka SD bola 10,04, minimum 0 rokov a maximum 43 rokov odbornej praxe. Výber výskumnej vzorky bol zámerný. Inkluzívnym kritériom bola aktívna účasť na poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti duševne chorým v ústavných zariadeniach, exkluzívnym kritériom boli sestry pracujúce na oddeleniach všeobecných nemocníc a vo všeobecných i špecializovaných ambulanciách. Metódou zberu dát bol neštandardizovaný dotazník, ktorý bol vytvorený na základe klinickej skúsenosti výskumníka, teoretickej bázy odboru ošetrovateľstvo a vedeckých poznatkov v oblasti psychometrických nástrojov. Pilotáž neštandardizovaného dotazníka bola realizovaná na 20 sestrách zo špecializovanej psychiatrickej nemocnice, ktorá nebola zahrnutá do výskumu. Dotazník obsahoval 26 položiek, z čoho 17 položiek bolo polytomických s neúplným výberom, 4 položky boli dichotomické a 5 položiek bolo otvorených. Odoslaných bolo 18 písomných žiadostí o súhlas s výskumom, kladne stanovisko udelilo iba 7 zdravotníckych zariadení. Podmienkou realizácie výskumu a publikovania výsledkov bolo zachovanie anonymity konkrétneho typu zariadenia vzhľadom k citlivosti témy. Distribúcia dotazníka bola prostredníctvom určenej kontaktnej osoby v danom zdravotníckom zariadení, vyplnenie dotazníka bolo anonymné a podmienené dobrovoľnosťou. Hodnotenie výskytu bariér pri používaní psychometrických nástrojov bolo prostredníctvom Likertových škál, ktoré majú výrok a k nemu prislúchajúcu stupnicu od 1 úplne súhlasím po 5 úplne nesúhlasím. Na sledovanie vzťahov medzi dvoma premennými bol použitý Spearmanov korelačný koeficient. Jeho hodnoty sa pohybujú od -1 do +1 a hovoria o sile vzťahu (absolútna hodnota koeficientu), ako aj o smere vzťahu (pozitívny alebo negatívny). Na porovnanie dvoch skupín v poradovej premennej bol použitý Mann-Whitney U test založený na usporiadaní všetkých dát do poradia. Štatisticky významný rozdiel v tomto teste hovorí o odlišných distribúciach premennej v týchto skupinách, o ktorých sa dozvedáme na základe mediánov. Na porovnanie troch skupín v poradovej premennej bol použitý Kruskal-Wallisov test, opäť založený na usporiadaní všetkých dát do poradia. Štatisticky významný rozdiel v tomto teste hovorí o odlišných distribúciach premennej v týchto skupinách,

o ktorých máme opäť bližšie informácie na základe mediánov. Medián je vhodnejší pri poradových dátach a nie normálnych distribúciach, interpretuje sa podobne ako priemer. Na základe mediánu teda vidíme, okolo akej hodnoty sa pohybovali odpovede danej skupiny.

VÝSLEDKY

Zdravotná starostlivosť poskytovaná v rámci psychiatrie vychádza zo zásad bio-sociálneho chápania duševných porúch a porúch správania v súlade s výsledkami výskumu v rôznych špecializačných odboroch a v iných humanitných vedách (Vestník MZ SR, 2006). Ošetrovateľská starostlivosť je súčasťou systému zdravotnej starostlivosti, jej kvalita je charakterizovaná viacerými znakmi, medzi ktoré patrí odbornosť pripraveného tímu a poskytovanie starostlivosti na základe najnovších poznatkov. Sestry poskytujú starostlivosť efektívnym prostriedkom, t.j. ošetrovateľským procesom. Veľakrát sa zdá, že ide o komplikovaný proces a v niektorých prípadoch aj je, pretože psychické prežívanie jedinca a ľudská duša je veľmi zložitá. Ošetrovateľský proces si vyžaduje objektívne posúdenie zdravotného stavu pacienta, je to dôležitá doména psychiatrického ošetrovateľstva. Sestra poskytujúca komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť duševne chorým nemá možnosť zmerať psychické funkcie prístrojom a získať tak numerickú hodnotu. Na druhej strane môže využiť jednotlivé posudzovacie a hodnotiace nástroje, ktoré objektivizujú prítomný deficit alebo poruchu psychických funkcií.

HYPOTÉZA

Výskyt bariér pri používaní psychometrických nástrojov súvisí s dosiahnutým vzdelaním sestier, špecializáciou sestier, dĺžkou odbornej praxe a typom zdravotníckeho zariadenia.

Súvislosť medzi vzdelaním sestier a bariérami vo využívaní psychometrických nástrojov

Vzťah sme testovali na hladine významnosti $\alpha=0,05$. Štatisticky významná súvislosť v názoroch sestier na bariéry vo využívaní psychometrických nástrojov v súvislosti s ich dosiahnutým vzdelaním **existuje** iba pri položkách *nemám k dispozícii manuál k jednotlivým nástrojom* a *členovia multidisciplinárneho tímu ich neakceptujú*. Pri týchto položkách je p-hodnota pod hladinou významnosti. V ostatných položkách je táto p-hodnota veľmi vysoká v rozmedzí 0,073 – 0,773, preto sa **existencia významnej súvislosti neprejavila**. Prehľad štatistického výpočtu prostredníctvom Mann-Whitney U testu je v tabuľke 1.

Tabuľka 1: Vzdelanie sestier v súvislosti s bariérami psychometrických nástrojov

	<i>ro</i>	<i>p</i>	<i>N</i>
považujem ich za zbytočné a bez efektu	0,065	0,362	198
nedostatok sestier v zmene	0,051	0,472	198
nedostatok vedomostí sestier o jednotlivých nástrojoch	-0,047	0,509	198
nedostatok času	0,034	0,638	198
časová náročnosť jednotlivých nástrojov	0,029	0,681	198
veľké množstvo administratívy	0,108	0,130	198
nemám k dispozícii manuál k jednotlivých nástrojom	0,150	0,035	198
nebol/a som zaškolený/á do tejto problematiky	0,021	0,773	198
členovia multidisciplinárneho tímu ich neakceptujú	-0,152	0,033	198
manažment zariadenia podporuje využívanie			
posudzovacích / hodnotiacich nástrojov	-0,128	0,073	198

Súvislosť medzi dĺžkou odbornej praxe sestier a bariérami v procese využívania psychometrických nástrojov

Tabuľka 2 znázorňuje p-hodnoty jednotlivých položiek. Je zrejmé, že pri takých vysokých p-hodnotách v rozsahu 0,110 – 0,868 nie je možné prijať hypotézu alternatívnu. Záver štatistického spracovania pre tento náš predpoklad je, že názor sestier na bariéry v procese využívania psychometrických nástrojov **nesúvisí** s dĺžkou odbornej praxe.

Tabuľka 2: Názor sestier na bariéry v súvislosti s dĺžkou odbornej praxe

	<i>ro</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
považujem ich za zbytočné a bez efektu	0,025	0,731	198
nedostatok sestier v zmene	-0,096	0,181	198
nedostatok vedomostí sestier o jednotlivých nástrojoch	-0,012	0,868	198
nedostatok času	-0,092	0,197	198
časová náročnosť jednotlivých nástrojov	0,051	0,478	198
veľké množstvo administratívy	-0,114	0,110	198
nemám k dispozícii manuál k jednotlivých nástrojom	0,025	0,725	198
nebol/a som zaškolený/á do tejto problematiky	0,014	0,848	198
členovia multidisciplinárneho tímu ich neakceptujú	0,015	0,832	198
manažment zariadenia podporuje využívanie			
posudzovacích / hodnotiacich nástrojov	-0,021	0,772	198

Súvislosť medzi sestrami so špecializáciou a bariérami psychometrických nástrojov v procese využívania

Na porovnanie sestier so špecializáciou a tých bez špecializácie sme použili Mann-Whitney U test. Pri každej položke je vypočítané štatistické kritérium a opäť odvodená p hodnota. Ak je pod hodnotou 0,05 je súvislosť štatisticky významná. Ako znázorňuje tabuľka 3 veľmi nízka hodnota bola vypočítaná iba v položke, pri ktorej môžeme konštatovať, že názor sestier na bariéry *považujem ich za zbytočné a bez efektu* **súvisí** so špecializáciou sestier. V ostatných položkách jednoznačne tvrdíme, že názor sestier na bariéry v procese využívania psychometrických nástrojov **nesúvisí** so špecializáciou.

Tabuľka 3: Bariéry používania psychometrických nástrojov v súvislosti so špecializáciou

	<i>U-test</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
považujem ich za zbytočné a bez efektu	3407	0,002	198
nedostatok sestier v zmene	3991,5	0,127	198
nedostatok vedomostí sestier o jednotlivých nástrojoch	4110,5	0,232	198
nedostatok času	3989,5	0,126	198
časová náročnosť jednotlivých nástrojov	4032,5	0,157	198
veľké množstvo administratívy	4365	0,586	198
nemám k dispozícii manuál k jednotlivým nástrojom	4051,5	0,179	198
nebol/a som zaškolený/á do tejto problematiky	3965	0,116	198
členovia multidisciplinárneho tímu ich neakceptujú	4089,5	0,201	198
manažment zariadenia podporuje využívanie			
posudzovacích / hodnotiacich nástrojov	3922,5	0,085	198

Súvislosť medzi typom zariadenia a bariérami vo využívaní psychometrických nástrojov.

V tabuľke 4 je štatisticky signifikantná súvislosť medzi názormi sestier na bariéry vo využívaní psychometrických nástrojov a typom zariadenia. Súvislosť znázorňuje nízka p-hodnota (p 0,000 - 0,002) pri niektorých položkách. Štatistickou analýzou konštatujeme **existenciu štatisticky signifikantnej súvislosti medzi** bariérami pre používanie psychometrických nástrojov a typom zariadenia, konkrétne u položiek *nedostatok sestier v zmene*, *nedostatok času*, *časová náročnosť jednotlivých nástrojov* a *veľké množstvo administratívy*.

Tabuľka 4: Bariéry používania psychometrických nástrojov v súvislosti s typom zariadenia

	<i>Chi-kvadrát</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
považujem ich za zbytočné a bez efektu	5,888	2	0,053
nedostatok sestier v zmene	12,613	2	0,002
nedostatok vedomostí sestier o jednotlivých nástrojoch	1,930	2	0,381
nedostatok času	24,773	2	0,000
časová náročnosť jednotlivých nástrojov	18,475	2	0,000
veľké množstvo administratívy	23,433	2	0,000
nemám k dispozícii manuál k jednotlivým nástrojom	4,871	2	0,088
nebol/a som zaškolený/á do tejto problematiky	5,120	2	0,077
členovia multidisciplinárneho tímu ich neakceptujú	5,342	2	0,069
manažment zariadenia podporuje využívanie posudzovacích / hodnotiacich nástrojov	1,069	2	0,586

DISKUSIA

Komplexné posúdenie je neoddeliteľnou súčasťou celkového hodnotenia zdravotného stavu pacienta. Používanie hodnotiacich nástrojov v komplexnom posúdení pacienta má pri ošetrovaní pacientov široký význam, pretože prináša obsiahle informácie a tým môže byť zabezpečená efektívnejšia starostlivosť (Kabatová, Puteková, 2018). Na druhej strane ošetrovateľské štandardy v oblasti duševného zdravia nedefinujú presne čo predstavuje komplexné hodnotenie alebo ako by sa to malo uskutočniť. Tento proces je opísaný neformálne a existujú dôkazy, že komplexné hodnotenie v oblasti duševného zdravia nie je dobre zdokumentované. Dôveryhodnosť odbornej prípravy a výskumu duševného zdravia si vyžaduje, aby bol jasne definovaný obsah a proces komplexného hodnotenia ošetrovateľstva v oblasti duševného zdravia (Coombs, Curtis, Crookes, 2011). Používanie posudzovacích nástrojov v ošetrovateľskej praxi je zakotvené vo vyhláske č. 98/2018, kde je uvedené, že sestra samostatne posudzuje zdravotný stav osoby, alebo zmenu zdravotného stavu osoby, pričom hodnotenie zdravotného stavu alebo zmenu zdravotného stavu meria pomocou hodnotiacich a meracích nástrojov (Vyhláška MZ SR č. 95/2018 Z. z.). Tento legislatívny predpis ďalej nestanovuje, ktoré posudzovacie stupnice sestra má/môže použiť. Systém postgraduálneho vzdelávania v odbore ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii nezahŕňa výučbu v používaní posudzovacích nástrojov (Projekt špecializačného študijného programu, 2019). Naš výskum bol zameraný na zistenie výskytu bariér pri používaní psychometrických nástrojov v ošetrovateľskej praxi u duševne chorých jedincov. Vychádzali sme z faktu, že súčasný legislatívny rámec neurčuje minimálne požiadavky na využívanie psychometrických konštruktov pre hodnotenie pacientových potrieb či problémov v rámci poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti o duševne chorých. Z tohto dôvodu sme v dotazníku určili päť oblastí na posudzovanie duševného stavu podľa Janosikovej, Daviesovej (1999, str. 94) a k nim aj nami konkretizované psychometrické nástroje pre hodnotenie deficitov či pacientových

potrieb. Následne sme skúmali, ktoré bariéry ovplyvňujú využívanie psychometrických nástrojov. Na prítomnosť bariér v akejkolvek sfére či oblasti pôsobenia sa môžeme pozerať minimálne z dvoch uhlov pohľadu. Jeden pohľad nám poukazuje na bariéru ako na prekážku, teda niečo, čo nás v niečom obmedzuje či limituje respektíve znemožňuje niečo vykonávať. Druhý uhol pohľadu vníma respektíve vidí bariéru ako výzvu, ktorej správne pomenovanie či identifikácia otvára možnosti a priestor pre jej obmedzenie až odstránenie a tým posúva naše možnosti realizácie a rastu dopredu. Ulrichová (2012) zistila, že až 83 % sestier uvádzalo bariéry pri posudzovacích a hodnotiacich nástrojoch ako časová a ekonomická náročnosť, nedostatok vedomostí sestier, nedostatočná podpora manažmentu a defekt multidisciplinárneho tímu. Naším výskumom sme sa snažili preskúmať a zistiť **aký je názor sestier na nami definované jednotlivé bariéry**, ktoré môžu vplývať na využívanie posudzovacích a hodnotiacich nástrojov. V diskusii sa podrobnejšie venujeme dvom skupinám vzťahov, u ktorých sme našim šetrením a štatistickým spracovaním hypotéz preukázali štatisticky významnú súvislosť. Prvú skupinu predstavujú názory sestier špecialistiek a nešpecialistiek v psychiatrickom ošetrovatelstve na jednotlivé bariéry používania posudzovacích a hodnotiacich nástrojov. Naším skúmaním sme zistili, že obe skupiny sestier bez ohľadu na špecializáciu *skôr súhlasia* (medián 2) a teda predpokladáme, že v praxi pozorujú a stretávajú sa s bariérami ako sú **nedostatok sestier v zmene, nedostatok času, časová náročnosť jednotlivých nástrojov a veľké množstvo administratívy**. Za osobitnú zmienku a tým aj zamyslenie stojí názor sestier na bariéru **považujem ich za zbytočné a bez efektu**. Zatiaľ čo sestry bez špecializácie majú *skôr nesúhlasný* názor (medián 4) na túto bariéru, z čoho vyplýva, že vidia význam a efekt posudzovacích a hodnotiacich nástrojov, názor sestier špecialistiek vystihuje ich najčastejšia odpoveď k tejto bariére a tou je odpoveď *neviem* (medián 3). Názor oboch skupín sestier, teda špecializovaných aj nešpecializovaných na ostatné bariéry ako **nedostatok vedomostí sestier o jednotlivých bariérach, nemám k dispozícii manuál k jednotlivým nástrojom, nebol som zaškolený/á do tejto problematiky, členovia multidisciplinárneho tímu ich neakceptujú a manažment zariadenia podporuje využívanie nástrojov** vyjadrili sestry svojimi odpoveďami, ktoré sa pohybovali najmä okolo odpovede *neviem* (medián 3). Pri rozdelení sestier a ich názorov podľa typu zariadenia, v ktorom pracujú a ktoré predstavujú druhú vyššie spomínanú skupinu boli naše zistenia pomerne rôznorodé. Súhrnne môžeme konštatovať, že odpovede a tým aj názor sestier pracujúcich na psychiatrických oddeleniach bol pri všetkých spomenutých bariérach *neviem* (medián 3), s výnimkou bariér **veľké množstvo administratívy a členovia multidisciplinárneho tímu ich neakceptujú**, kde ich názor kolísal medzi odpoveďou *neviem* a *skôr súhlasím* (medián 2,5). K bariéram **nedostatok sestier v zmene, nedostatok vedomostí sestier o jednotlivých nástrojoch, nedostatok času a časová náročnosť jednotlivých bariér a manažment zariadení podporuje využívanie posudzovacích a hodnotiacich nástrojov** obe zvyšné skupiny sestier, teda tie, ktoré pracujú v nemocniciach aj liečebniach vyjadrili svoj názor odpoveďou *skôr súhlasím* (medián 2). Z toho rezultuje zaujímavé a potešujúce zistenie, že v nemocniciach aj liečebniach **manažment zariadení používanie posudzovacích a hodnotiacich nástrojov** skôr podporuje. S bariérou

považujem ich za zbytočné a bez efektu sestry pracujúce v psychiatrických liečebniach *skôr nesúhlasia*, zatiaľ čo sestry pracujúce v psychiatrických nemocniciach sa stotožnili svojimi odpoveďami *neviem* (medián 3) s názorom sestier z psychiatrických oddelení. Postoj sestier k bariére **veľké množstvo administratívy** je u oboch skupín sestier *súhlasný*, zatiaľ čo sestry pôsobiace v psychiatrických nemocniciach úplne súhlasili s existenciou tejto bariéry (medián 1), sestry pôsobiace v liečebniach s touto bariérou *skôr súhlasili* (medián 2). Toto zistenie je tiež výzvou, ktorá si vyžaduje patričnú pozornosť, lebo sa domnievame, že zistený fakt pôsobí ako jeden z najzávažnejších demotivačných faktorov a preto hľadanie možností ako množstvo administratívy zefektívniť a tým aj optimalizovať, aby bolo vnímané sestrou ako čo najmenšia záťaž, má nenahraditeľný profesionálny, etický aj ekonomický význam. Názor sestier na bariéru **nemám k dispozícii manuál** k nástrojom je zaujímavý skôr svojou paradoxnou rozdielnosťou. Sestry z psychiatrických nemocníc odpovedali v okruhu odpovede *neviem* (medián 3), v psychiatrických liečebniach skôr v okruhu *skôr nesúhlasím* (medián 4), sestry z psychiatrických oddelení ako bolo spomenuté vyššie v rozmedzí odpovedí *skôr súhlasím* a *neviem* (medián 2,5). **Nebol som zaškolený/á do tejto problematiky** - názor sestier aj na túto bariéru je nejednotný. Sestry z psychiatrických nemocníc s ňou *skôr súhlasili* (medián 2), z psychiatrických liečební *skôr nesúhlasili* (medián 4), a odpovede sestier z psychiatrických oddelení ako bolo spomenuté vyššie sa nám pohybovali v okruhu *neviem* (medián 3). Na bariéru členovia multidisciplinárneho tímu ich neakceptujú sa sestry z psychiatrických nemocníc aj liečební zhodli so svojimi kolegyňami z psychiatrických oddelení odpoveďou *neviem* (medián 3). Výskumom sme potvrdili výskyt určitých bariér pri používaní psychometrických nástrojov v ošetrovateľskej starostlivosti o duševne chorých. Máme názor, že existencia bariér v ošetrovateľstve a ich vplyv na ošetrovateľskú starostlivosť vo vybraných oblastiach je signálom, ktorý treba brať do úvahy a hľadať možné riešenia ako vplyv týchto bariér eliminovať. Jednou z možností je aj účinný zásah manažérov ošetrovateľstva. Náš názor je podporený aj tvrdením Pokornej et al. (2013), píš, že súbor využívaných hodnotiacich nástrojov pre objektivizáciu posúdenia chorých je stále v kompetencii manažérov jednotlivých zdravotníckych zariadení. Spomenieme aj charakteristiku manažéra od Botíkovej a kol. (2011), kde manažér ako osoba zodpovedá v najväčšej miere za rozvoj a perspektívy ošetrovateľstva, organizuje, aplikuje a zhodnocuje teóriu, výskum a ošetrovateľskú prax. Konštatujeme, že používanie psychometrických nástrojov pri starostlivosti o duševne chorých má svoje preukázateľné benefity aj napriek bariéram, niektorým limitom a administratívnym obmedzeniam. Vyžaduje si však nielen od manažérov ale aj od sestier zodpovedný klinický prístup a samotnú prípravu s následnou aplikáciou do ošetrovateľskej praxe. Naše tvrdenie podporujú aj Hoschl et al. (2004), ktorí konštatujú, že aj keď sa psychiatria dnes už celkom úspešne snaží približovať ostatným medicínskym odborom dôrazom na používanie biologických indikátorov, hodnotenie posudzovacími stupnicami ešte dlho ostane dôležitým nástrojom pre sledovanie vývoja ochorenia a kvantifikáciu jeho závažnosti. Deklarujeme náš názor, že vhodnou metódou aplikácie týchto psychometrických nástrojov je vytvorenie samotného systému používania jednotlivých psychometrických konštruktov, čo si vyžaduje veľa času,

systematickosti a dávky kreativity. Takýmto vhodným systémom sa javia ošetrovateľské štandardy, ošetrovateľské formuláre, predpisy a systém vzdelávania.

ZÁVER

Implementácia psychometrických nástrojov je určitou možnosťou ako doriešiť niektoré problémy v psychiatrickom ošetrovateľskom procese, čo v konečnom dôsledku prispeje k rozvoju autonómneho, klinického a kritického myslenia a uvažovania sestier. Pozitívnym postojom k posudzovacím a hodnotiacim nástrojom môžeme vyhodnotiť potenciálne i aktuálne problémy pacienta a tým prispieť k efektívnemu riadeniu ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta i jeho rodinu. Z nášho pohľadu ako sestry pracujúcej v oblasti psychiatrického ošetrovateľstva konštatujeme, že slovenské ošetrovateľstvo musí kráčať dopredu, rozvíjať sa, realizovať výskum a získané poznatky aplikovať do praxe. V opačnom prípade to bude krok späť, čo bude mať veľmi negatívny dopad na pacienta, jeho rodinu i spoločnosť ako takú.

ODPORÚČANIA PRE PRAX

Vypracovať koncepciu psychiatrického ošetrovateľstva, v ktorej budú zakomponované minimálne požiadavky na používanie psychometrických nástrojov a tým doceliť uniformitu využívania týchto konštruktov v špecializovaných psychiatrických zariadeniach.

Rozšíriť učebné osnovy univerzitného vzdelávania sestier v rámci špecializačnej prípravy sestier o psychometrické nástroje s praktickou ukážkou používania, ktoré budú môcť sestry aplikovať v rámci komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti u jedincov s duševným ochorením.

Podporovať a realizovať výskumnú činnosť v oblasti psychometrických nástrojov pre psychiatrické ošetrovateľstvo a zistené poznatky aplikovať do praxe.

Vypracovať manuály na používanie psychometrických nástrojov slúžiacich pre jednoduchšiu využiteľnosť a orientáciu sestier v tejto problematike.

LIMITY VÝSKUMU

Medzi limity výskumu patrí malá výskumná vzorka a nerovnomerné rozdelenie respondentov v kategóriách rozdelenia. Ďalej je to spôsob výberu výskumnej vzorky, pretože v našom výskume bol použitý zámerný výber.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] BOTIKOVÁ, A. a kol. 2011. *Manuál pre mentorky v ošetrovatelstve*. 2. vyd. Trnava: Typi Universitatis Tyrnaviensis, 2011. 287 s. ISBN 978-80-8082-501-0.
- [2] BÓRIKOVÁ, I., ŽIAKOVÁ, K. 2007. Problematika posudzovacích nástrojov v ošetrovatelstve. In *Ošetrovateľská diagnostika a praxe založená na dôkazoch*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostrave, 2007. ISBN 978-80-7368-230-9. s 13-18.
- [3] BÓRIKOVÁ, I., TOMAGOVÁ, M., ŽIAKOVÁ, K. 2014. *Meracie nástroje v gerontologickom ošetrovatelstve*. Multimediálna podpora výučby klinických a zdravotníckych disciplín: Portál Jesseniovej lekárskej fakulty Univerzity Komenského [online]. 21.1.2014, posledná aktualizácia 22.1.2014 [cit. 2019-06-22]. Dostupné na internete: <<http://portal.jfmed.uniba.sk/clanky.php?aid=251>>. ISSN 1337-7396.
- [4] COOMBS, T., CURTIS, J., CROOKES, P. 2011. What is a comprehensive mental health nursing assessment? A review of the literature. *Int J Ment Health Nurs*. [online]. 2011. [cit. 2018-02-26]. 20(5):364-70. Dostupné na: 10.1111/j.1447-0349.2011.00742.x.
- [5] ČERŇANOVÁ, A. 2011. *Ošetrovanie chorých s psychickými problémami na somatických oddeleniach*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2011. 88 s. ISBN 978-80-8063-354-7.
- [6] HÖSCHL, C. et al. 2004. *Psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Tigris, 2004. 883 s. ISBN 80-900-130-74.
- [7] DROBNÁ, T., PEČEŇÁK, J. 2008. Použitie štandardizovaných posudzovacích stupníc v ošetrovateľskom procese v psychiatrii. In *Česká a slovenská psychiatrie*. ISSN 1212-0383, 2008, roč. 104, č. 8, s. 398-404.
- [8] JANOSIKOVÁ, H. E., DAVIESOVÁ, L. J. 1999. *Psychiatrická ošetrovateľská starostlivosť*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1999. 551 s. ISBN 80-8063-017-8.
- [9] KABATOVÁ, O., PUTEKOVÁ, S. 2018. Aplikácia komplexného geriatrického posúdenia. In *Nové trendy v ošetrovatelstve V*. [online]. Trnava: Trnava University, 2018. p. 46-47. Dostupné na: <http://fzsp.truni.sk/sites/default/files/dokumenty/ose/dokumenty/Zbornik-pr%C3%ADspevkov-z-konferencie-2018.pdf>.
- [10] MARTINKOVÁ, J. 2014. Hodnotiace nástroje problémového správania u pacientov s alzheimerovou chorobou. In *Cesta k modernému ošetrovatelství XVI*. [CD-ROM]. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, 2014, ISBN: 978-80-87347-17-1, s. 131-135.
- [11] PETR, T., MARKOVÁ, E. et al. 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2014. 296 s. ISBN 978-80-247-4236-6.
- [12] POKORNÁ, A. et al. 2013. *Ošetrovatelství v gerii/hodnotící nástroje*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013. 200 s. ISBN 978-80-247-4316-5.
- [13] PROJEKT ŠPECIALIZAČNÉHO ŠTUDIJNÉHO PROGRAMU. ŠPECIALIZAČNÝ ŠTUDIJNÝ PROGRAM V ŠPECIALIZAČNOM ODBORE OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ V PSYCHIATRII. [online]. [cit. 22-5-2019]. Dostupné na: https://www.jfmed.uniba.sk/fileadmin/jlf/Dekanat/oddelenie-pre-dalsie-vzdelavanie-zdravotnickych-pracovnikov/Osetrovatelstvo/Projekt__a_CT_plan_SSP_PSYCHIATRIA_od_17._4._2017.pdf.

- [14] RUSH, J. A., FIRST, B. M., BLACKER, D. 2008. *Handbook of psychiatric measures*. 2nd ed. Washintgton, D.C.: American Psychiatric Publishing, 2008. 864 p. ISBN 978-1-58562-218-4.
- [15] ULRICHOVÁ, K. 2012. *Využívanie hodnotiacich nástrojov v starostlivosti o seniorov*: diplomová práca. Brno: Masaryková univerzita, 2012, 119 s.
- [16] VESTNÍK MZ SR. 2006. Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore psychiatria zo dňa 15. 6. 2006, roč. 54, osobitné vydanie, str. 41 - 45.
- [17] Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 95/2018 Z. z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom.

BARRIERS OF THE USE OF PSYCHOMETRIC TOOLS IN THE CARE OF MENTALLY ILL

ABSTRACT

Introduction: An objective assessment of the patient's state of health is an important part of psychiatric nursing. When assessing the mental state, it is necessary to differ an assumption from observation. Design: The work has the design of a cross-sectional quantitative study based on a questionnaire of its own design. Objective: The aim of the work was to find barriers when using the psychometric tools in the nursing process that provides a nursing care for patients with mental illness. Methodology: The research was focused on the occurrence of barriers when using psychometric tools in the nursing process. The survey was done on 198 respondents. Data were collected through a non-standardized questionnaire. It was intended for the designated nurses providing nursing care to mentally ill within health institutions. The choice of respondents was deliberate. The exclusion criterion was for nurses working in somatic departments and outpatient psychiatric field. The data were processed in SPSS software and Microsoft Excel. Spearman's correlation coefficient, Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis test and chi-square test were used for statistical processing. Results:

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

PhDr. Marek Rabinčák
PhD. študent
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava
Ústav zdravotníckych disciplín
Ošetrovateľstvo
Nám. 1. mája č. 1
P. O. Box 104
810 00 Bratislava
e-mail: marek.rabincak@gmail.com

doc. PhDr. Ľubomíra Tkáčová, PhD.
Prešovská univerzita v Prešove
Fakulta zdravotníckych odborov
Katedra ošetrovateľstva
Partizánska 1
080 01 Prešov
e-mail: lubomira.tkacova@unipo.sk

Existence of barriers in nursing and their impact on nursing care in selected areas is a signal that needs to be considered while looking for possible solutions to eliminate these barriers. Conclusion: The use of psychometric tools in the care of mentally ill has its proven benefits despite barriers, some limitations and administrative constraints. However, it requires responsible clinical approach and very preparation with subsequent application in nursing practice not only from managers but also from the nurses.

KEYWORDS:

barriers, psychometric tools, nursing, mental illnesses.

VÝZNAM KONTAKTNÍCH CENTER V ŽIVOTĚ UŽIVATELŮ NELEGÁLNÍCH NÁVYKOVÝCH LÁTEK

JANA PEŠKOVÁ
DAVID URBAN
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA



ABSTRAKT

Drogová kariéra každého uživatele drog je odlišná, co se týče délky, rozmanitosti i následků. Pro ty, kteří zjistí, že život s drogou již nezvládají, je v ČR pestrá síť léčebných zařízení. Jedná se o léčbu ambulantní, léčbu ústavní na odděleních psychiatrických nemocnic, dále terapeutické komunity a následnou péči (Matoušek, Kodymová a Koláčková, 2010). Dostupné jsou ale i služby pro uživatele drog, jejichž drogová kariéra není ještě u konce, nejsou aktuálně motivováni k abstinenci. Takové služby poskytují kontaktní centra. Přístupy Harm Reduction (minimalizace rizik při užívání návykových látek pro uživatele drog) a Public Health (ochrana veřejného zdraví) jsou základem pro práci v kontaktních centrech a jsou plně v souladu s protidrogovou politikou naší země. Mezi základní služby poskytované uživatelům drog patří výměna injekčních stříkaček, testování na infekční nemoci, dále pak poradenství, hygienický a potravinový servis a další. Role kontaktních center v systému drogových služeb je tedy jasně daná a nezpochybnitelná (Radimecký 2006).

Předkládaný článek se zabývá pohledem na kontaktní centra ze strany jejich klientů, uživatelů drog. Cílem realizovaného výzkumného šetření bylo identifikovat a popsat, jaký význam má pro uživatele nelegálních návykových látek kontaktní centrum, které navštěvují. V článku nejprve vymezujeme základní pojmy, vztahující se k tématu článku. Nastiňujeme problematiku užívání drog, dále pak dopady užívání na člověka a potřeby lidí závislých na drogách. Prezентujeme přehled služeb pro lidi, kteří se potýkají se závislostí. Následně se zaměřujeme na prezentaci výsledků vycházejících z vlastního výzkumného šetření. Data jsou interpretována v pěti podkapitolách. Každá z nich se věnuje jedné z oblastí zjišťovaných informací. Článek je výstupem bakalářské práce studentky VŠPJ Jany Peškové.

KLÍČOVÁ SLOVA:

kontaktní centrum, uživatelé drog, nelegální návykové látky

ÚVOD

Za drogu považujeme každou látku, která má dvě základní vlastnosti. Mění způsob našeho prožívání, myšlení, vnímání a při dlouhodobém a pravidelném užívání má schopnost vyvolat závislost (Minařík 2008). Drogy můžeme dělit podle nejrůznějších kritérií. Ve společnosti se stále hojně vyskytuje členění drog dle míry rizika pro člověka na tvrdé a měkké drogy. Podle účinku na psychiku zdravého člověka dělíme drogy na tlumivé nebo narkotické látky, stimulační látky, halucinogeny a látky s razantním efektem (Minařík 2018).

Složitost drogové závislosti můžeme popsat i s ohledem na tolerování užívání tzv. legálních drog společností. Především pak kouření a konzumace alkoholu jsou společnostmi tolerovány až do té doby, kdy se pro ni stávají problémem. K užívání nelegálních drog se společnost staví naopak velice odmítavě, zřejmě i z toho důvodu, že se jedná o látky, které nejsou v naší společnosti tradiční a za manipulaci s nimi hrozí trestní stíhání. Lidé, kteří takové látky užívají, společnost automaticky vyčleňuje, nechce jim porozumět (Presl 1995).

Uživatelé drog se potýkají s mnoha různými zdravotními komplikacemi, jejichž četnost a míra se odvíjí od intenzity užívání drogy, délky drogové závislosti a způsobu aplikace drogy. Nejvíce ohroženi jsou injekční uživatelé drog. U nich hrozí především nákaza infekčními onemocněními, jako jsou hepatitidy typu B a C, HIV. Dále se mohou potýkat s komplikacemi spojenými se špatně provedenou aplikací drogy. U těchto uživatelů je vhodnou intervencí přístup Harm Reduction. (Minařík a Řehák 2015). Užívání drog se často odráží i v oblasti sociálního fungování závislých lidí. Mezi nejčastější sociální problémy patří nezaměstnanost, nízké vzdělání, chudoba, bezdomovectví, anamnéza fyzického a sexuálního zneužívání aj. K nejvíce výrazným jevům je řazeno páchání trestné činnosti (Gossop 2009). Užívání drog se mnohdy odráží na psychickém stavu jedinců. Nejčastěji se setkáváme s výskytem depresí, úzkostí, sebevražedných myšlenek (Gossop 2009).

Kontaktní centra jsou nízkoprahovou službou, která se v obecné rovině zaměřuje především na minimalizaci rizik (zdravotních a sociálních), patřících do života uživatelů drog a zároveň na ochranu populace drogami nezasažené a na motivaci uživatelů drog ke změně životního stylu, která směřuje k abstinenci (Richterová Těmínová 2008). Mezi specifické cíle kontaktních center řadíme pomoc klientům vybudovat, udržet a posílit motivaci ke změnám zajištění podmínek k „přežití“, přípravu klientů na spolupráci s návaznými léčebnými zařízeními, sociální stabilizaci klientů, pomoc klientům v krizi, informování a vzdělávání klientů (Richterová Těmínová 2008).

Práce v kontaktních centrech se zakládá na dvou základních principech – Harm Reduction a Public Health. Přístup Harm Reduction neboli model minimalizace rizik není postaven na abstinenci, ale soustředí se na snižování negativních jevů, které provázejí užívání drog.

Tento model je přínosem jak pro závislého člověka, tak pro společnost. Vychází z principu ochrany zdraví (Public Health). Někteří lidé nejsou schopni abstinovat, nejsou motivováni k tomu, aby drogy přestali užívat. V propojení s modelem motivačních rozhovorů, který se při práci se závislými lidmi používá, lze u klientů motivaci nalézt a dosáhnout abstinence (Miller 2011).

Pokud jsou uživatelé drog motivováni ke změně v oblasti návykového chování, mohou využít ze široké sítě léčebných zařízení. Léčba je formou poskytování (ambulantní, rezidenční) a svou délkou (krátkodobá, střednědobá a dlouhodobá) nastavena pro individuální potřeby každého z uživatelů. (Richterová Těmínová 2008). Zatímco ambulantní léčba je vhodná zejména pro klienty, kteří jsou motivováni k léčbě a chtějí setrvat v podpůrném sociálním prostředí, dlouhodobá rezidenční léčba je vhodná pro uživatele, kteří mají za sebou dlouhou drogovou kariéru, mají nevyhovující zázemí a dopady užívání drog na ně samotné jsou intenzivní. (Richterová Těmínová 2008). Pokud si uživatelé drog nejsou ani po absolvování dlouhodobé léčby jisti, že zvládnou sami obstat v „běžném světě“, mohou využít doléčovacích center, které jim zajišťují pomoc podporu během tohoto přechodového období (Matoušek, Kodymová a Kolářková, 2010).

METODIKA SBĚRU DAT

V rámci realizovaného výzkumného šetření byl využit kvalitativní sběr dat (polostrukturnované interview). Pro výběr komunikačních partnerů byla zvolena dvě kritéria: a) potenciální účastníci museli být uživateli nelegálních návykových látek; b) potenciální účastníci museli být v kontaktu s jedním ze tří kontaktních center v Kraji Vysočina. Komunikační partneři byli vybíráni na základě dostupnosti, a to během klasických kontaktů se sociální pracovníci (spoluautorkou tohoto článku). Dále byly informace o výzkumu potenciálním komunikačním partnerům tlumočeny i dalšími pracovníky kontaktních center a následně probíhala domluva na termínech rozhovorů. Výzkum byl realizován v období od června 2018 do září 2018.

Rozhovory byly zrealizovány celkem s 10 komunikačními partnery, a to s ohledem na vysycenost informací a s ohledem na zatíženost provozu kontaktních center, ve kterých výzkum probíhal.

K vyhodnocování dat byla použita technika otevřeného kódování a data jsou dále prezentována dle jednotlivých tematických oblastí.

VÝSLEDKY

V následujícím textu jsou prezentována data dle jednotlivých kategorií (a podkategorií), přičemž vlastní výsledky jsou doplněny o přímé výpovědi respondentů. Celkem byly z výsledků sestaveny čtyři hlavní oblasti, kterými jsou: 1) Kontaktní centra očima

jejich klientů, 2) Očekávání klientů od kontaktních center, 3) Představa klientů o životě bez kontaktních center, 4) Spokojenost klientů s kontaktními centry.

1) KONTAKTNÍ CENTRA OČIMA JEJICH KLIENTŮ

V této části je nastíněn pohled uživatelů drog na kontaktní centra. Informace byly zjišťovány dvěma výzkumnými otázkami. Jedna byla zaměřená na to, co klientům evokuje pojem „káčko“, druhá na specifické vlastnosti kontaktních center.

Pomoc

Komunikační partneři (dále také používaná zkratka KP) často vnímají kontaktní centra (dále také KC) jako místo, kde jim je poskytnuta pomoc, ať už se nacházejí v jakékoliv životní situaci.

„Jakoby charita spíš taková pomáhací, takže nějaká pomoc“.

KP vyzdvihují zázemí pro obstarání osobní hygieny, ať už jde přímo o možnost osprchovat se, oholit nebo si vyprat prádlo. KC mají spojená s charitou, přirovnávají je ke službám pro lidi bez domova. Uvádějí, že zatímco služby pro lidi bez domova využívají především starší lidé, do KC chodí lidé mladší. KP se v rozhovorech svěřili, že dokonce znají mladé lidi, kteří vědomě lhali a nepravdivě tvrdili, že jsou uživatelé NNL, aby mohli služeb KC využívat. Důvodem byla právě snaha vyhnout se jiným službám pro lidi bez domova, v nichž se schází lidé starší. KC jsou ze strany KP vnímány také jako místa, kde jim pomohou s problémy. Oceňují přátelské prostředí, se kterým se například na úřadech mnohdy nesetkávají.

„Doslova barák, obyčejnej dům, kam chodí lidi, když si nevědí rady, když je samotný úřady posílaj s prominutím do řiti, prostě taková ta poslední nouze“.

Drogová služba

KP mají KC zafixovaná jako místa pro uživatele drog s určitými specifickými službami, jako jsou výměna injekčních stříkaček, testování na infekční nemoci. Tyto služby vnímají jako smysluplné především z důvodu snižování počtu lidí nakažených infekčními nemocemi.

„...je to jako taková státem dotovaná pomoc, ta výměna bezplatná stříkaček, taková podpora, která kdyby to káčko nebylo, tak by byla nějaká mezera v tom systému. Díky těm dobrovolníkům, že si můžou ty lidi vyměnit stříkačky, takže je menší podíl těch infikovaných těma různěma chorobama a tak“.

Důležitost přikládají KP rovněž možnosti využívat služby KC anonymně. Nespornou výhodou spatřují KP také v tom, že mohou KC navštěvovat pod vlivem drog a alkoholu, což v jiných zařízeních možné není.

„Jakmile jsou nějaký náznaky, že je člověk pod vlivem, tak nic prostě tomu člověku nenáleží. To je smutný tohle. To vlastně i ty azylové domy fungují na principu toho, že když tam člověk přijde a nadýchá, tak pomalu se tam ani nedostane vyspat“.

Ve výpovědích KP se objevuje i negativní pohled na využívání služeb KC ve spojitosti s životní situací člověka, který tyto služby potřebuje. Tzn., že využívání služeb KC se jeví jako známka toho, že se člověk nemůže dostat z drogové závislosti.

Přístup k drogám

Kontaktní centra mají nastavená pravidla, jež zakazují jakoukoliv manipulaci s drogami, jejich aplikaci. I přesto se dle výpovědí KP v minulosti občas stávalo, že v prostředí KC docházelo mezi klienty ke skrytému obchodování s drogami. V současnosti již KP tuto zkušenost nemají. KP docházejí do KC i z důvodu seznámení se nebo vyhledávání tzv. „drogových kontaktů“.

„Tam je problém v tom, že když tam člověk chodí třeba s nějakým čistým záměrem, ať už se jedná o ty stříkačky nebo radu, a chce se sebou něco dělat, tak na druhou stranu se tam člověk seznámí s těma dalšíma uživatelema a kolikrát tam ty lidi chodí už i za účelem nějakýho obchodu. Byť to probíhá skrytě, o čemž ty pracovníci nevědí, ale byl jsem svědkem, že to takhle probíhá“.

2) OČEKÁVÁNÍ KLIENTŮ OD KONTAKTNÍCH CENTER

V této části jsou popsána očekávání KP od spolupráce s KC a jejich naplňování. Každý zde nachází něco jiného, každému se jeho očekávání naplňují jinou měrou. Ke zjištění níže uvedených informací byla použita otázka zaměřená na to, s čím KP do KC přicházejí a s čím odcházejí.

Pomoc s problémy

Pomoc s problémy je častým důvodem, kvůli kterému KP navštěvují KC. Jejich problémy jsou různého charakteru, odvislé od situace, ve které se zrovna nacházejí. Někdy řeší KP vztahové záležitosti, jindy potíže spojené s užíváním drog, v dalších případech zase existenční problémy (např. když přijdou o bydlení nebo o práci a zůstanou bez příjmů). KP mají mnohdy negativní zkušenost s okolím, neboť jazyku úředníků ne zcela rozumí, neví si rady s vyplňováním formulářů, setkávají se s předsudky a odmítavým jednáním. KP oceňují zejména to, že své problémy mohou ventilovat někomu zvenčí, protože jimi nechtějí zatěžovat své blízké.

„Člověk, když se cítí úplně sám, nebo spíš, že je na všechno sám, tak poslední dobou, nebo za tu éru jsem zjistila, že místo, aby mi pomohli mí blízcí, tak mi většinou pomůžou cizí. Mně teda pomohlo hodně káčko“.

KC nabízejí i tzv. doprovody klientů do různých zařízení, jako jsou úřady, jiné organizace, zdravotnická zařízení atd. KP této možnosti využívají, je pro ně důležité, že mají při jednáních oporu v člověku, jemuž důvěřují. Popisují také pozitivní zkušenost s přívětivějším chováním ze strany pracovníků úřadů a dalších institucí.

„A ze své vlastní zkušenosti vím – a víš to sama – že je fakt dobrý kolikrát si vzít i ten doprovod, když je to možný – někoho tady z vás z káčka. Že může jít někdo, ať je to lítání po doktorech, nebo po úřadech, tak je to fakt dobrý, když tam máš nějakýho pracovníka z K-centra u sebe. Že to není pak takový bombardování od těch úředníků“.

Jelikož se stává, že někteří KP páchají trestnou činnost, jedná se i o poradenství v rámci trestního řízení. K řešení výše zmíněných záležitostí využívají v KC jak pomoci pracovníků, tak i počítače. Často si na internetu vyhledávají informace, sepisují různé žádosti nebo životopisy. Nespornou výhodou je i možnost nechat si KC uvést jako doručovací adresu. Někteří KP mají adresu trvalého pobytu na příslušných městských úřadech a je pro ně vyzvedávání korespondence problematické, proto tuto možnost velice oceňují.

KP uvádějí, že ne vždy se jim ve spolupráci s KC podaří jejich problémy vyřešit, ale vždy odcházejí s lepším pocitem.

Odpočinek

Odpočinek, relaxace, pohoda, to jsou další očekávání, se kterými KP do KC přicházejí. Ve svých výpovědích zmiňují jak fyzický odpočinek, tak i odreagování se od každodenních starostí. To se děje především při poslechu hudby na PC nebo při „brouzdání“ na internetu, sociálních sítích. Negativně KP hodnotí občasné nevhodné projevy a chování jiných klientů v KC, které narušují pohodové prostředí.

„Tak já se tady vždycky zrelaxuju, odpočinu si s čistou hlavou. Jo, většinou si sednu k té hudbě, no prostě kdykoli potřebuji přemýšlet, tak k tomu potřebuji muziku“.

Podpora

Podpora je pro KP velice důležitým prvkem, který v KC nacházejí. Důležitost úzce souvisí se vztahy v jejich sociálním okolí, které jsou často narušené, plné nedůvěry, poznamenané drogovým životem KP. Z výroků KP vyplývá, že je pro ně velice cenné, když je pracovníci KC přijmou se vším, co k nim v jejich aktuální situaci patří, neodsuzují je, mají o ně zájem, naslouchají jim a sdělují jim své postoje, názory myšlenky, jsou k nim upřímní.

Ve výpovědích se objevuje i lehce negativní poznatek, že příjemný pocit, který zažívají KP v prostředí KC, mizí s návratem do jejich přirozeného prostředí.

„No pro mě, když se řekne káčko, tak to je, dá se říct, jakoby jeden z hodně blízkých lidí, který mám vedle sebe. Protože já nefunguju tím způsobem, že se mnou funguje rodina, že bysme si byli nějak moc blízký, takže já to беру, že tady je to pro mě hodně pomoc, co se týče těch vás jako lidí, co se týče těchhle věcí, který poskytujete“.

KP se často nacházejí v nelehkých situacích, jež jim připadají bezvýchodné, neřešitelné. Nemají energii, chuť ani důvod se pokoušet je řešit. Unikají pak k drogám, v krajních případech i k sebevražedným myšlenkám, či dokonce samotným pokusům. V KC pak nacházejí nejen místo, kde mohou své problémy sdílet, ale i motivaci „nakopnutí“ k tomu, aby se nevzdávali.

„...vždycky to je velká úleva z toho, že to člověk ze sebe vypustil a svým způsobem a kolikrát jsme se dostali i k tomu, kde jsem si myslel, že dál už cesta nevede a zůstal jsem v nějakým bodě, tak po těch rozhovorech, že můžeš jít furt někam dál, že je nějaký řešení. Takže přicházím do káčka s tím problémem a odcházím s úlevou a s tím znovanaaplňením, že chceš jít dál a dál“.

3) PŘEDSTAVA KLIENTŮ O ŽIVOTĚ BEZ KONTAKTNÍCH CENTER

V této části jsou shrnuty poznatky z rozhovorů s KP, kteří si měli představit, že by se všechna kontaktní centra zrušila. Následně pak popisovali, co by to pro ně samotné znamenalo.

Katastrofický scénář

Pro některé KP je role KC v jejich životě natolik zásadní, že představa jejich výpadku je naprosto tragická. Popisují katastrofické scénáře s výroky typu: „sedl bych si na chodník a asi bych se zbláznil“. KP se pokoušeli si představit si, z jakých příčin by ke zrušení KC opravdu mohlo dojít a jaké okolnosti by k tomu musely vést. Objevily se dokonce i vážné obavy, že by se zrušení KC opravdu mohlo uskutečnit, což u KP vyvolalo negativní emoce. KP byli tedy ujištěni, že jsou to pouhé hypotézy nezakládající se na pravdě, rušení KC se ve skutečnosti opravdu nechystá.

„Takže to by byl fakt, když to můžu říct, to by byl průser, kdyby to zrušili ze dne na den. Tak bych to nechápal proč, z jakých důvodů, protože je to fakt jedna instituce, co má hodně, ale hodně hlubokej význam, a lidi si to možná ani neuvědomujou. Tím, že to K-centrum je, tak nebudeš věřit, kolika lidem to K-centrum zachránilo život. Už jenom tím, že je“.

Mezi výpověďmi KP se vyskytla i myšlenka, zdali by po prvotních „šokových stavech“ nebylo s odstupem času zrušení KC pro KP přínosné. Především ve smyslu osamostatnění se, převzetí vlastní iniciativy: „jako a dost a něco s tím začít dělat i bez káčka“.

Výpadek HR služeb

Velký problém při představě zrušení KC spatřují KP ve výpadku služeb, jako jsou výměna IM a testování na infekční nemoci. Popisují zkušenosti se sháněním čistého IM v lékárnách. Negativně hodnotí jak dostupnost lékáren, kde je IM k dispozici (pouze lékárny v Kauflandu), tak přístup personálu lékáren i finanční zátěž. KP uvádějí, že pracovníci KC dávají do lékáren balíčky s čistým IM, ale v lékárnách jim je nechtějí vydávat. Zánikem KC by teoreticky mohla vzniknout i situace, kdy by KP ztratili možnost použít IM odevzdávat a následně by jej vyhazovali ihned po aplikaci. Mohlo by tedy dojít k tomu, že by se použité stříkačky povalovaly venku a ohrožovaly by veřejnost. Problémem by byla rovněž špatná dostupnost testování na infekční nemoci.

„...že si tam člověk mohl udělat ty testy na tu žloutenku a tak a myslím si, že bych se doma sám od sebe nedokopal jít do nemocnice a nechat si udělat testy, jestli ji mám. Přece jenom ty lidi na tom káčku měli takovej přátelskej přístup než někde v nemocnici“.

Zhoršení sociální situace

Možné zhoršení sociální situace v případě, že by KC přestala poskytovat služby, popisují KP v mnoha různých ohledech. Jednu z oblastí tvoří obavy, že by se neměli na koho obrátit, když si nevědí s něčím rady, chtějí se svěřit nebo si jen tak popovídat. Jejich rodinné či vztahové vazby jsou často narušené drogovým způsobem života, chybí v nich důvěra, chuť komunikovat atp. Další oblastí by byl výpadek hygienického servisu – sprcha, praní. KP by jej byli nuceni řešit buď praním a mytím se v řece, nebo na WC v obchodních domech, na úřadech, občas u známých, pokud nějaké mají. Znamenalo by to ale, že jejich hygiena by byla nedostatečná a ve zvýšené míře by jim hrozilo onemocnění různými chorobami. Nedostatečná hygiena by navýšila rovněž obavy z návštěvy lékařů nebo institucí.

„Nevím, co bych dělala, jako bych nevěděla, kam mám jít se umýt a tohle, protože nikoho nemám. Bylo by to pro mě docela dost špatný, kdyby se to káčko zrušilo, protože já vlastně nemám vůbec kam jít, prostě jenom sem. Neměla bych se kde mejt, kde si vyměnit, to praní a všechno prostě. Je to pro mě hodně důležitý, to káčko, jako fakt mi to docela dost pomohlo, když jsem sem přišla“.

4) SPOKOJENOST KLIENTŮ S KONTAKTNÍMI CENTRY

Kapitola se zaměřuje na spokojenost KP s KC. Níže popsané informace byly zjišťovány otázkou, co by KP změnili v KC, kdyby tu možnost měli.

Spokojenost bez výhrad

Mezi výroky KP se objevovala naprostá spokojenost, neměnili by nic. KP byli spokojeni s chodem kontaktních center tak, jak v současnosti fungují. Oceňují fungující a potřebná pravidla i poskytované služby. Vyzdvihují flexibilitu služby – když je vznesen oprávněný podnět či připomínka oprávněnou formou, tak je jim během krátké doby vyhověno (např. zavedení vydávání jednorázových holítek v rámci hygienického servisu). Pozitivně je vnímáno taktéž průběžné zjišťování spokojenosti KP se službou.

„Takže takhle to káčko je. Nevím jak to přesně říct, ale určitě je to plus, že jo, prostě nic negativního, spokojenost maximální“.

Délka pobytu v KC

Zatímco někteří KP jsou s nastavenými pravidly spokojeni, jiní k nim mají výhrady, a to zejména k délce pobytu v KC. Čas, který je vyhrazený pro KP v KC, se jim zdá být krátký, prodloužili by ho. Jako důvod uvádějí, že během stanovaného času nestihnou vše, co na KC potřebují. Většinou se jedná o sprchování, praní, sněžení polévky, využití PC. V rozhovorech se objevovaly návrhy na prodloužení doby na dvě až tři hodiny, zvláště v zimních měsících, nebo na přizpůsobení délky pobytu aktuální situaci KP a naplněnosti kapacity KC.

„Možná dobu. Já vím, že každé je individuální, ale třeba tady můžeš být jenom dvě hodiny, pak je to v háji“.

Služby

Bez výhrad zůstala nabídka poskytovaných služeb v KC. Předmětem možných změn však byla forma jejich poskytování. KP by uvítali delší dobu na použití sprchy a také možnost vyprat si prádlo a osprchovat se mimo provoz kontaktní místnosti. KP ve vztahu k možnosti vyprat si a vysprchovat se mimo tuto dobu nebyli dostatečně informovaní. Hodně v pravidlech vztahujících se k těmto službám tápali, měli určité informace od jiných klientů o tom, že to možná jde. Když se informovali u pracovníků, tak nedostali jasnou odpověď, pak už se na to dále neptali. Uvítali by tedy i jasně nastavené podmínky poskytování služeb.

„Já jsem to třeba nezažil, ale slyšel jsem, že je třeba na káčkách možnost, když někdo potřebuje mimo kontakt se třeba vysprchovat nebo vyprat, tak to je možné. Někdo říká, že jo, někdo, že ne. Mělo by to být jasnější, nejsem si jistý, úplně hodně se kolem toho mlží, jakože řeknou: «no asi by to šlo», ale má to být řečeno jasným způsobem“.

Pracovníci

Pracovníci KC byli KP v jejich výpovědích zmiňováni ve vysoké míře. Byli pozitivně vnímáni, pro některé KP jsou pracovníci stěžejním bodem nejenom v KC, ale i v jejich životě. KP mívají některé „své“ pracovníky, k nimž mají větší důvěru, což je pro ně velmi významné, mohu se tak svěřit i s problémy, které se ostatním zdráhají sdělit. Negativním jevem, se kterým se KP hůře vyrovnávají, je pak časté obměňování pracovníků. Velká fluktuace pracovníků vede podle KP např. k laxnějšímu přístupu při řešení porušování pravidel v KC. Předmětem možné změny by tedy bylo i důkladné dohlížení nad dodržováním pravidel pracovníky v KC.

„No a co mě vlastně taky vadí, je to, že se tady klienti často rozčilují, chovají se prostě neslušně někteří, že i neslušně mluví a že i za takovou neslušnou mluvu bych dal nějaký napomenutí. Myslím si, že ty káčka slouží jako určitá přechodová stanice mezi světem venku a vlastně tou společností a že by ty pravidla teda měly být přísnější hlavně v tom chování těch lidí, protože lidi co sem chodí, jsou často sprostý, začnou sprostě nadávat a to mě prostě hodně mrzí“.

KP oceňovali více pracovníků přítomných v KC a možnost se tak věnovat více klientům najednou, dále pak pozitivně hodnotili vzdělávání pracovníků.

ZÁVĚR

Z výsledků výzkumu bylo zjištěno, že kontaktní centra hrají velmi významnou a nezastupitelnou roli v životě uživatelů drog. Pro KP jsou kontaktní centra místem, sloužícím k uspokojení širokého spektra jejich potřeb.

Základním obrazem kontaktních center zůstává prostor pro drogově závislé se specifickými Harm Reduction službami, dále pak službami v podobě hygienického a potravinového servisu. Tyto služby jsou pro KP v jejich okolí jedinečné, stejně jako možnost je využívat pod vlivem návykových látek, pokud se jedná o rozumnou míru užití.

Jeden z negativních pohledů veřejnosti na kontaktní centra je spojen s představou místa, kde si lze opatřit, či se aplikují drogy. Diskutabilním zjištěním byly případy, které potvrdily, že k distribuci drog i přes pozornost pracovníků v kontaktních centrech opravdu došlo. Mohlo by se tedy zdát, že realita částečně odpovídá této negativní představě veřejnosti. Nutno však podotknout, že zmiňované situace, při nichž k obchodování s drogami došlo, se odehrály ve vzdálenější minulosti a byly ojedinělé. Kontaktní centra procházejí vývojem, během kterého se zdokonalují, posilují svá slabá místa a dále se rozvíjejí. I přesto, že v současnosti již k takovým případům nedochází, je na místě důsledně monitorovat pobyt klientů v KC, zaměřit se na jejich shlukování v odlehlých částech KC a obsahy rozhovorů s drogovou tematikou. Opakovaně prezentovat pravidla pobytu v KC ať už slovní, psanou, či obrazovou formou.

Během výzkumu bylo také zjištěno, že KP nemají jasno v okolnostech, za jakých se poskytují dané služby. Bylo by tedy žádoucí klienty více informovat o tom, jaké služby a za jakých podmínek mohou využívat, a to jak ústní, tak písemnou, pro klienty srozumitelnou formou. Maximální doba pobytu v KC byla také diskutovanou oblastí rozhovorů s KP. Uvítali by její prodloužení (zejména v zimním období) a také individuálnější přístup, kterým rozuměli prodloužení této doby v odůvodněných případech. Je tedy k uvážení, zda jsou KC schopná reagovat na požadavky KP.

Další podobou je pak kontaktní centrum jako místo přijetí, porozumění, zdroj podpory, motivace, přátelské atmosféry a odpočinku. To znamená, že velkou roli v kontaktních centrech hrají pracovníci, kteří přívětivé a otevřené prostředí vytvářejí. KP oceňují jejich vzdělání, zkušenosti, profesionální přístup a především vztah založený na důvěře. KP vnímají velmi citlivě, když se pracovníci v KC často střídají, nemají tedy prostor pro vytvoření bezpečného vztahu. Fluktuace se rovněž negativně odráží v ostatních oblastech, jakou je např. zajištění bezproblémového chodu KC. Přínosem by tedy bylo zajistit stabilnější profesionální pracovní týmy v KC. Toto doporučení je však závislé na zájmu lidí o práci s uživateli drog, hraje zde roli i náročnost tohoto povolání a mnohdy neodpovídající finanční ohodnocení.

Obecně lze říci, že důležitost kontaktních center se odvíjí od toho, v jaké fázi užívání drog se člověk nachází a jak se užívání drog promítlo na kvalitu jeho života. Pokud mají KP stabilní rodinné zázemí, zaměstnání a jsou schopní fungovat v běžném životě, využívají pouze základní služby, jako jsou výměna injekčních stříkaček nebo testování na infekční nemoci. V kontaktním centru se pak zdržují jen po nezbytně nutnou dobu postačující k vyřízení potřebného. Pokud ale KP v důsledku užívání drog již přišli o bydlení, práci, mají neuspokojivé rodinné vztahy, nacházejí v kontaktním centru ještě navíc útočiště, kde si mohou obstarat základní hygienu, načerpat síly a dostane se jim kontaktu s pracovníky, kteří jsou pro ně velmi významnou vztahovou složkou. V neposlední řadě jsou kontaktní centra vnímána jako místa, v nichž platí určitá pravidla, která jsou KP schopni respektovat a dodržovat, i když v běžném životě jim podřízení se normám často činí problém.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] GOSSOP, M., 2009. *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog: důkazy o účinnosti*. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 978-80-87041-81-9.
- [2] MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ P., KOLÁČKOVÁ, J., 2010. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-818-0.
- [3] MILLER, G. A., 2011. *Adiktologické poradenství*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-765-3.
- [4] MINAŘÍK, J., 2008. *Přehled psychotropních látek a jejich účinků*. In: KALINA, Kamil ed. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada. Psyché. ISBN 978-80-247-1411-0.
- [5] MINAŘÍK, J., ŘEHÁK, V., 2015. *Somatické komplikace a komorbidita*. In KALINA, Kamil ed. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada. Psyché. ISBN 978-80-247-4331-8.
- [6] PEŠKOVÁ, J. 2018. *Význam kontaktních center v životě jejich klientů – uživatelů nelegálních návykových látek*. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava. Vedoucí práce: doc. PhDr. David Urban, Ph.D.
- [7] PRESL, J., 1995. *Drogová závislost: může být ohroženo i vaše dítě?*. 2. vyd. Praha: Maxdorf Medica. ISBN 80-85800-25-X.
- [8] RADIMECKÝ, J., 2006. *Minimalizace rizik (harm reduction) v kontaktním centru*. In Adiktologie.cz [online]. Klinika adiktologie [cit. 14. 5. 2018]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/71/197/Minimalizace-rizik-harm-reduction-v-kontakt-nim-centru-pro-uzivatele-drog>
- [9] RICHTEROVÁ TĚMÍNOVÁ, M., 2008. *Systém péče a jeho složky*. In KALINA, Kamil ed. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada. Psyché. ISBN 978-80-247-1411-0.

THE IMPORTANCE OF CONTACT CENTERS IN THE LIFE OF ILLICIT DRUG ADDICTS



ABSTRACT

The drug career of each drug user is different in terms of length, variety and consequences. For those who find that drug life is no longer in the hands of the Czech Republic there is a varied network of treatment facilities. These are outpatient treatment, institutional treatment in the departments of psychiatric hospitals, therapeutic communities and aftercare (Matoušek, Kodymová and Kolářková, 2010). But there are also services available to drug users whose drug career is not yet over, are not currently motivated to abstinence. Such services are provided by contact centres. Harm Reduction approaches and Public Health are the basis for contact center work and are fully in line with our country's drug policy. Basic services provided to drug users include syringe replacement, infectious disease testing, counselling, hygiene and food service, and more. The role of contact centres in the drug service system is therefore clearly and indisputably (Radimecký 2006).

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Bc. Jana Pešková
Kontaktní a poradenské centrum
Spektrum
Žižkova 300/16
591 01 Žďár nad Sázavou
e-mail: jana.peskova@kolping.cz

doc. PhDr. David Urban, Ph.D.
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Katedra sociální práce
Tolstého 16
586 01 Jihlava
e-mail: David.urban@vspj.cz

This article looks at the contact centres from their clients, drug users. The aim of the research was to identify and describe the importance of the contact centre they are visiting for users of illicit addictive substances. In the article we first define basic terms related to the topic of the article. We highlight the issue of drug use, the impact of human use and the needs of drug addicts. We present an overview of services for people who are facing addictions. Consequently, we focus on presenting results based on our own research. The data is interpreted in five subchapters. Each of them is dedicated to one of the areas of the information. The article is the output of the bachelor thesis of VŠPJ student Jana Pešková.

KEYWORDS:

contact Centre, drug users, illegal
addictive substances

MYLNÉ PŘEDSTAVY ŽADATELŮ O PŘÍSPĚVEK NA PÉČI Z POHLEDU SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ ÚŘADU PRÁCE ČESKÉ REPUBLIKY

DAVID URBAN
PAVLÍNA PROCHÁZKOVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA



ABSTRAKT

V předloženém článku se autoři zaměřují na příspěvek na péči, především pak na mylné představy (mýty), se kterými se setkávají sociální pracovníci Úřadu práce České republiky ze strany žadatelů o příspěvek na péči, případně ze strany nejbližšího okruhu osob žadatele. V první části článku popisujeme základní informace, vztahující se k příspěvku na péči, tj. legislativní vymezení, administrace a vyřízení žádosti, rozhodovací kompetence a pravomoci jednotlivých zúčastněných stran. Následně jsou prezentovány výstupy z realizovaného výzkumného šetření, prováděného u vybraných sociálních pracovníků Úřadu práce České republiky, kdy cílem tohoto výzkumu bylo identifikovat a popsat mylné představy, se kterými se tyto pracovnice ze strany klientů setkávají. Článek tedy přináší přehled těchto nejčastějších mýtů a mylných představ. Tento článek vznikl jako výstup bakalářské práce Pavliny Procházkové, DiS. (název bakalářské práce: Mýty žadatelů o příspěvek na péči z pohledu sociálních pracovníků Úřadu práce České republiky).

KLÍČOVÁ SLOVA:

Úřad práce České republiky, příspěvek na péči, sociální systém

ÚVOD

Sociální systém v České republice poskytuje řadu sociálních dávek a jednou z nich je příspěvek na péči, dříve zvaný příspěvek na bezmocnost či nemohoucnost (Kaczor, 2015). Jedná se o pravidelnou sociální dávku, která se řadí mezi finanční příspěvky, které pobírá v současné době stále větší množství lidí.

Příspěvek na péči je určen fyzickým osobám starších jednoho roku, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebují pomoc jiné fyzické osoby při zvládnutí základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti. Touto dávkou umožňuje stát osobám, aby si podle vlastního uvážení zajistili potřebnou pomoc buď v rámci rodiny nebo prostřednictvím registrovaných poskytovatelů sociálních služeb formou poskytnutí některé ze sociálních služeb, popřípadě prostřednictvím jiné fyzické osoby nebo právnické osoby stanovené zákonem, anebo kombinací těchto forem, v dětském domově nebo ve speciálním lůžkovém zdravotnickém zařízení hospicového typu (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Nárok na příspěvek na péči vzniká dnem splnění zákonem stanovených podmínek a podáním žádosti na předepsaném tiskopise, včetně vyplněného tiskopisu Oznámení o poskytovateli pomoci, na kontaktním pracovišti příslušné krajské pobočky Úřadu práce České republiky, není-li řízení o jeho přiznání zahájeno z moci úřední. Příspěvek může být přiznán a vyplácen nejdříve od počátku kalendářního měsíce, a to v kalendářním měsíci, ve kterém bylo zahájeno řízení o přiznání příspěvku. Splňuje-li oprávněná osoba podmínky nároku jen po část kalendářního měsíce, příspěvek náleží ve výši, v jaké náleží za kalendářní měsíc. Výše příspěvku odpovídá přiznanému stupni závislosti a vyplácí se žadateli měsíčně prostřednictvím poštovní poukázky nebo převodem na bankovní účet u banky určené příjemcem příspěvku (Michalík, 2010).

Při posuzování stupně závislosti se podle § 9 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách hodnotí schopnost zvládat následující základní životní potřeby: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví (hodnotí se ve vztahu ke konkrétnímu zdravotnímu postižení a režimu stanovenému ošetřujícím lékařem), osobní aktivity a péče o domácnost (nehodnotí se u osob do 18 let věku) (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Podle § 8 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách jsou stanoveny čtyři stupně závislosti ve dvou skupinách, a to podle věku žadatele (pro osoby do 18 let a pak pro osoby starší 18 let). Výše příspěvku odpovídá přiznanému stupni závislosti a dávka se vyplácí v české měně měsíčně bez ohledu na příjem žadatele (Příručka pro osoby se zdravotním postižením v roce 2016, 2016).

Podání žádosti o přiznání příspěvku se zahajuje na základě písemné žádosti u správního orgánu, který je věcně a místně příslušný a podání je učiněno dnem doručení žádosti (zákon č. 500/2004 Sb., správní řád).

Sociální pracovníci krajské pobočky Úřadu práce České republiky pak pro účely rozhodování o příspěvku na péči provedou sociální šetření, při kterém zjišťují schopnost samostatného života osoby v jejím přirozeném prostředí (*Internetový portál MPSV, 2016*).

Po provedeném a písemně zpracovaném sociálním šetření krajská pobočka Úřadu práce České republiky zašle příslušné správě sociálního zabezpečení Žádost o posouzení stupně závislosti osoby. Při posuzování stupně závislosti osoby lékař lékařské posudkové služby správy sociálního zabezpečení vychází ze zdravotního stavu osoby doloženého nálezem vydaným poskytovatelem zdravotních služeb, dále z výsledku sociálního šetření a zjištění potřeb osoby, případně také z výsledků funkčních vyšetření a případně vlastního vyšetření posuzujícího lékaře. Nutná je v tomto řízení ale i spolupráce žadatele s ošetřujícím lékařem (je třeba mít úplnou a aktuální zdravotní dokumentaci). Výsledek posouzení stupně závislosti je následně podkladem pro rozhodnutí o tom, zda se příspěvek na péči přiznává či nikoliv. Proti tomuto rozhodnutí se lze odvolat, a to do 15 dnů ode dne převzetí rozhodnutí. Odvolání se podává prostřednictvím úřadu, který rozhodnutí vydal a rozhoduje o něm Ministerstvo práce a sociálních věcí (*Internetový portál MPSV, 2016*). V široké veřejnosti však přetrvává celá řada představ, názorů a očekávání, která často bývají značně vzdálena od legislativního rámce a vymezení nároku na tento příspěvek (zde vycházíme především z vlastní pracovní praxe). S ohledem na tuto zkušenost bychom rádi v rámci předloženého článku představili nejčastější mylné představy (v článku používáme termín „mýty“), které mají žadatelé a jejich nejbližší okolí o tomto příspěvku. Jak bude patrné z níže prezentovaných mýtů, celá řada mylných představ vychází nejčastěji z nedostatku informací, což by bylo jistě řešitelné vhodným způsobem informování dané cílové skupiny. Cílem článku je tedy identifikovat a popsat mýty žadatelů o příspěvek na péči z pohledu vybraných sociálních pracovníků Úřadu práce České republiky.

METODIKA VLASTNÍHO VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Cílový výzkumný soubor tvořilo osm sociálních pracovníků, které jsou zaměstnány ve služebním poměru na Úřadu práce České republiky, na oddělení příspěvku na péči. Výzkum byl realizován v průběhu října 2018 na třech vybraných kontaktních pracovištích.

Jednotlivé, níže prezentované mýty žadatelů o příspěvek na péči, byly identifikovány na základě kvalitativního výzkumu, za použití metody polostrukturovaného rozhovoru. Všechny respondentky byly osločovány cíleně na základě cílové skupiny, kdy základním kritériem byla jejich způsobilost k výkonu práce sociálního pracovníka podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a jejich zařazení na oddělení příspěvku na péči. K vedení rozhovorů bylo použito schéma otázek, které byly stejné u všech dotazovaných

sociálních pracovníků. V rámci výzkumu byl ze všech rozhovorů, s ústním souhlasem respondentek, pořízen zvukový záznam, který byl následně přepsán. K přehlednější orientaci v odpovědích sociálních pracovníků byla použita technika kódování dat a vzhledem k zachování anonymity bylo jednotlivým respondentkám, před zpracováním dat, přiřazeno kódové označení R1 až R8.

VÝSLEDKY

Dále jsou prezentovány mýty žadatelů o příspěvek na péči, se kterými se setkávají oslovené sociální pracovníce na Úřadu práce České republiky.

A) O PŘÍSPĚVEK NA PÉČI SI ŽÁDÁ OSOBA POSKYTUJÍCÍ POMOC

S tímto mýtem se respondentky setkávají velmi často, ať už při jednání s lidmi na přepážce úřadu práce či při výkonu sociálního šetření v přirozeném prostředí žadatele. Velmi často si osoby poskytující pomoc myslí, že oni jsou těmi, kdo si o příspěvek na péči žádá. R1: *„Často se mi stává, že na úřad práce přijde pečující osoba či někdo z blízkého okolí klienta a dožaduje se toho, že si chce požádat o příspěvek, jelikož se stará.“* S mylným tvrzením se setkává i R3, ke které přišla na úřad práce vnučka osoby závislé a sdělila jí *„... mám babičku, které je 90 let, je nemocná, hodně jí pomáhám a chtěla bych na ni brát příspěvek na péči.“*

B) PŘÍSPĚVEK NA PÉČI SE PŘIZNÁVÁ NA ZÁKLADĚ VĚKU ŽADATELE

Výše oslovené sociální pracovníce uvedly, že žadatelé o příspěvek na péči se domnívají, že se příspěvek na péči přiznává podle věku žadatele. Často si myslí, že starším občanům je příspěvek přiznáván automaticky, a to na základě vyššího dožitého věku klienta. Podmínkou k přiznání dávky ovšem není dožitý věk, ale zdravotní stav osob a soběstačnost s tím spojená. R8 mi z praxe odcitovala slova žadatelů: *„... je mi šedesát, sedmdesát, už bych něco měl brát, mám na to nárok, vzhledem k věku, není možné, abych nebral“* a dále respondentka R8 sdělila: *„... můžeme mít seniora klidně 90 let, který má lehčí zdravotní problémy a v domácnosti je z velké části soběstačný. Rodina mu pomáhá pouze s chodem domácnosti, s nákupy, praní prádla, s vařením... A v konečném důsledku pak nemá nárok na příspěvek na péči.“*

C) POKUD JSEM UZNÁN INVALIDNÍM, MÁM NÁROK NA PŘÍSPĚVEK NA PÉČI

Žadatelé o příspěvek na péči často přicházejí na úřad práce s tvrzením a přesvědčením, že mají nárok na příspěvek na péči. Uvádí, že jsou invalidní pro invaliditu prvního, druhého nebo třetího stupně a jsou nemocní, jinak by ani důchod nedostali a tak by měli mít i nárok na příspěvek na péči. Dotázané sociální pracovníce konstatovaly, že invalidita s příspěvkem na péči nemá vůbec žádnou souvislost, ale lidé si to bohužel spojují. Invalidní důchod se

posuzuje podle jiných kritérií než stupeň závislosti pro účely příspěvku na péči. Invalidní důchod se odvíjí od zachování míry schopnosti pracovat a schopnosti být výdělečně činný, kdežto příspěvek na péči se hodnotí podle počtu neovládaných oblastí. Oslovená respondentka k tomuto uvedla „ ... *invalidita automaticky neznamená mít nárok na jakékoliv dávky, příspěvek na péči nebo dávky pro zdravotně postižené občany. Invalidita znamená, že nejsem schopen určité práce, ale v žádném případě se to netýká těch dávek, které řeším já (příspěvek na péči, pozn. autorů).*“ Respondentka R1 shodně konstatovala, že se jedná skutečně o omyl a dodala, že: „ ... *obě dávky se posuzují podle odlišných nastavených pravidel, jenže žadatelé o příspěvek na péči našemu vysvětlení často nevěří, jelikož slova praktického lékaře mají větší váhu a úředník je pak v jejich očích jen někdo, kdo se to celé snaží popřít, ale tak to určitě není.*“

D) PŘÍSPĚVEK NA PÉČI SLOUŽÍ KE ZVÝŠENÍ PŘÍJMU DOMÁCNOSTI

Na tomto mýtu se shodly respondentky, které se setkávají s tím, že příspěvek na péči žadatelé využívají na úhrady, které nejsou spojené s poskytováním péče. Žadatelé si z příspěvku na péči platí často výdaje, které by měly být financovány z jiných zdrojů, například z důchodu, popřípadě z příjmů rodinných příslušníků, ale také z jiných sociálních dávek. Velmi často se sociální pracovníce při sociálním šetření v přirozeném prostředí žadatele o příspěvek na péči dozvídají, že se žadatelé o sebe zvládnou postarat sami a skoro žádnou pomoc nepotřebují, ale kdyby přeci jenom byla žádost o příspěvek vyřízena kladně, tak by chtěli „ ... *pouze přilepšit dětem.*“ Další respondentka dodala „ ... *při sociálních šetřeních často slýchávám, že si za příspěvek na péči lidé kupují místo služeb léky, jídlo a dokonce taky, že si dávky žadatelé, nebo jejich rodinní příslušníci, spoří.*“ Dále uvedla, že žadatelé, kterým zasílá Úřad práce České republiky příspěvek na účet, často říkají: „ ... že na ty koruny nesahají. Jsou na účtu, a kdyby bylo potřeba, tak se vyberou, oni se budou hodit, třeba je dcera použije na zaplacení pohřbu.“

E) O PŘÍZNÁNÍ PŘÍSPĚVKU NA PÉČI ROZHODUJE OŠETŘUJÍCÍ LÉKAŘ

Žadatelé o příspěvek na péči si dle zkušeností oslovených sociálních pracovníků myslí, že lékař specialista, nebo ošetřující lékař potvrzují, že žadatel splňuje kritéria pro přiznání dávky z důvodu nepříznivého zdravotního stavu. Ve věci příspěvku na péči ovšem rozhoduje posudkový lékař, a to převážně bez přítomnosti žadatele. Posudkový lékař hodnotí jeho objektivní zdravotní stav na základě lékařské dokumentace, kterou vypracovává jeho lékař, lékař praktický nebo ošetřující. Ten bývá totiž jedním ze zdrojů, od koho se o dávce lidé dozvídají, a proto si žadatelé o příspěvek na péči mylně myslí, že posudky píše on, že on o příspěvku na péči rozhoduje. Oslovená respondentka vyzdvihuje: „ ... *kompetentní je pouze lékař lékařské posudkové služby příslušné správy sociálního zabezpečení. Posudkový lékař vychází z výsledků vyšetření ošetřujícím lékařem, lékařem odborným a popřípadě z výsledku vlastního vyšetření...*“

F) PŘÍJEMCEM PŘÍSPĚVKU NA PÉČI JE OSOBA POSKYTUJÍCÍ POMOC

Sociální pracovníce se setkávají ze strany žadatelů o příspěvek na péči s dalším mýtem a tím je, že příjemcem příspěvku na péči je osoba poskytující pomoc. Dotazované respondentky sdělily, že se lidé domnívají, že příspěvek na péči patří pečující osobě, že bude vyplácen poštovní poukázkou, nebo na bankovní účet přímo jim. Často za sociálními pracovníci přicházejí lidé s prohlášením: „... já mám příspěvek na babičku a chtěli bychom posílat peníze ze složenky na účet, jde to změnit?“. Změna způsobu výplaty je samozřejmě možná, ale změnu musí provést žadatel, protože žadatel je příjemcem příspěvku na péči.

G) NEMOC ZNAMENÁ NÁROK NA PŘÍSPĚVEK NA PÉČI

Na výše uvedeném mýtu se shodly respondentky, které uvedly, že žadatelé o příspěvek na péči mají představu, že pokud nemoc zasáhne do jejich života, tak stát je povinen jim poskytnout finanční pomoc. Sociální pracovníce konstatovala: „Velká část rodičů v případě zjištění zdravotního omezení u jejich potomka přijde a žádá o přiznání příspěvku na péči. Mají tu představu, že pokud jejich dítě potřebuje zvýšenou péči, tak stát je povinen jim tyto náklady hradit. Jsou poté rozčarováni, pokud dojde k nepřiznání nároku na příspěvek. Namátkou mě napadá atopický ekzém, různé alergie, lupénka, celiakie, ADHD (porucha pozornosti s hyperaktivitou). Často přichází rodiče s tvrzením, že se dočetli na facebooku, že na dávku mají nárok. V diskuzích tam maminky píšou, že jejich dítě to má, tak oni by měli mít nárok také.“ Pokud je žadatelům příspěvek na péči přiznán, tak dojde k uspokojení jejich potřeb, ale pokud tomu tak není, žadatelé jsou zklamaní, ponížení a často ztrácí víru v nějakou jinou pomoc. Ale ne každá nemoc nebo postižení je tak závažné, aby došlo k přiznání příspěvku na péči. Oslovená sociální pracovníce citovala slova žadatelů: „...stát tu nemoc musí nějakým způsobem kompenzovat...“

H) JDU SI POŽÁDAT O PŘÍSPĚVEK NA BEZMOCNOST

Tři respondentky se shodly na tom, že toto pojmenování je mezi lidmi stále běžně používáno, přestože od ledna 2007 tomu již tak není. Zvýšení důchodu pro bezmocnost a také příspěvek při péči o blízkou a jinou osobu byl právě nahrazen příspěvkem na péči a na to si někteří lidé ještě nezvykli. Velmi často se sociální pracovníce také setkávají s tím, že žadatelé o příspěvek na péči si chodí podávat tiskopisy na obecní úřady s rozšířenou působností, na úřady, kde dávky byly vyřizovány a vypláceny. Ovšem agenda dávek pro osoby se zdravotním postižením byla od ledna 2012 převedena na úřady práce. Sociální pracovníce k tomuto uvedla: „Také často lidé přicházejí a ptají se po příspěvku na bezmocnost, což samozřejmě není správný, ani oficiální termín ...“.

I) PŘIZNÁNÍ PŘÍSPĚVKU NA PÉČI NÁLEŽÍ PODLE SOCIÁLNÍHO STATUSU

Žadatelé o příspěvek na péči se domnívají, že sociální postavení člověka ve společnosti je jedním z rozhodujících faktorů v řízení ve věci žádosti o příspěvek na péči. Respondentka R1 uvedla vyjádření žadatelů, kteří si chodí stěžovat na úřad práce v okamžiku, kdy jim příspěvek na péči nebyl přiznán a rozzlobeně říkají: „ ... *kdybych byl černej, tak by mi to dali...*“. Další respondentka dále uvedla tvrzení žadatele, kterému nebyl příspěvek na péči přiznán: „*Jo, kdybych měl jinou barvu pleti, tak to byste mi neposlala. Těm byste dala peníze hned. Oni na vás zařvou a je to.*“ Ono rozhořčení žadatelů o příspěvek na péči lze pochopit, protože každý nemocný člověk si už z titulu své úcty ke zdraví myslí a může se domnívat, že on má nejhorší zdravotní omezení a je na tom hůře než všichni ostatní. Je to subjektivní vidění každého žadatele o příspěvek na péči. Zdravotní stav je ale objektivně posuzován posudkovým lékařem okresní správy sociálního zabezpečení příslušné dle trvalého bydliště každého klienta. Nelze tak soudit, že posudkový lékař rozhoduje o dávkách na základě společenského statusu, ačkoliv si to spousta žadatelů o příspěvek na péči myslí.

J) STÁT MÁ POVINNOST SE POSTARAT

Žadatelé o příspěvek na péči jsou přesvědčeni, že stát má povinnost se o ně postarat. Velmi často se setkávají sociální pracovnice s následujícím tvrzením žadatelů: „ ... *celý život jsem pracoval, odváděl státu daně, tak teď chci zase něco já.*“ a také: „ ...*stát má povinnost se postarat o seniora, já to nebudu dělat zadarmo.*“ Respondentky uvedly, že žadatelé o příspěvek na péči jsou přesvědčeni, že stát má přímo povinnost jim příspěvek na péči přiznat a vyplácet, protože i oni řádně plnili povinnost vůči státu, když byli ekonomicky aktivní, to je že odváděli zákonné odvody ze svých výdělků (daně, zdravotní a sociální pojištění). Pokud jim je příspěvek na péči přiznán, tak dojde k uspokojení žadatelů, ale pokud tomu tak není, tak se žadatelé cítí být ukřivdění a nazlobení. Sociální pracovnice konstatovala: „*Vůbec pojem o nějaké rodinné sounáležitosti, minimální solidaritě v rámci rodiny, to se v dnešní době úplně zcela vytrácí. Ve chvíli, kdy řekne mladší maminka o svém dítěti, že se o své malé dítě nebude starat zadarmo, že stát jim tu nemoc musí nějakým způsobem kompenzovat, tak mě osobně běhá mráz po zádech. Ta solidarita, princip sociálního státu welfare state je natolik široký a rozšířený, že prostě pokrývá už téměř všechny oblasti, že ano, vzniká mýtus, že stát se o všechno stará a člověk sám o sebe a rodina, nejbližší, sousedé, komunita už se o sebe starat nemusí.*“

K) PŘIZNÁNÍ PŘÍSPĚVKU NA PÉČI ZÁLEŽÍ NA SOCIÁLNÍCH PRACOVNICÍCH

Žadatelé o příspěvek na péči se domnívají, že sociální pracovníci jsou jedni z osob, které ovlivňují přiznání příspěvku na péči. Myslí si, že by jim mohli v řízení žádosti o příspěvek na péči pomoci, a to převážně při psaní záznamu ze sociálního šetření, které provádí v přirozeném prostředí žadatelů. Sociální pracovnice uvedly, že v rámci sociálního šetření

neposuzují, zda žadatelé o příspěvek na péči základní životní potřeby zvládají či nezvládají. Ony pouze zjišťují a slovně popisují, jak žadatelé základní životní potřeby uspokojují. Popisují je tak, jak jej popisují žadatelé, ale je důležité podotknout, že během rozhovoru si sami všímají a popisují aktuální situaci, například co žadatelé při našich návštěvách říkali a jak se chovají, to znamená způsob komunikace, co viděli, co dělali, způsob jak se pohybovali po domácnosti. Je potřeba si uvědomit, že u některých popisovaných úkonů může nastat rozpor s tím, co vnímají sociální pracovníci, a co žadatelé, či jejich okolí. Respondentka R5 slýchává od žadatelů tyto věty: „... *když to dobře napíšete* (žadatelé tím myslí sociální šetření) *tak to přeci dobře dopadne, napište to tak, aby to dobře dopadlo, vy sama víte, co tam má být, případně tam i něco dopište. Táhle soused od vedle, příspěvek bere a ani ho nepotřebuje. Nemocnej není, normálně po vsi jezdí na kole a hole, ty nosí jen před vámi, jinak je nepotřebuje. Tak to mi potom neříkejte, že je nemocnej.*“

L) VYUŽÍVÁNÍ PŘÍSPĚVKU NA PÉČI SE NEKONTROLUJE

Dalším mýtem žadatelů o příspěvek na péči je, že využívání příspěvku na péči sociální pracovníci Úřadu práce České republiky nekontrolují. Oslovené respondentky sdělily, že žadatelé jsou často kontrolou využívání příspěvku na péči překvapeni a kontrola, která je neohlášená, by je nikdy nenapadla, i když se sami přiklání k názoru, že je někdy potřeba. Na kontroly do přirozeného prostředí jezdí sociální pracovnice bez předchozího ohlášení a po provedeném kontrolním šetření sepisují záznam o kontrole. Příjemci příspěvku na péči jim jsou povinni na vyžádání prokázat, že příspěvek využívají k zajištění pomoci. Využití příspěvku na péči osvědčí nebo ji doloží dokladem o vyplacení příspěvku fyzickým nebo právnickým osobám, které poskytují pomoc při zvládání základních životních potřeb, a to nejvýše jeden rok zpětně. Sociální pracovnice uvedla: „*Kontrola je prováděna v případě, že získáme nějaké anonymní sdělení od občana osobně, telefonicky, lékař zavolá, policie nám to sdělí...*“ a další respondentka také sdělila: „... *příjemce příspěvku na péči nám vytipuje vedoucí oddělení. A my, sociální pracovnice, oprávněné osoby následně neohlášeně navštívíme v jejich přirozeném prostředí.*“

M) K ROZHODNUTÍ O PŘÍSPĚVKU NA PÉČI SE NELZE ODVOLAT

Ve své každodenní praxi se sociální pracovnice setkává se žadateli o příspěvek na péči i v okamžiku, kdy nesouhlasí s vydaným rozhodnutím úřadu práce o příspěvku na péči. Někdy samotné rozhodnutí neodpovídá očekávání žadatele, ale jsou i případy, kdy není v korelaci se současným zdravotním stavem žadatele o příspěvek na péči. V takovém případě má možnost žadatel podat odvolání. O možnosti napadnout rozhodnutí je každá oprávněná osoba poučena, a to vždy v textu daného rozhodnutí, v části nazvané poučení. Zde jsou žadatelé seznámeni s tím, že lhůta k podání odvolání činí 15 dnů ode dne oznámení rozhodnutí a v rámci odvolacího řízení je odvolacím orgánem Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky. Odvolání žadatelé podávají na příslušnou krajskou pobočku Úřadu práce České republiky, která rozhodnutí vydala a ta jej postoupí na odvolací orgán.

SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

První popsany a respondentkami nejčastěji zmiňovaný mýtus „*O příspěvek na péči si žádá osoba poskytující pomoc*“ je mylná domněnka, protože žadatelem je vždy osoba závislá na pomoci jiné fyzické osoby.

Ani další nejčastější mýtus „*Příspěvek na péči slouží ke zvýšení příjmu domácnosti*“ není pravdivý. Smyslem příspěvku na péči není to, že se stane pevnou součástí rodinného rozpočtu. Jde přece o přesný opak. Příspěvek na péči má, podle Hrozenské, Dvořáčkové (2013), primárně sloužit lidem se zdravotním postižením k zaplacení péče, pomoci a podpory. Nutno dodat, že některým příjemcům příspěvku na péči je velice obtížné vysvětlit, že nejde o „peníze na přilepšenou“, ale o dávku skutečně účelově poskytovanou na nákup sociálních služeb.

Sociální pracovníce se setkávají i s mýtem „*Příspěvek na péči se přiznává na základě věku žadatele*“. Ani tento mýtus se nezakládá na pravdě už s odkazem na § 7 odst. 2 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, kde jsou popsány podmínky nároku. Nárok na příspěvek na péči má osoba starší jednoho roku a horní věková hranice stanovena není. Samotný nárok na příspěvek na péči s vyšším věkem dožití přímo nesouvisí.

„*Pokud jsem uznán invalidním, mám nárok na příspěvek na péči*“, to se domnívají žadatelé o příspěvek na péči, kteří jsou poživateli invalidního důchodu a jdou si podat žádost o příspěvek na péči na kontaktní pracoviště krajské pobočky Úřadu práce ČR. Kaczor (2015, s. 69) konstatuje, že invalidní důchod je dávka důchodového pojištění podmíněná dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem. Smyslem invalidního důchodu je především sociálně zabezpečit jedince, který nemůže vykonávat výdělečnou aktivitu, nebo je při jejím výkonu výrazně zdravotně omezen. O tuto dávku si žadatelé žádají na místně příslušném pracovišti České správy sociálního zabezpečení, tedy nejčastěji na Okresní správě sociálního zabezpečení příslušné podle místa trvalého bydliště oprávněné osoby. Vlastní rozhodování o přiznání invalidního důchodu potom přísluší České správě sociálního zabezpečení se sídlem v Praze (Kaczor, 2015). Příspěvek na péči je dávkou sociálního systému České republiky. Touto dávkou se stát podílí na zajištění sociálních služeb nebo jiných forem pomoci při zvládání základních životních potřeb osob a těmi jsou osoby závislé na pomoci jiné fyzické osoby. Míra závislosti je vymezena v § 8 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a to s ohledem na věk žadatele a na počet základních životních potřeb, které není schopen jedinec zcela zvládat bez pomoci jiné osoby (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Mnozí žadatelé o příspěvek na péči z pohledu sociálních pracovníků si myslí, že „*O přiznání příspěvku na péči rozhoduje ošetřující lékař*“, ale ani tento mýtus není pravdivý, neboť posouzení stupně závislosti zpracovává lékař lékařské posudkové služby správy sociálního zabezpečení. Lékař při posuzování stupně závislosti vychází ze zdravotního

stavu dotyčné osoby, doloženého zprávami ošetřujících lékařů, dále z výsledku sociálního šetření úřadu práce, popřípadě z výsledků dalších funkčních vyšetření nebo z výsledku vlastního vyšetření posuzujícího lékaře. (Internetový portál MPSV, 2016)

Matoušek a kol. (2007) ve své knize popisuje, že příspěvek na péči je dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách vyplácen osobě, která potřebuje od jiné osoby pomoc při zvládání běžných životních úkonů. Předchozí věta tedy vyvrací další mýtus žadatelů o příspěvek na péči *„Příjemce příspěvku na péči je osoba poskytující pomoc“*.

I mýty *„Nemoc znamená nárok na příspěvek na péči“*, *„Stát má povinnost se postarat“* a *„Přiznání příspěvku na péči náleží podle sociálního statusu“* samozřejmě neplatí. Nárok na příspěvek na péči vzniká dle § 7 odst. 2 zákona č. 108/2006, o sociálních službách osobě starší jednoho roku, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu (stav, který podle poznatků lékařské vědy má trvat déle než jeden rok a pokud ještě rok netrvá, lze předpokládat, že bude trvat) potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládání základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti podle § 9 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Na základě uvedeného vyplývá, že nemoc ani sociální status neznamenají automaticky přiznání příspěvku na péči.

Sociální pracovníce se při výkonu své činnosti často setkávají s větou *„Jdu si požádat o příspěvek na bezmocnost“*. Žadatelé příspěvkem na bezmocnost přejmenovávají takzvané navýšení důchodu pro bezmocnost (Kaczor, 2015). Kaczor (2015, s. 135) dále uvádí, že laická veřejnost má ale na mysli příspěvek na péči. Postupnými otázkami se společně se žadateli dostaneme k tomu, že myslí skutečně příspěvek na péči.

Dalším mýtem žadatelů o příspěvek je *„Využívání příspěvku na péči se nekontroluje“*, ale ani toto tvrzení není pravdivé, protože využívání příspěvku krajské pobočky Úřadu práce České republiky kontrolují, a to dle § 29 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Žadatelé o příspěvek na péči se domnívají, že *„Přiznání příspěvku na péči záleží na sociálních pracovnících“*. Myslí si, že právě sociální pracovníce jsou jedny z osob, které ovlivňují přiznání příspěvku, a to převážně při psaní záznamu ze sociálního šetření v přirozeném prostředí osoby, popřípadě v průběhu hospitalizace osoby ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče, a to za předpokladu, že je této osobě poskytována následná nebo dlouhodobá lůžková péče trvající déle než 60 dnů. Novosad (2009) konstatuje, že sociální šetření je zaměřeno na získání kompletního přehledu o potřebách žadatele a jeho sociální situaci, která vypovídá o dopadech zdravotního postižení do jeho celkového sociálního fungování. Musíme navíc z pozice sociálních pracovníků doplnit, že není možné získané informace jakkoliv zkreslovat či pozměňovat tak, jak nás někdy osoby žádají. Jedná se o přehledné a věrohodné zachycení životní situace žadatele o příspěvek na péči.

Ani mýtus „*K rozhodnutí o příspěvku na péči se nelze odvolat*“ se nezakládá na pravdě. Vyvrací ho informace, které konstatuje Internetový portál MPSV (2016), ale i samotné rozhodnutí, a to v obsahové části nazvané poučení o odvolání.

ZÁVĚR

Příspěvek na péči pomáhá lidem, kteří z důvodu vysokého věku, nemoci nebo vážného úrazu nejsou soběstační v rámci běžného denního fungování ve vybraných deseti oblastech.

V článku jsme se snažili poukázat na mýty žadatelů o příspěvek na péči, se kterými se setkávají sociální pracovníce Úřadu práce České republiky. Celá tato problematika je velmi zajímavá a ukazuje na to, že každá sociální pracovníce se setkala s různými mýty ze strany žadatelů o příspěvek na péči.

Domníváme se, že je zcela nezbytné informovat širokou veřejnost, aby mýty, které kolují o příspěvku na péči, byly v co největší možné míře vyvráceny a aby se lidem dostávaly do povědomí pravdivé informace o sociální dávce, protože tato problematika je a bude stále aktuální.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D. 2013. *Sociální péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013. 192 s. ISBN 978-80-247-4139-0.
- [2] Internetový portál MPSV: Příspěvek na péči [online]. 2016. [cit. 7. 8. 2018]. Dostupné z: <http://portal.mpsv.cz/soc/ssl/prispevek>
- [3] KACZOR, P. 2015. *Sociální politika a sociální systém ČR*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Oeconomica, 2015. 270 s. ISBN 978-80-245-2096-4.
- [4] MATOUŠEK, O. a kol. 2007. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
- [5] MICHALÍK, J. 2010. *Malý právní průvodce pečujícími*. 1. vyd. Brno: Moravskoslezský kruh, 2010. 128 s. ISBN 978-80-254-7333-7.
- [6] MPSV.2016. *Příručka pro osoby se zdravotním postižením v roce 2016*. 1. vyd. Praha: MPSV, 2016. 32 s. ISBN 978-80-7421-132-4.
- [7] NOVOSAD, L. 2009. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 272 s. ISBN 978-80-7367-509-7.
- [8] Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů
- [9] Zákon č. 500/2004 Sb., správní řád

MYTHS OF APPLICANTS FOR CARE ALLOWANCE FROM THE POINT OF VIEW OF SOCIAL WORKERS AT CZECH LABOR OFFICES



ABSTRACT

In the present article, the authors focus on the care allowance, especially the misconceptions (myths) encountered by social workers of the Labor Office of the Czech Republic by applicants for care allowance, or from the nearest circle of applicants. In the first part of the article we describe the basic information related to the care allowance, ie the legislative definition, administration and processing of the application, the decision-making competence and the powers of the individual parties involved. Subsequently, the results of the research carried out at selected social workers of the Labor Office of the Czech Republic are presented, where the aim of this research was to identify and describe the misconceptions that these clients encounter. The article thus provides an overview of these most common myths and misconceptions. This article was created as an output of bachelor thesis by Pavlína Procházková, DiS. (title of thesis: Myths of Applicants for Care Allowance from the Point of View of Social Workers at Czech Labour Office)

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

doc. PhDr. David Urban, Ph.D.
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Katedra sociální práce
Tolstého 16
586 01 Jihlava
e-mail: David.urban@vspj.cz

Bc. Pavlína Procházková, DiS.
Obora 448
582 82 Golčův Jeníkov
e-mail:
pavlina.prochazkova@seznam.cz

KEYWORDS:

Czech Labour Office, care allowance,
social system

DETSKÝ AUTIZMUS A ŠPECIFICKÉ INTERVENCIE SESTRY POČAS HOSPITALIZÁCIE DIEŤAŤA S AUTIZMOM



ABSTRAKT

Predložený príspevok sa zameriava na problematiku detského autizmu, ktoré je celoživotným ochorením ovplyvňujúcim celú osobnosť postihnutého jedinca i jeho okolie. K zvládnutiu diskomfortu spojeného s autizmom musia byť pre človeka s týmto ochorením vytvorené špecifické podmienky s individuálnym prístupom, ktoré zodpovedajú jeho chápaniu a jeho potrebám, zvlášť ak hovoríme o detskom pacientovi. Sestra v interakcii s dieťaťom postihnutým autizmom realizuje v priebehu hospitalizácie celý rad ošetrovateľských intervencií, ktoré nie je možné zabezpečovať bez kooperácie v multidisciplinárnom tíme. Nevyhnutná je aj spolupráca s rodičmi, či sprevádzajúcou osobou dieťaťa, aby jeho adaptácia na nové prostredie bola čo najúčinnejšia. Vysoko prínosné z hľadiska spolupráce zdravotníckeho personálu a dieťaťa s autizmom je to, aby sme ho správne motivovali a tiež aby sme volili adekvátne komunikačné stratégie.

JANA RAKOVÁ
LUCIA DIMUNOVÁ
UNIVERZITA PAVLA JOZEFA
ŠAFÁRIKA V KOŠICIACH

TIMEA KOSTSÁNSZKA
DETSKÁ FAKULTNÁ NEMOCNICA
KOŠICE

MÁRIA NÁBOŽNÁ
AMBULANCIA VŠEOBECNÉHO
LEKÁRA PRE DOSPELÝCH,
STROPKOV

KLÍČOVÁ SLOVA:

detský autizmus, dieťa s autizmom,
špecifické intervencie sestry

ÚVOD

Detský autizmus ešte stále vyvoláva u časti populácie mylné predstavy o tom, aké prejavy by v súvislosti s touto diagnózou mali očakávať. Detský autizmus predstavuje závažnú pervazívnu vývinovú poruchu, ktorá ovplyvňuje všetky zložky osobnosti a sprevádza jedincov počas celého života. Kováčiková, Balážová (2016) uvádzajú, že pojem autizmus prvýkrát použil Eugen Bleuler v roku 1911 na charakterizovanie stavu uťahovania sa do seba a tendencie k sociálnej izolácii. Špecifickú poruchu detský autizmus popísal americký psychiater Leo Kanner v roku 1943 na základe sledovania vzorky závažne postihnutých a sociálne nápadných detí. Táto špecifická porucha patrí do diagnostického súboru, ktorý nazývame poruchy autistického spektra (skr. PAS).

Cieľom predloženého príspevku je priblížiť problematiku detského autizmu v kontexte charakteristiky ochorenia, klasifikácie, príčin, prejavov, skríningu, diagnostiky a liečby. Sekundárnym zámerom je poukázať na potrebu multidisciplinárnej spolupráce, komunikačných stratégií a motivácie dieťaťa s autizmom, ktoré sú dôležitou súčasťou špecifického prístupu sestry počas hospitalizácie detského pacienta s autizmom.

Pre PAS je charakteristická porušená verbálna a neverbálna komunikácia, psychopatológia v oblasti sociálnych vzťahov, ťažkosti so vzdávaním sa stereotypov a ďalšími príznakmi, ktoré ovplyvňujú život človeka s autizmom a aj jeho okolia. Jediniec s autizmom nemusí mať všetky znaky a symptómy autizmu. Aj keď sú symptómy detí s autizmom podobné, neexistujú dve deti s rovnakými prejavmi. Súčasťou charakteristiky autistických ťažkostí je poruchachápaniaokolitéhosveta.Dieťasautizmomstážkavyjadrujesvoje potrebya priania, nesúhlas prejavuje krikom, ktorý je často sprevádzaný hádzaním sa o zem (Kováčiková, Balážová, 2016; Üрге, 2016; Strunecká, 2016; Hrdlička, Komárek, 2014; Křištofová, Gajdošová, 2012). Nástup príznakov tejto diagnózy je typický pre obdobie pred dovŕšením tretieho roka života, ale problémy vznikajú oveľa skôr. Symptómy nastupujú postupne alebo nastane takzvaná autistická regresia (Strunecká, 2016; Hrdlička, Komárek, 2014; Vágnerová, 2008). „Autistickú regresiu môžeme definovať ako závažný vývinový obrat späť, kedy sa u dieťaťa čiastočne alebo úplne strácajú získané vývinové vedomosti, predovšetkým v oblasti reči, ale aj sociálneho správania, neverbálnej komunikácie, hry a niekedy a kognitívnych schopností“ (Hrdlička, Komárek, 2014, s. 36).

KLASIFIKÁCIA A PRÍČINY VZNIKU AUTIZMU

Autizmus je možné klasifikovať podľa medicínskeho, funkčného a sociálneho kritéria, tiež podľa adaptability a doby prvých prejavov. Medicínske kritériá medzinárodnej klasifikácie chorôb MKCH-10 zahŕňajú medzi pervazívne vývinové poruchy okrem detského autizmu aj ľahšiu formu nazývanú Aspergerov syndróm, atypický autizmus, Rettov syndróm, inú dezintegračnú poruchu v detstve, iné pervazívne vývinové poruchy, pervazívnu vývinovú poruchu nešpecifikovanú a hyperaktívnu poruchu združenú

s duševnou zaostalosťou a stereotypnými pohybmi. V roku 2013 Americká psychiatrická asociácia predstavila štatistický manuál DSM-5, podľa ktorého vznikla jediná kategória a to Porucha autistického spektra. DSM-5 priniesla zmenu rozdelenia diagnóz autizmu. Rettov syndróm bol oddelený od autizmu z dôvodu, že práve u tohto syndrómu je etiológia vzniku známa. Dôležitý je posun v prístupe k osobe, dôraz sa kladie na správnu identifikáciu všetkých potrieb osoby a vplyvu poruchy na jej každodenný život (Hnilicová, Ostatníková, 2018; Křížová, 2017; Kocourková a kol., 2016; Hosák, Hrdlička, Libiger, 2015). *Pre prax* je dôležité delenie autizmu na vysokofunkčný, stredne a nízko-funkčný. Vysokofunkčný autizmus označuje jedincovs tendenciou mať vyššie kognitívne schopnosti, so schopnosťou komunikovať bez prítomnosti duševnej zaostalosti, zatiaľ čo nízko-funkčný autizmus zahŕňa najviac duševne zaostalé osoby s nerozvinutou rečou, stereotypmi a poruchou nadviazať akýkoľvek kontakt (Bazalová, 2017; Hrabovecká, 2015; Hrdlička, Komárek, 2014). *Sociálne kritérium* triedi jedincov s autizmom na osamelých, pasívnych, aktívnych - zvláštnych, formálnych a zmiešaných - zvláštnych. Jedinci sú ďalej delení do dvoch skupín na extrémny a osamelý pól sociálneho správania. *Podľa adaptability* je autizmus delený na autizmus s vysokou, strednou a nízkou adaptabilitou. Na typ ranný, typ stagnujúci od určitého veku, regresívny a vysoko funkčný typ sú klasifikovaní autisti *podľa kritéria doby prvých prejavov* autizmu (Bazalová, 2017; Hrdlička, Komárek, 2014).

PRÍČINY VZNIKU AUTIZMU

Detský autizmus vzniká ako dôsledok organického poškodenia mozgu. Aj keď etiológia nie je jednoznačná, je dosť pravdepodobné, že sa na vzniku môže podieľať viacero faktorov a môže sa vytvoriť rôznymi spôsobmi. Početnosť jeho výskytu je v rôznych krajinách obdobná, čo znamená, že vznik autizmu nie je sociokultúrne podmienený.

SKRÍNING

Skríning PAS slúži na vyhľadávanie detí s vysokým rizikom PAS v populácii, ktorá je spovažovaná za zdravú popisujú Hnilicová, Ostatníková (2018). Autorky interpretujú, že týmto skríningom môže, ale aj nemusí byť vyslovené podozrenie na oneskorený alebo problémový vývin. V rámci špecializovaného skríningu je k dispozícii niekoľko metód. Prvou z nich je skríningová metóda M-CHAT R/F, ktorá bola validizovaná v rámci primárnej starostlivosti pre vekovú skupinu 16 - 30 mesiacov. Skríningový dotazník M-CHAT R™ je k dispozícii aj na webovej stránke Akademického centra pre výskum autizmu (skr. ACVM) so sídlom v Bratislave. Obsahuje spolu 20 otázok pre rodičov. Je bezplatný a ľahko prístupný on-line. Trvanie vyplnenia rodičom je 5 minút. V prípade pozitívneho skríningu na PAS metódou MCHAT je vhodné dieťa, čo najskôr odoslať na špecializované pracovisko, ktoré sa venuje diagnostike a diferenciálnej diagnostike PAS. Ďalším skríningovým nástrojom je dotazník sociálnej komunikácie (*Social Communication Questionnaire*, skr. SCQ).

Diagnostika je prvým krokom, rovnako dôležitým ako následné intervencie. Diagnostický proces u PAS je komplikovaný pre vysokú variabilitu prejavov a závislý na erudovanosti osoby, ktorá diagnostikuje ako aj skúsenostiach pracoviska, kde sa diagnostika vykonáva (Bazalová, 2017; Šuba, 2016). Za stanovenie diagnózy zodpovedá detský psychiater, ktorý spolupracuje na vyšetrení autistických pacientov s lekáskymi aj nelekárskymi pracovníkmi. Stanovenie diagnózy autizmu zahŕňa splnenie kritérií MKCH-10, dosiahnutie potrebného skóre v diagnostických nástrojoch a zároveň komplexné lekárske a laboratórne vyšetrenie na vylúčenie iných ochorení a porúch (Hrdlička, Komárek, 2014). Zásadou diagnostiky autizmu je komplexnosť a tímová spolupráca. Jedinec je skúmaný zo všetkých možných uhlov a informácie sú čerpané zo všetkých dostupných zdrojov. Diagnostika ďalej zahŕňa získavanie informácií o vývine dieťaťa od narodenia až po súčasnosť, poznávanie údajov o rodine, spoluprácu s rodičom, odborníkom na PAS, pediatrom, genetikom, odborníkom na metabolické a dedičné poruchy, neurológom, foniatrom, logopédom, psychiatrom, psychológom, špeciálnym pedagógom, sociálnym pracovníkom, s učiteľom a pod. (Bazalová, 2017). Rutinnou časťou vyšetrovacieho procesu pre stanovenie diagnózy je skupina štandardizovaných diagnostických nástrojov (Hrdlička, Komárek, 2014). Záleží len na odborníkovi a pracovisku, ktorý test z množstva dostupných použije. Používané sú tiež inteligenčné testy a testy špeciálnych schopností. Z medicínskych vyšetrení existujú napríklad magnetická rezonancia, genetické vyšetrenie, vyšetrenie dedičných a metabolických porúch (Bazalová, 2017).

Za štandard v súčasnej diagnostike PAS sú považované štandardizované testy - diagnostický rozhovor ADI-R a observačná metóda ADOS (Dudová, Hrdlička, 2013; Giarelli, Gardner, 2012).

ADI-R (*Autism Diagnostic Interview-Revised*) je metóda štruktúrovaného rozhovoru s rodičmi alebo opatrovateľmi dieťaťa. Použitie tejto metódy sa pripúšťa od 18 mesiacov mentálneho veku, ale dotazník je cielený na 4-5 ročné deti. Obsahuje 111 položiek, ktorých vyplnenie trvá približne 3 hodiny. V úvode sa dotazník zameriava na anamnézu a terajšie problémy. Ďalšie otázky sú venované rannému vývinu dieťaťa a vývinu reči, prvým prejavom poruchy, motorickému vývinu, návyku na toaletu, komunikácii a strate už predtým získaných komunikačných schopností. Pokračuje otázkami o sociálnom vývine a hre, záujmoch, správaní a špeciálnych schopnostiach dieťaťa. Pri vyhodnocovaní sa nestanovuje celkové skóre. Podľa algoritmu MKCH-10 sa používa iba 42 zo 111 položiek. Čiastkové skóre je vyhodnocované pre oblasti, ku ktorým patria sociálna interakcia, narušená komunikácia, opakujúce sa vzorce správania a abnormality spozorované pred 36 mesiacom veku dieťaťa.

ADOS (*Autism diagnostic Observation Schedule*) je komplexná observačná škála, pri ktorej examinátor pracuje s dieťaťom od mentálneho veku 15 mesiacov, bez prítomnosti rodiča. Škála je tvorená 4 modulmi rozdelenými na základe veku a rečových schopností

dieťaťa. Vyšetrenie trvá 30 - 60 minút. Výsledkom je čiastkové skóre v oblastiach narušenej komunikácie a narušenej sociálnej interakcie, ktorého súčet tvorí celkové skóre testu. Vhodné je, aby počas vyšetrenia s dieťaťom pracovali dvaja vycvičení examinátori. Jeden pracuje na úlohách s dieťaťom a druhý priebežne vyhodnocuje a zaznamenáva odpovede (Dudová, Hrdlička, 2013).

CARS (*Childhood Autism Rating Scale*) je skriningová metóda, ktorá pozostáva z 15 položiek. Každá položka je hodnotená od 1 do 4 podľa intenzity a frekvencie abnormálnych prejavov v danej oblasti. Škála poskytuje zhruba za hodinovú administráciu rozlíšenie PAS a orientačne určuje stupeň závažnosti poruchy. K hrubému skresleniu výsledkov môže dôjsť v dôsledku nedostatočnej skúsenosti posudzovateľa (Hrdlička, Komárek, 2014).

REDIAGNOSTIKA A DIFERENCIÁLNA DIAGNOSTIKA

Podľa Bazalovej (2017) je odporúčaná ďalšia priebežná diagnostika, pretože PAS sa môže časom meniť a definitívne stanovenie diagnózy trvá aj niekoľko rokov. Z počiatočnej diagnózy porušený vývin reči, mutizmus, sociálna deprivácia, sluchová vada, duševná zaostalosť alebo ADHD môže jedinec po rediagnostike ľahko skončiť s Aspergerovým syndrómom. Nutnosťou je odlíšiť ho od iných psychických porúch a schizofrénie. PAS sa často kombinuje s inými syndrómami alebo ďalšími poruchami, preto ďalej uvádzame 3 dôležité úlohy diferenciálnej diagnostiky:

- odlíšiť PAS od ostatných porúch,
- určiť presné diagnózy pridružených porúch,
- diferencovať jednotlivé poruchy autistického spektra medzi sebou.
- Diagnostika však v priebehu vývinu pokračuje, hodnotený je výkon dieťaťa v oblastiach školských vedomostí a oblastiach pracovného zaradenia. Nejde o stanovenie PAS, ale stanovenie možností pre spokojný život dieťaťa.

LIEČBA

Vzhľadom na neúplnú objasnenosť etiopatogenézy detského autizmu, nie je dostupná kauzálna terapia ani účinná prevencia vzniku ochorenia. Podľa medicíny založenej na dôkazoch, jedinou terapiou, ktorá je aktuálne k dispozícii, je **aplikovaná behaviorálna analýza** (skr. ABA) a kombinované metódy zahrňujúce ABA terapiu. Metóda ABA je schopná zlepšiť symptómy autizmu a výrazne zlepšiť kvalitu života detí s PAS. ABA je účinná v ovplyvnení problémového správania ako aj v nácviku chýbajúcich zručností a vedomostí. Podporné terapie ako logopedická intervencia, muzikoterapia sú doplnkové. Farmakoterapia sa využíva hlavne pri liečbe komorbidít (Hnilicová, Ostatníková, 2018).

V súčasnosti vo svete a aj na Slovensku prebieha hodnotenie úspešnosti tzv. GFCF diéty (*gluten free and casein free diet*) spojenej s vylúčením gluténu a kazeínu zo stravy a jej úspechy sa zdajú byť presvedčivé. Najväčšia informačná štúdia o spomínanej diéte *GFCFKids Diet Survey* sa snaží nájsť odpovede na otázky o tom, koľko percent pacientov na GFCF diéte sa zlepšilo, aké veľké zlepšenie sa dá očakávať a ako rýchlo toto zlepšenie nastane (Ürge, 2016).

ŠPECIFICKÉ INTERVENCIE SESTRY

Napriek širokému spektru problémov súvisiacich s autizmom, ktoré sprevádzajú takéto dieťa počas celého života, dieťa je tak ako zdravé deti vystavované iným zdravotným problémom, ktoré si môžu vyžadovať hospitalizáciu. Počas nej, môže zdravotnícky personál zvýšiť kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti a zjednodušiť náročnosť práce rozpoznávaním prejavov PAS, ovládaním základných alternatívnych komunikačných metód a prispôbením prostredia dieťaťa.

MULTIDISCIPLINÁRNA SPOLUPRÁCA

Starostlivosť o detského pacienta s PAS si vyžaduje **multidisciplinárny prístup**. Daná problematika je v súčasnosti z odborného pohľadu spracovávaná najmä z hľadiska špeciálnej pedagogiky, sociálnej práce a medicíny. Významné miesto v tejto oblasti má aj ošetrovateľstvo, ktorého podiel na starostlivosti o dieťa s autizmom je charakterizovaný prostredníctvom práce erudovaného zdravotníckeho personálu. **Sestra ako člen multidisciplinárneho tímu**, ktorý sa stará o dieťa s PAS, zohľadňuje biologické a psychosociálne osobitosti detského pacienta a je spojkou medzi zdravotnou a sociálnou starostlivosťou o dieťa s autizmom. Jej poslaním v spoločnosti je pomáhať pacientovi, jeho rodine a komunite s uspokojovaním aktuálnych potrieb a to v súlade s prostredím, v ktorom pacient žije. Zabezpečiť pacientovi maximálne telesné, psychické a sociálne možnosti. Dieťa s PAS by malo byť už od narodenia prostredím podporované, stimulované a hlavne neobmedzované.

Sestra v interakcii s dieťaťom s PAS:

- monitoruje zmeny zdravotného stavu dieťaťa,
- asistuje pri diagnostických, terapeutických postupoch,
- je v role edukátorky dieťaťa, rodiča alebo inej sprevádzajúcej osoby dieťaťa,
- zabezpečuje bezpečné a terapeutické prostredie s prihliadaním na špeciálne potreby dieťaťa.

Avšak osobnosť detského pacienta je tak individuálna, že neexistuje všeobecný návod na to, ako pristupovať k dieťaťu. Podstatné sú osobnostné predpoklady sestry medzi ktoré patria empatia, duševná stabilita, poznávacie schopnosti, osobný záujem o deti, láskavé a pokojné správanie, čo vyplýva z vyrovnanosti povahy sestry. Prístup sestry neovplyvňuje

len správanie dieťaťa, ale aj celkový postoj k lekárom a ostatným zdravotníckym pracovníkom (Petr a kol., 2014; Plevová, Slowik, 2010).

Práca sestry ďalej zahŕňa získavanie prehľadu o aktuálnom stave dieťaťa. V spolupráci s rodičmi spracováva charakteristiku detského pacienta s PAS. Získava informácie týkajúce sa sociálneho správania, komunikácie, mentálnych schopností a záujmov, pozornosti, vnímania, motorických schopností, sebaobsluhy, motivácie a emocionálnych reakcií. Pýta sa na reakcie dieťaťa v blízkosti cudzích dospelých a detí, či dieťa poslúchne pokyn a ako reaguje na prerušenie aktivity, prijímanie zmien a pod.. V oblasti komunikácie sa zameriava na verbálnu a neverbálnu zložku, porozumenie jednoduchých pokynov, potrebu vizualizácie pri komunikácii, používanie alternatívnej komunikácie, používanie vlastných slov alebo naučených fráz. Dôležité sú odpovede na otázky o neobľúbených činnostiach a činnostiach, ktoré dieťa robí rado vo voľnom čase, o znalosti farieb, písania, čítania a počítania. Celkové mentálne schopnosti však nemusia súhlasiť s fyzickým vekom dieťaťa. Dôležitými otázkami pri zbere údajov sa sústreďuje aj na poruchy aktivity, poruchy zmyslového vnímania, zvláštnosti pohybov, autoagresivitu a agresivitu voči okoliu, úroveň sebaobsluhy a zaužívané rituály. Cieľom charakteristiky pacienta s autizmom je výber vhodného prístupu k dieťaťu a spôsobu komunikácie s ním. Zápis jednotlivých bodov by mal byť stručný, v prípade potreby jednoducho použiteľný pre každého zdravotníckeho pracovníka pracujúceho s dieťaťom (Jurdíková, Briestenská, 2017).

U dieťaťa s PAS môže byť prítomný **problém s adaptáciou** na nové prostredie, čo je viditeľné na základe prejavov nevhodného správania. Príčinou môže byť fyzická bolesť/nepohodlie, psychická úzkosť v dôsledku strachu, paniky, reakcie na hluk, neznáme prostredie, neznámych ľudí, zmenu v rutinných aktivitách, nechápanie kontextu (toho, čo sa deje). Problémové správanie sa môže spájať s neschopnosťou vyjadrovať špecifické potreby prostredníctvom reči, posunkov a giest. Dieťa s PAS môže byť zmätené, keď sú na neho kladené nejaké požiadavky (napr. požiadavky spojené s vyšetreniami, výkonmi a procedúrami počas hospitalizácie) a to môže viesť k neprimeranému správaniu. Nevhodné správanie môže byť taktiež prejavom fyzickej alebo psychickej choroby, prípadne ako následok užívania liekov. Zo strany zdravotníckeho personálu a rodičov je nutné si uvedomiť, že toto správanie dieťaťa s PAS má svoju príčinu, ktorá nemusí byť jasná, ale existuje. **Proaktívne zvládanie** nevhodného správania by malo byť nasmerované na rozvoj dostatočných komunikačných schopností, dodržiavanie zásady nízkych nárokov (udržiavať požiadavky na optimálnej úrovni porozumenia slov alebo posunkov a prispôbiť ich reakciám osoby s autizmom), identifikácia zmien v prostredí (hluk, farba, teplota, ľudia...), ktoré by mohli byť dôvodom výskytu problémového správania a pri zavádzaní nevyhnutných zmien ich postupné krokovanie kvôli možnosti prispôbenia sa. Budovanie vzťahu s dieťaťom s PAS pre pocit bezpečia v prítomnosti niekoho iného je taktiež dôležitou stratégiou pre zmiernenie pravdepodobnosti výskytu nevhodného správania. Sestra nikdy nesmie reagovať na agresivitu agresivitou, pretože agresívne reakcie celkovú situáciu a možnú adaptáciu dieťaťa len zhoršia (Chraščová, 2016).

So zvyšujúcim sa počtom detí s autizmom súvisí aj nárast počtu detských pacientov hospitalizovaných v nemocnici. Zdravotnícky personál musí byť flexibilný a mal by adekvátne reagovať na problémy, ktoré sa pri styku s takýmito deťmi vyskytujú. Hospitalizácia so sebou prináša odborné vyšetrenia, oddelenie od blízkej osoby a hlavne poruchu pravidelnosti a prerušenia rituálov, čo vyvoláva náročnú situáciu sprevádzanú frustráciou alebo stresom z bolesti či neznámeho prostredia uvádza Chalupová (2017).

Počas hospitalizácie detského pacienta s autizmom sa sestra najviac zameriava na poruchy reči a verbálnej komunikácie, nepokoj, deficit sebestačnosti, negativizmus, sebadeštrukciu, heteroagresivitu a obmedzený sociálny kontakt (Petr a kol., 2014). Fakt, že klinický obraz detí s autizmom je variabilný, podporuje sestry k prísne individuálnemu prístupu a k prihliadaniu na aktuálny stav dieťaťa (Chalupová, 2017). Sestra je v priebehu hospitalizácie náhradou rodiča, ale aj kamarátkou na hranie. Je nutné, aby si sestra neustále osvojovala a zlepšovala komunikačné schopnosti počas starostlivosti o detského pacienta. Popri profesionálnom vystupovaní si výmena informácií medzi sestrou a dieťaťom vyžaduje nielen ľudskosť a schopnosť počúvať, ale hlavne trpezlivosť a úprimnosť (Jurdíková, Briestenská, 2017; Plevová, Slowik, 2010).

Autizmus je charakteristický triádou poškodenia, ktorá zahŕňa **poruchy v sociálnej interakcii, komunikácii a v záujmoch a aktivitách**. Práve v týchto uvedených oblastiach je dôležité posilniť komunikáciu a intervencie zo strany sestry v prvom rade s dieťaťom a aj s jeho rodičom. V oblasti *sociálnej interakcie* sa deficit sociálneho porozumenia prejavuje nezáujmom o kontakt, deti sa správajú akoby iní ľudia neexistovali, neberú ohľad na bežné pravidlá. Sociálna inteligencia detí s autizmom je výrazne nižšia ako sú ich rozumové schopnosti. Chýba im rozlišovanie medzi pozitívnymi a negatívnymi emóciami. Nerozlišujú rôzne sociálne situácie, nechápu, aké správanie je za daných okolností vhodné, chýba schopnosť učiť sa napodobňovaním (Kožuchová a kol., 2019; Vágnerová, 2008). V oblasti *verbálnej komunikácie* sa deti buď nenaučia hovoriť vôbec alebo je vývin reči oneskorený a neštandardný. Nachádzame deficit aj v porozumení hovorenej reči a chápaní signálov. U niektorých detí môže nastať tzv. autistická regresia, keď dochádza k strate osvojených schopností najmä v druhom roku života, v ďalšom období sa jazykové schopnosti môžu zlepšiť. Problémom je neschopnosť používať reč ku komunikácii, dieťa často opakuje, čo povedal druhý človek (echolálie) avšak bez porozumenia, používa stále rovnaké zvraty (verbálna stereotypia), ktoré niekde počulo, používa slovné novotvary (neologizmy). Pre dieťa s PAS verbálny prejav nemá primárnu komunikačnú funkciu. Deti reprodukovujú reč ako iné zvuky, ktoré počuli. Často hovoria o sebe v druhej alebo tretej osobe, nedodržiavajú správny slovosled, niektoré slová môžu chýbať. Nevedia využívať neverbálne prostriedky napr. očný kontakt, gestá a nereagujú na bežné sociálne signály napr. úsmevom, mimikou, očným kontaktom (Vágnerová, 2008). *Abnormality v záujmoch, hrách a konaní* sa prejavujú tak, že deti nediferencujú, jednáajú rovnako, či ide o ľudí alebo

neživé objekty. Ich hra má často charakter opakovanej manipulácie – často ich upútajú veci, ktoré sa stereotypne pohybujú. Hra nemá tvorivý charakter, nerozvíja sa symbolické myslenie, prítomná je porucha imaginácie. Stereotyp a opakovanie vyjadruje ich potrebu nemennosti a na akúkoľvek zmenu dieťa reaguje nespokojne až agresívne. U detí sa vyskytujú neúčelné pohybové stereotypy. Prítomná je zvýšená pohotovosť k agresívnemu správaniu a autoagresivita, ktorá poskytuje úľavu a uvoľnenie napätia. Správanie detí s PAS býva často nápadné, neprimerané a pre okolie nezrozumiteľné, často považované za prejav nevychovanosti. Správanie dieťaťa môže byť dôvodom prerušenia sociálnych kontaktov a izolácie rodiny (Kožuchová a kol., 2019).

Efektívnu komunikáciu sestry s dieťaťom a jeho rodičom zabezpečia vhodné komunikačné prostriedky. Od sestry je vyžadované dôsledné využívanie špecifických komunikačných praktík pri realizácii všetkých ošetrovateľských zásahov, pretože by interakcia a komunikácia medzi sestrou a pacientom zlyhávali. Pri ošetrovaní dieťaťa s autizmom, sestra prihliada aj na jeho duševnú zaostalosť. Dôležité je uvedomiť si, že takéto dieťa často využíva iba neverbálne prejavy (Jurdíková, Briestenská, 2017; Krištofová, Gajdošová, 2012). V prípade akejkoľvek snahy dieťaťa o komunikáciu, personál okamžite reaguje pozitívnym posilnením, čo môže byť pochvala, hračka alebo preferovaná činnosť. Typ komunikácie, ktorý dieťa pozná a využíva je vždy prispôsobený jeho individuálnym schopnostiam. Časť detí s PAS môže využívať znakovú reč, prípadne inštrumentálne gestá napr. poď, daj. K dorozumievaniu je využívaná aj vizualizácia ako augmentatívna metóda, pri ktorej dieťa používa fotografie alebo tvrdé kartičky zatavené do fólie (Hrdlička, Komárek, 2014; Říhová, 2010). Ide o PECS (*Picture Exchange Communication System*) výmenný komunikačný systém, ktorý deti rýchlo naučí komunikovať bez potreby vyvinutej reči, potreby imitácie a očného kontaktu (Majdáková, Slavkovská, 2016). Komunikovať možno aj prostredníctvom predmetov, ktoré dieťa zaujímajú. Predmet približený k ústam sestry nabáda dieťa k očnému kontaktu a zámernej pozornosti, ktorú možno formovať aj zrkadlením pohybov dieťaťa, pričom netreba zabúdať na vytváranie pokojného a príjemného prostredia bez prehnaných požiadaviek (Jurdíková, Briestenská, 2017; Inglese, 2009).

Veľmi dôležitú rolu pri hospitalizácii dieťaťa s autizmom zohrávajú rodičia. Rodič dieťaťa svojou prítomnosťou zaisťuje pocit bezpečia a mnohokrát pomôže pri výbere vhodného prístupu pri ošetrovaní dieťaťa, ako aj pri získavaní dôvery dieťaťa. Od rodiča je možné zistiť, akú techniku dorozumievania dieťa pozná a funkčne využíva a následne túto metodiku aplikovať v praxi. Prvoradé je vždy dieťa, ktoré musí byť stredobodom pozornosti. Vhodné je vyvarovať sa zložitým a dlhým vetám, zámenám a zrýchlenému tempu reči. Snažiť sa porozumieť neverbálnym prejavom a byť tolerantný k mimovoľným prejavom správania (Petr a kol., 2014; Čadilová, Žampachová, 2012).

Kľúčom ku komunikácii s pacientom s PAS môže byť aj desatoro komunikácie, ktoré je súčasťou doporučených postupov v prístupe pracovníkov v zdravotníctve k osobám s poruchami autistického spektra. V tomto dokumente sú opísané špecifiká, ktoré by

mali byť akceptované v zdravotníckej praxi a môžu uľahčiť neštandardné situácie ako je pre osobu s PAS aj návšteva zdravotníckeho zariadenia. Priblížime aspoň niektoré z nich. Tolerovať neštandardné správanie pacienta. Zdravotnícky personál by mal kooperovať s tlmočníkom, ktorý pacienta sprevádza (môže to byť aj rodič). Komunikovať s pacientom na základe jednoduchých informácií v krátkych vetách. Pri komunikácii brať do úvahy zvýšenú zmyslovú precitlivosť pacienta (zvuk, svetlo, pach, dotyk). Objednať pacienta na čas pri konkrétnom lekárskom vyšetrení. Tolerovať pacientov odmietavý prístup k lekárskeму vyšetreniu. Zvážiť, či sú všetky navrhované vyšetrenia nevyhnutné a dôkladne prehodnotiť nutnosť hospitalizácie dieťaťa (Věstník MZ ČR, 2016).

MOTIVÁCIA DIEŤAŤA S AUTIZMOM

Zásadou spolupráce dieťaťa so sestrou je motivácia. Vo viacerých prípadoch je z pohľadu dieťaťa motivácia jediným podnetom k splneniu požiadavky, ktorá bola na dieťa daná. Pre zvýšenie motivácie k spolupráci dieťaťa so sestrou je podstatné vytvoriť si s dieťaťom štruktúrovaný a prehľadný režim. Ako vizuálnu podporu využiť symboly (piktogramy) na označenie činností a priestorov, v ktorých sa dané dieťa bude pohybovať. Štruktúra tiež pomôže dieťaťu predvídať čo, kde a ako dlho bude trvať (Petr a kol., 2014). Čadilová, Žampachová (2008) opisujú, že zďaleka výhodnejšie je uplatňovať pozitívnu motiváciu (napr. „Keď urobíš, dostaneš“ alebo „Veľmi by mi pomohlo, keby si to pre mňa urobil“) pred negatívnou (napr. „Keď to neurobíš, nedostaneš...“ alebo „Keď mi nepomôžeš, neurobím ti...“). Motivácia môže predstavovať materiálnu, činnostnú alebo sociálnu odmenu. Najnižšou formou motivácie je odmena materiálna, ktorá predstavuje obľúbené jedlo, ale aj obľúbené predmety alebo hračky. Významnou súčasťou materiálnej motivácie je vizualizácia odmeny. Činnostná odmena ako hranie hier na tablete, pozeranie rozprávok alebo počúvanie hudby sú vyššou formou odmeny, zatiaľ čo k najvyššej forme priradujeme sociálnu odmenu. U niektorých detí možno motivačne využiť technický záujem o fungovanie zdravotníckych prístrojov napr. stúpanie číselnej hodnoty na monitore digitálneho tlakomera alebo röntgenový snímok ako výsledok röntgenového vyšetrenia. Sociálna odmena môže fungovať aj u inak postihnutých detí, avšak u detí s autizmom sociálna odmena funguje mnohokrát iba v kombinácii s nižšími formami motivácie (Petr a kol., 2014; Čadilová, Žampachová, 2008).

Pri ošetrovaní dieťaťa s PAS nie je naším cieľom **prispôbiť dieťa fyziológii, ale prispôbiť podmienky prostredia dieťaťu tak, aby bolo schopné zvládnuť jemu nepríjemnú situáciu.** Nerešpektovaním neprimeraného správania, mimovoľných pohybov a zlovykov dieťaťa môže dôjsť nielen k narušeniu dôvery dieťaťa, ale aj rodiča voči sestre. Nápomocné pri spolupráci dieťaťa so sestrou môžu byť procesuálne schémy. O vytvorenie schémy môžeme požiadať rodičov, prípadne špeciálnych pedagógov. Takáto schéma mnohokrát pomôže premôcť strach dieťaťa z vyšetrenia, ba aj pripraviť dieťa na akceptáciu ošetrovateľského výkonu. Pomocou predmetov, obrázkov, fotografií alebo kartičiek s nápismi možno rozčleniť konkrétnu činnosť na menšie a jednoduchšie časti v presnom časovom slede.

Pre dosiahnutie efektu schémy činnosti, je zo strany rodičov potrebné jednotlivé kroky s dieťaťom vopred prebrať a opakovane pripomínať, aby sa dieťa v stresovej situácii v schéme nestrácalo. Zo strany ošetrojúceho personálu je dôležité dodržiavať stanovený postup schémy, pričom neklásť na dieťa ďalšie požiadavky. Veľkú podporu predstavuje rodič, ktorý prejavy správania, rituály a zvyky svojho dieťaťa pozná a dokáže používať takú slovnú zásobu, ktorej dieťa rozumie. U detí s dobrými imitačnými schopnosťami k úspešnému priebehu prevedenia ošetrovateľských intervencií prispieva demonštrácia výkonu na inom pacientovi. Ďalším možným faktorom ovplyvňujúcim spoluprácu sestry a dieťaťa s PAS môžu byť zdanlivé maličkosti, ktoré človek vníma len ako samozrejmu časť života. Ak rodič na takéto detaily upozorní, je podstatné ich akceptovať pri každom kontakte s dieťaťom. K týmto stresujúcim faktorom patria často časti zdravotníckeho oblečenia, striedanie účesov, zapnuté svetlo v izbe počas dňa, chýbajúci gombík v rade, ale aj zvuky zdravotníckych prístrojov, zvonenie telefónu a iné (Čadilová, Žampachová, 2012; Inglese, 2009).

ZÁVER

Z celého tímu, ktorý sa o dieťa s autizmom počas hospitalizácie stará, je sestra tá, ktorá najčastejšie prichádza do kontaktu s pacientom. Dostatočné vedomosti zdravotníckeho personálu o pôvode, variabilite ochorenia, rôznych druhoch terapií, spôsoboch alternatívnej komunikácie a mnoho ďalších dôležitých informácií tak pozitívne ovplyvňujú nielen celkovú spoluprácu s dieťaťom, priebeh hospitalizácie, ale aj diagnostiku, intervencie a následnú integráciu týchto detí medzi zdravú populáciu.

Odlišnosť neznamená menejcennosť, ale výnimočnosť, preto tento fakt netreba ignorovať, ale poskytnúť deťom s PAS pomocnú ruku tak, aby nemali pocit, že sú v našom svete stratené.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] BAZALOVÁ, B. 2017. *Autizmus v edukační praxi*. Praha: Portál, 2017. 208 s. ISBN 978-80-262-1195-2.
- [2] ČADILOVÁ, V., ŽAMPACHOVÁ, Z. 2012. *Pacient s poruchou autistického spektra v ordinaci lékaře*. Praha: APLA Praha, 2012. 62 s. ISBN 978-80-87690-03-1.
- [3] ČADILOVÁ, V., ŽAMPACHOVÁ, Z. 2008. *Strukturované učení: vzdělávání dětí s autismem a jinými vývojovými poruchami*. Praha: Portál, 2008. 408 s. ISBN 978-80-7367-475-5.
- [4] DUDOVÁ, I., HRDLIČKA, M. 2013. Použití diagnostického interview ADI-R a observační metody ADOS v diagnostice autismu. *Československá psychologie* 2013; LVII. (5): 488-494.
- [5] GIARELLI, E., GARDNER, M. 2012. *Nursing of autism spectrum disorder: Evidence-based integrated care across the lifespan*. New York: Springer, 2012. 493 s. ISBN 978-0-8261-0848-7.
- [6] HNILICOVÁ, S., OSTATNÍKOVÁ, D. 2018. Poruchy autistického spektra – včasná diagnostika a skrining. *Pediatrica pre prax* [online]. 2018; 19(2): 52-56. [cit. 2019-02-02] Dostupné na internete: http://www.pediatricapreprax.sk/index.php?page=pdf_view&pdfid=9117&magazine_id=4.
- [7] HOSÁK, L., HRDLIČKA, M., LIBIGER, J. 2015. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, 2015. 647 s. ISBN 978-80-246-2998-8.
- [8] HRABOVECKÁ, M. 2017. Kvalita života rodičů dětí s autizmem. *E-psychologie Elektronický časopis ČMPS* [online]. 2015; 9(1): 16-28. [2017-12-02]. Dostupné na internete: <https://e-psycholog.eu/pdf/hrabovecka.pdf>.
- [9] HRDLIČKA, M., KOMÁREK, V. 2014. *Dětský autizmus: přehled současných poznatků*. 2. vyd. Praha: Portál, 2014. 212 s. ISBN 978-80-262-0686-6.
- [10] CHALUPOVÁ, V. 2017. Dětský pacient s dg. autismus - specifika zásahu v přednemocniční neodkladné péči. *Florence* [online]. 2017; XIII(7-8). [cit. 2017-07-10]. Dostupné na internete: <http://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2017/7/detsky-pacient-s-dg-autismus-specifika-zasahu-v-prednemocnicni-neodkla-dne-peci/>.
- [11] CHRAŠČOVÁ, H. 2016. Proaktívne zvládanie nevhodného správania. *The Rubikon Times* [online]. 2016; 2: 8-9. [cit. 2017-10-27]. Dostupné na internete: https://acrubikon.sk/wpcontent/uploads/2016/08/the_rubikon_times_2_2016.pdf.
- [12] INGLESE, M. 2009. Caring for Children With Autism Spectrum Disorder, Part II: Screening, Diagnosis, and Management. *J of Pediatric Nursing* [online]. 2009; 24(1): 49-59. [cit. 2017-10-27]. Dostupné na internete: [http://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963\(08\)00210-8/pdf](http://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963(08)00210-8/pdf).
- [13] JURDÍKOVÁ, L., BRIESTENSKÁ I. 2017. Osobitosti komunikácie počas ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta/klienta s autizmom. *Zdravotnícke listy* [online]. 2017; 5(3): 55-62. [cit. 2017-12-02]. Dostupné na internete: https://fz.tnuni.sk/uploads/media/Vol.5_No.3_Edicna_seria_OSETROVATELSTVO.pdf.

- [14] KOCOURKOVÁ, J. a kol. 2016. Souvisí poruchy příjmu potravy s poruchami autistického spektra? *Československá psychologie* 2016; LX(1): 88-93.
- [15] KOVÁČIKOVÁ, D., BALÁŽOVÁ, M. 2016. Aspergerov syndróm a jeho miesto medzi poruchami patriacimi do autistického spektra. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa* 2016; 50(2): 126-150.
- [16] KOŽUCHOVÁ, M. a kol. 2019. *Manažment domácej ošetrovateľskej starostlivosti 1*. Martin: Osveta, 2019. s. 269-280. ISBN 978-80-8063-468-1.
- [17] KRIŠTOFOVÁ, E., GAJDOŠOVÁ, B. 2012. Špecifiká starostlivosti o dieťa s autizmom. *Jihlavské zdravotnícké dny 2012*, Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, 2012. s. 434- 441. ISBN 978-80-87035-52-8.
- [18] KRÍŽOVÁ, I. 2017. Zlé dieťa. Diagnóza aspergerův syndrom? *Psychológia a patopsychológia dieťaťa* 2017; 51(1): 48-56.
- [19] MAJDÁKOVÁ, J., SLAVKOVSKÁ, M. 2016. Aplikovaná behaviorálna terapia detí s poruchami autistického spektra. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa* 2016; 50(2): 151-163.
- [20] PETR, T. a kol. 2014. *Ošetrovateľství v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing, 2014. 296 s. ISBN 978-80-247-4236-6.
- [21] PLEVOVÁ, I., SLOWIK, R. 2010. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada Publishing, 2010. 256 s. ISBN 078-80-247-7303-2.
- [22] ŘÍHOVÁ, A. 2010. Komunikace zdravotníků s klientem s poruchou autistického spektra. *Sestra* 2010; 20(6): 28-29.
- [23] STRUNECKÁ, A. 2016. *Přemůžeme autizmus?* 2. vyd. Petrovice: ALMI, 2016. 312 s. ISBN 978-80-8749-423-3.
- [24] ŠUBA, J. 2016. Autizmus a poruchy autistického spektra z pohľadu pedopsychiatrie. *Pediatrica pre prax* [online]. 2016; 17(4): 144-146. [cit. 2019-02-02]. Dostupné na internete: <http://www.solen.sk/pdf/d67b16272fc08372eaa81eca4ffe5098.pdf>.
- [25] ÜRGE, O. 2016. Autizmus u detí možnosti diagnostiky a liečby. *SYNLABIANER* [online]. 2016; XVII. (4): 7-9. [cit. 2017-12-2]. Dostupné na internete: <http://www.synlabianer.cz/clanky/autizmus-u-deti-moznosti-diagnostiky-a-liecby>.
- [26] VÁGNEROVÁ, M. 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008. 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4.
- [27] Věstník MZ ČR. 2016. Metodický pokyn. Doporučené postupy v přístupu pracovníků ve zdravotnictví k osobám s poruchami autistického spektra. [online]. 2016; částka 8: 9-12. [cit. 2019-06-06]. Dostupné na internete: <http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/komunikacni-soubor-pas1355737073.html>.

CHILDHOOD AUTISM AND SPECIFIC NURSE INTERVENTIONS DURING HOSPITALIZATION OF A CHILD WITH AUTISM



ABSTRACT

The presented article focuses on the issue of childhood autism, which is a lifelong disease affecting the whole personality of the affected individual and his surroundings. In order to cope with the discomfort associated with autism, specific conditions should be created for a person with this disease, with an individualized approach that corresponds to his/her understanding and needs, especially when we are talking about a child patient. A nurse interacting with a child affected by autism carries out a number of nursing interventions during hospitalization, which cannot be provided without cooperation in a multidisciplinary team. It is also necessary to cooperate with the parents or accompanying person of the child to make his adaptation to the new environment as effective as possible. Highly beneficial in terms of collaboration between healthcare professionals and a child with autism is that we motivate them properly and also choose appropriate communication strategies.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

PhDr. Jana Raková, PhD.
Univerzita Pavla Jozefa Šafárika
v Košiciach
Lekárska fakulta
Ústav ošetrovateľstva
Tr. SNP 1
040 01 Košice
e-mail: jana.rakova@upjs.sk

doc. PhDr. Lucia Dimunová, PhD.
Univerzita Pavla Jozefa Šafárika
v Košiciach
Lekárska fakulta
Ústav ošetrovateľstva
Tr. SNP 1
040 01 Košice
e-mail: lucia.dimunova@upjs.sk

Bc. Timea Kotszászka
DFN Košice, Klinika detí a dorastu
Tr. SNP 1
040 11 Košice
e-mail: ti.kej11@gmail.com

Maria Nábožná
Ambulancia všeobecného lekára pre
dospelých
091 01 Stropkov
e-mail: naboznam@gmail.com

KEYWORDS:

childhood autism, child with autism,
specific nurse interventions

HYGIENIC HAND DISINFECTION IN NURSING PRACTICE IN CONTEXT OF EVIDENCE BASED PRACTICE

MARTIN KRAUSE
JIHOČESKÁ UNIVERZITA
V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
TECHNICKÁ UNIVERZITA
V LIBERCI

FRANTIŠEK DOLÁK
JIHOČESKÁ UNIVERZITA
V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ABSTRACT

Prevention and control of healthcare associated infections is very important for nursing care today. For the transmission of healthcare associated infections, contaminated hands of healthcare workers, including nurses, represent a very risky area. World Health Organization, Centers for Disease Control and Prevention, European Center for Disease Prevention and Control and other national and international institutions emphasize compliance of standard precautions according to Evidence Based Practice. A very effective method of prevention of healthcare associated infections is an implementation of the hygienic hand disinfection. It is the most accessible, easiest and economically inexpensive approach. An important aspect for the hygienic hand disinfection is an observance of five basic indications, technique and education not only of nurses. The review article summarizes current recommendations in implementation of the hygienic hand disinfection in providing nursing care according to Evidence Based Practice. Relevant information has been obtained through a qualitative review

by review and synthesis method. The analysis is made from sources for the period 2015–2019. The acquired knowledges refers to important aspects of the hygienic hand disinfection.

KEYWORDS:

Evidence Based Practice, hygienic hand disinfection, healthcare associated infections, nursing, prevention

INTRODUCTION

Healthcare associated infections are actually defined as „*means diseases or pathologies related to the presence of an infectious agent or its products in association with exposure to healthcare facilities or healthcare procedures or treatments*“ (Council European Union, 2009, p. 151/3). Definition of healthcare associated infection in Czech Republic is also based on the document of The Council of the European Union and definition is given in law no. 267/2015. Healthcare associated infections according to the European Centre for Disease Prevention and Control occur in Europe at 4 131 000 patients every year and 37 000 patients die because of these infections (Unahalekhaka, 2016). According to the Organisation for Economic Co-operation and Development are these infections one of the most common adverse events and they are among the major complications associated with the provision of health services (Slawomirski et al., 2017). Prevention of these infections is very important in a nursing practice. The International Council of Nurses states that in hospitals with a corresponding number of nurses, the incidence of healthcare associated infections is up to 30 % less (ICN, 2017). Nurses have an important role in the prevention of infections and they should abide standard precautions (McClung et al., 2017). Standard precautions include the hygienic hand disinfection, decontamination of medical devices (cleaning, disinfection and sterilization), use of personal protective equipment, handling apparel, waste and so on. The most effective strategy for prevention of bacteria and other microorganisms' transmission is the hygienic hand disinfection (WHO, 2018).

MATERIAL AND METHODS

The aim of the review article is to create an overview of the current recommendations in implementation of the hygienic hand disinfection in a nursing practice. The article was created by review and synthesis method. Relevant information has been obtained through a qualitative review of the issue and has been found from relevant sources with using the Boolean operators in the 2015–2019 timeframe. Key words hygienic hand disinfection, healthcare associated infections, nursing and prevention were selected. Sources were searched from November 2018 to January 2019 using the databases ScienceDirect, PubMed, Scopus and from institutions dealing with the prevention of healthcare associated infections.

RESULTS AND DISCUSSION

Hygienic hand disinfection is a very effective precaution for transmission of healthcare associated infections (Giuffré, Kilpatrick, 2016). This also states Belela-Anacleto et al. (2019) and Öncü et al. (2018). Nurses and other healthcare workers have the greatest share in the spread of microorganisms. All the healthcare workers should be familiar with and follow the principles of the hygienic hand disinfection. Hygienic hand

disinfection should be performed in hospitals, patients' homes, mental health and care homes (RCN, 2017). Hygienic hand disinfection needs to be done for several reasons. In providing healthcare, the hands of healthcare workers can be colonized by a variety of microorganisms. For example by *Staphylococcus aureus*, gram-negative bacteria, viruses, fungi and others (WHO, 2018). Hygienic hand disinfection is the standard for a contact with patient. In the case of *Clostridium difficile*, the hygienic hand disinfection is ineffective and a hand washing must be performed (Kingston et al., 2018). In this case, it is recommended to use liquid soap and water (RCN, 2017). The hands of healthcare workers are very often contaminated by agents of healthcare associated infections and patients are often the source of pathogenic microorganisms. The microorganisms can also be found on objects, instruments, environmental surfaces or equipment. Contact with these objects and surfaces may contaminate hands. Next reason for the hygienic hand disinfection is a fact that microorganisms can survive on objects and surfaces for various times.

Hygienic hand disinfection should be carried out with an **alcohol disinfectant**. Disinfectant solution for the antimicrobial effect should contain 60–95% of alcohol (WHO, 2018). It is possible to use also alcohol hand gels for the hygienic hand disinfection (RCN, 2017). The alcohol disinfectant is effective for Gram-positive and Gram-negative bacteria, fungi, mycobacteria and viruses. In addition to the alcohol disinfectant, chlorhexidine, iodine and iodophor can also be used (Unahalekhaka, 2016). Personal hand rub dispensers should be available at the point of care. Hygienic hand disinfection should be done at the point of care (RCN, 2017). This is also stated in the guidelines for hand hygiene in Ireland (RCPI, 2015). According to the World Health Organization the hygienic hand disinfection should carry out in **five moments for hand hygiene** (WHO, 2018). This is also stated by Kingston et al. (2018). The first moment is before touching a patient (WHO, 2018). For example, a nurse must perform the hygienic hand disinfection before measuring blood pressure or heart rate (Salmon et al., 2015). Next moment is before clean or aseptic procedures. Next moment is after body fluid exposure or risk (WHO, 2018). For example blood, faeces, vomit, urine and so on. (RCN, 2017). The fourth moment is after touching a patient. The last moment is after touching patient surroundings (WHO, 2018). The Royal College of Nursing also states that disinfection should also be performed after the glove removal (RCN, 2017).

It is also necessary to follow the right **technique for the hygienic hand disinfection**. Handwashing should be performed if hands are visibly soiled. In other cases, hygienic hand disinfection should be performed according to the five moments for a hand hygiene. Sufficient volume of alcohol disinfection must be applied to provide adequate hand and wrist coverage. Alcohol disinfection must come into a contact with the wrist and all hand surfaces. Hands must be rubbed until the hands are completely dry. Time of hand rubbing should follow the manufacturer's instructions (RCPI, 2015). According to the World Health Organization a disinfectant should be rubbed for at least **20 seconds** to achieve an antimicrobial effect (Unahalekhaka, 2016). This is also stated by Royal College of Nursing

(RCN, 2017). It is also important to take care about the hand skin when performing the hygienic hand disinfection. It is recommended to use emollient hand cream. Donning gloves are not recommended while hands are wet and gloves should not be used too long. If healthcare workers have an allergy to disinfection, other alternative products should be used (RCPI, 2015).

OTHER ASPECTS OF THE HYGIENIC HAND DISINFECTION

Nail care is also an important aspect of the hygienic hand disinfection. Healthcare workers should keep their nails short and clean and should not wear the artificial nails or any nail extensions. They should not use nail polish. Also, they should not wear jewellery and watches. A proper dress code is important within the hygienic hand disinfection as well. Healthcare workers should wear short sleeves or roll up sleeves (RCN, 2017). Hygienic hand disinfection is influenced by several factors, including behavioral, professional roles, clinical environment, cultural factors and workload. To improve the hygienic hand disinfection, it is advisable to set a strategy to stimulate the change of behavior of the healthcare workers and use the **Save Lives: Clean Your Hands** project led by the World Health Organization. The main framework is hygienic hand disinfection monitoring, healthcare personnel training, system change, reminders in the workplace and improvement of the institutional patient safety climate (Belela-Anacleto et al., 2019). An important aspect for the quality hygienic hand disinfection is a continuous **education and training** of healthcare workers, including nurses, and students (Öncü et al. 2018). For example, the hygienic hand disinfection education and training of healthcare workers in Ireland should be realized at least every two years (RCPI, 2015). Hygienic hand disinfection can be checked, for example by UV light, which is used to visualize risk points (Öncü et al. 2018). In the education for prevention and control of healthcare associated infections and the hygienic hand disinfection, it is important to change pedagogical approaches and incorporate national and international evidence-based hand hygiene guidelines. The main area is also the compliance of five moments for hand hygiene by students and healthcare workers (Kingston et al., 2018). The studies show that nurses perform the hygienic hand disinfection more effectively than doctors (Kingston et al., 2018). It is also important to provide feedback in the education of healthcare workers and students. Feedback is important to focus on compliance of five moments for hand hygiene, hygienic hand disinfection procedure and so on. For example, electronic monitoring with a camera can be effective and used as an immediate feedback. It is advisable to disseminate messages in the workplace with using posters, graphics materials and others (WHO, 2018). Other methods, such as focus groups, reflective discussions, practical demonstrations, videos, e-learning modules or buddy systems, can also be used for an education (Unahalekhaka, 2016).

As a part of the hygienic hand disinfection compliance, **patients** must be actively involved to ensure their safety (Patel et al., 2017). The World Health Organization states that the education of a compliance to the hygienic hand disinfection may also be spread to family

members and visitors (WHO, 2018). Systematic review found that this approach has a positive effect on the hygienic hand disinfection (Davis et al., 2015).

CONCLUSION

In a providing of the nursing care, it is important to keep the hygienic hand disinfection according to the Evidence Based Practice. The hygienic hand disinfection should be performed at the point of care according to the five moments for hand hygiene specified by the World Health Organization. Alcohol disinfectant or other products containing another active ingredients should be used. Alcohol disinfectant should be rubbed into the dry hand skin for at least 20 seconds by keeping the exposure time of the disinfectant. It is important not to wear jewellery and watches on hands while providing nursing care. An important aspect of performing the hygienic hand disinfection is the education and training of healthcare workers, including students, with the provision of feedback. Patients should be actively involved in the prevention of a healthcare associated infections to increase their safety.

REFERENCES

- [1] BELELA-ANACLETO, A. et al., 2019. Hand Hygiene Compliance and Behavioural Determinants in a Paediatric Intensive Care Unit: An Observational Study. *Australian Critical Care*. 32(1), 21–27. ISSN 1036-7314.
- [2] COUNCIL EUROPEAN UNION, 2009. Council Recommendation on Patient Safety, Including the Prevention and Control of Healthcare Associated Infections, 2009. In: *Official Journal of the European Union*. Volume 52, s. C151/1-C 151/6. ISSN 1725-5163.
- [3] DAVIS, R. et al. 2015. Systematic Review of the Effectiveness of Strategies to Encourage Patients to Remind Healthcare Professionals About Their Hand Hygiene. *Journal of Hospital Infection*. 89(3), 141- 162. ISSN 0195-6701.
- [4] GIUFFRÉ, C., KILPATRICK, C., 2016. *Hand Hygiene* [online]. Portadown: International Federation of Infection Control [cit. 2019-01-24]. Dostupné z: http://theific.org/wp-content/uploads/2016/04/3-Epidemiology_2016.pdf
- [5] ICN, 2017. *Health is a Human Rightaccess, Investment and Economic Growth*. Geneva: ICN. ISBN 978-92-95099-48-7.
- [6] KINGSTON, L. et al., 2017. Attitudes and Practices of Irish Hospital-Based Physicians Towards Hand Hygiene and Hand Rubbing Using Alcohol-Based Hand Rub: a Comparison Between 2007 and 2015. *Journal of Hospital Infection*. 97(1), 17–25. ISSN 0195-6701.
- [7] Zákon č. 267/2015 Sb., kterým se mění zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony, 2015. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 108, s. 3260–3303. ISSN 1211-1244.
- [8] McCLUNG, L. et al., 2017. Health Care Worker Perspectives of their Motivation to Reduce Health Care–Associated Infections. *American Journal of Infection Control*. 45(10), 1064–1068. ISSN 0196-6553.
- [9] ÖNCÜ, E. et al., 2018. An Evaluation of the Effectiveness of Nursing Students' Hand Hygiene Compliance: A Cross-Sectional study. *Nurse Education Today*. 65(2018), 218–224. ISSN 0260-6917.
- [10] PATEL, P. et al., 2017. Patient Hand Colonization with MDROs Is Associated with Environmental Contamination in Post-acute Care. *Infection Control & Hospital Epidemiology*. 38(9), 1110–1113. ISSN 0899-823X.
- [11] RCN, 2017. *Essential Practice for Infection Prevention and Control: Guidance for nursing staff* [online]. London: Royal College of Nursing [cit. 2019-02-10]. Dostupné z: <https://www.rcn.org.uk/-/media/royal-college-of-nursing/documents/publications/2017/november/pub-005940.pdf>
- [12] RCPI, 2015. *Guidelines for Hand Hygiene in Irish Healthcare Settings*. Dublin: Royal College of Physicians of Ireland. ISBN 978-1-906218-97-3.

- [13] SALMON, S. et al., 2015. The My Five Moments for Hand Hygiene Concept for the Overcrowded Setting in Resource-Limited Healthcare Systems. *Journal of Hospital Infection*. 91(2), 1–5. ISSN 0195-6701.
- [14] SLAWOMIRSKI, L., AURAAEN, A., KLAZINGA, N., 2017. *The Economics of Patient Safety: Strengthening a Value-Based Approach to Reducing Patient Harm at National Level* [online]. Paris: OECD [cit. 2019-02-02]. Dostupné z: <https://www.oecd.org/els/health-systems/The-economics-of-patient-safety-March-2017.pdf>
- [15] UNAHLEKHAKA, A., 2016. *Epidemiology of Healthcare - Associated Infections* [online]. Portadown: International Federation of Infection Control [cit. 2019-01-05]. Dostupné z: http://theific.org/wp-content/uploads/2016/04/3-Epidemiology_2016.pdf
- [16] WHO, 2018. *Prevention and Control of Healthcare–Associated Infections. Basic Recommendations*. Washington: Pan American Health Organization. ISBN 978-92-75-11954-9.

HYGIENICKÁ DEZINFEKCE RUKOU V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI V KONTEXTU PRAXE ZALOŽENÉ NA DŮKAZECH



ABSTRAKT

Prevence a kontrola infekcí spojených se zdravotní péčí je v dnešní době velmi důležitá pro bezpečně poskytovanou ošetrovatelskou péči. Pro přenos infekcí spojených se zdravotní péčí představují kontaminované ruce zdravotnických pracovníků, včetně všeobecných sester, velmi rizikovou oblast. World Health Organization, Centers for Disease Control and Prevention, European Centre for Disease Prevention and Control a další národní a mezinárodní instituce zdůrazňují dodržování standardních opatření založených na důkazech. Velmi efektivní metodou prevence infekcí spojených se zdravotní péčí je realizování hygienické dezinfekce rukou, která je nejdostupnější, nejjednodušší a ekonomicky nenáročná. Důležitým aspektem pro provedení hygienické dezinfekce rukou je dodržení pěti základních indikací, vlastní techniky a vzdělávání nejen všeobecných sester. Přehledový článek shrnuje aktuální doporučení v provádění hygieny rukou při poskytování ošetrovatelské péče dle Evidence Based Practice. Relevantní informace byly získány kvalitativním přehledem metodou

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Martin Krause, DiS.
Jihočeská univerzita v Českých
Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav ošetrovatelství a neodkladné
péče
J. Boreckého 1167/27
370 11 České Budějovice

Technická univerzita v Liberci
Fakulta zdravotnických studií
Studentská 2
461 17 Liberec
e-mail: martin.krause@tul.cz

Mgr. František Dolák, Ph.D.
Jihočeská univerzita v Českých
Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav ošetrovatelství a neodkladné
péče
J. Boreckého 1167/27
370 11 České Budějovice
e-mail: FDolak@zsf.jcu.cz

review a syntéza. Analýza byla provedena ze zdrojů za období 2015–2019. Získané poznatky poukazují na důležité aspekty provedení hygienické dezinfekce rukou.

KLÍČOVÁ SLOVA:

Evidence Based Practice, hygienická dezinfekce rukou, infekce spojené se zdravotní péčí, ošetrovatelství, prevence

KOMPARÁCIA VYUŽÍVANIA SKRÍNINGOVÝCH NÁSTROJOV PRE KOGNITÍVNE FUNKCIE V OŠETROVATEĽSKEJ PRAXI

MAREK RABINČÁK
VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNÍCTVA
A SOCIÁLNEJ PRÁCE SV. ALŽBETY,
BRATISLAVA

ĽUBOMÍRA TKÁČOVÁ
PREŠOVSKÁ UNIVERZITA
V PREŠOVE

ABSTRAKT

Cieľ: hlavným cieľom bolo zistiť používanie skrínigových nástrojov hodnotiacich kognitívne funkcie u hospitalizovaných pacientov v rámci ošetrovateľskej praxe.

Vzorka a nastavenie: výskumnú vzorku tvorilo 198 respondentov z rôznych zdravotníckych zariadení v pracovnej kategórii sestra, s rôznym stupňom vzdelania a rozdielnou dĺžkou odbornej praxe.

Štatistická analýza: na porovnanie skupín v nominálnych pre-menných bola použitá štatistická metóda chi-kvadrátovým testom nezávislosti kritérií.

Výsledky: až 53 % sestier z psychiatrických nemocníc nepoužíva žiadny skrínigový nástroj pre hodnotenie kognitívnych funkcií. Clock test najčastejšie využívajú sestry z psychiatrických oddelení. MOCA test používajú najčastejšie v psychiatrických liečebniach. Štatistickú súvislosť sme preukázali medzi psychiatrickými liečebňami a MOCA testom i MMSE škálou a psychiatrickými oddeleniami a Clock testom.

Záver: Najčastejšie používaným skrínigovým nástrojom v procese hodnotenia kognitívnych funkcií pacienta pre všetky skupiny respondentov v pracovnej kategórii sestra je MMSE.

KLÍČOVÁ SLOVA:

kognitívne poruchy, skrínig, ošetrovateľstvo, MMSE, MOCA, CDT

Hodnotenie duševného stavu posudzovacími stupnicami ešte dlho ostane dôležitým nástrojom pre sledovanie vývoja ochorenia a kvantifikáciu jeho závažnosti (Höschl et al., 2004). Na posúdenie problémov pacientov v oblasti psychických a fyzických problémov je množstvo posudzovacích škál a hodnotení. Všetky posudzovacie škály sú k dispozícii lekárom a sestram. Tento široký výber predstavuje neľahkú výzvu pre lekárov a sestry v rozhodovaní o tom, ktorá škála je najvhodnejšia pre dané konkrétne použitie (Martinková, 2014). Aj v ošetrovatelstve sa čoraz častejšie vyvíja, publikuje a používa množstvo rôznych meracích nástrojov na zber a objektivizovanie údajov. Meranie je systematický proces, ktorým kvantifikujeme vlastnosti jedinca, situácie a javu (Žiaková a kol., 2009). Starostlivosť o pacienta realizovaná metódou ošetrovateľského procesu si vyžaduje neustále posudzovanie a hodnotenie stavu pacienta sestrou. Významnou pomôckou v tejto starostlivosti môže byť aj používanie posudzovacích škál (Drobná, Pečeňák, 2008). Jednotlivé informácie o duševnom stave sa vo všeobecnosti získavajú z rozhovoru s pacientom (Janosikova, Daviesová, 1999), súčasťou posudzovania duševného stavu najmä u gerontopsychiatrického pacienta sestrou by malo byť aj monitorovanie a hodnotenie kognitívnych funkcií (Pokorná a kol., 2013). Kognitívne funkcie definujeme ako myšlienkové procesy umožňujúce spoznávanie, zapamätávanie, učenie sa a prispôsobovanie sa podmienkam prostredia. Zahŕňajú vnímanie, pamäť, koncentráciu, rýchlosť myslenia, porozumenie informáciám ale taktiež aj schopnosť riešiť problémy, plánovať a mať úsudok (Centrum memory, 2014). Zmeny kognitívnych funkcií sú vysoko individuálne a nesúvisia len s kalendárnym vekom. Prítomnosť týchto kognitívnych zmien významne determinujú dôležité oblasti života pacienta ako schopnosť sebaopatery, sebaobslužné činnosti, bežné denné aktivity vrátane príjmu potravy. Následne ovplyvňujú celkový stav a kvalitu života pacienta, profesionálov poskytujúcich odbornú starostlivosť ale aj opatrovateľov či laikov v blízkom okolí (Pokorná a kol., 2013). Skriningová klinická diagnostika kognitívnych porúch v praxi si vyžaduje využitie klinických metód ako je pozorovanie a rozhovor s pacientom a jeho blízkou osobou alebo opatrovateľom, rovnako ako zručnosť a znalosť aspoň základných skriningových metód, ktoré je možné na identifikáciu kognitívneho deficitu využiť (Nikolai, Štěpánková, Bezdíček, 2015). Za štandardne používané nástroje využiteľné sestrou sú považované **Mini-Mental State Examination (MMSE)** – krátka škála mentálneho stavu alebo takzvaný Folsteinov test, **Clock Test** - Test kreslených hodín (Tomagová, 2009) a **Montreal Cognitive Assessment** so skratkou **MOCA** (Pokorná a kol., 2013). V zahraničných literárnych zdrojoch nachádzame aj ďalšie hodnotiace a posudzovacie nástroje vhodné na hodnotenie kognitívnych funkcií v rámci ošetrovateľskej starostlivosti. Patria sem Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ), Mental status Examination (MSE), Mental Status Questionnaire (MSQ), Cognitive Capacity Screening Examination (CCSE), Brief Cognitive Rating Scale (BCRS), Global Deterioration Scale (GDS), Mini - cog (Tomagová, 2009) a Alzheimer's disease assessment scale – cognitive (ADAS – cog) (Klímová, Magurová a kol., 2013).

MINI-MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Tento nástroj je pri globálnom hodnotení a posúdení kognitívnych funkcií v klinickej ošetrovateľskej praxi jedným z najznámejších a najčastejšie používaných testov, ktorý je stručný a predsa spoľahlivý (Srinivasan, 2010). Môžeme ho charakterizovať ako doplnkovú metódu k hlavným spôsobom zberu údajov, ktorými sú rozhovor a pozorovanie (Klímová, Magurová a kol., 2013), môže sa použiť ako samostatný nástroj alebo v kombinácii s inými nástrojmi pre potreby komprehenzívneho posúdenia pacienta (Tomagová, Bôriková, 2007). Bolo vytvorených viacero modifikácií tohto nástroja, skrátené verzie alebo prispôsobené požiadavkám danej krajiny. Štandardizovaný test umožňuje v 30 položkách hodnotiť tieto funkcie: orientáciu, krátkodobú pamäť, výbavnosť, pozornosť, reč, praxiu, poznávacie funkcie, čítanie, písanie a počítanie. Jednotlivé položky môžeme hodnotiť jedným bodom a na splnenie zadaných úloh má pacient stanovený maximálny čas (Pokorná a kol., 2013). Celkové hodnotenie podľa dosiahnutého skóre je 30–27 bodov norma, 26–25 bodov hraničný nález, 24 – 18 bodov mierna demencia, 17–10 bodov stredne ťažká demencia, 10 a menej bodov ťažká demencia (Bôriková, Tomagová, Žiaková, 2014).

TEST KRESLENÝCH HODÍN / CLOCK TEST

Ide o zdanlivo jednoduchý test, ktorý dokáže globálne posúdiť kognitívne funkcie (pamäť, vizuálne - konštrukčné schopnosti, exekutívne funkcie – predstavivosť a prevedenie úlohy) a odhaľuje i ľahkú formu demencie. V tomto teste pacient má za úlohu nakresliť okrúhly ciferník hodín s číslami a hodinové ručičky umiestniť podľa pokynu vyšetrujúceho alebo dopĺňa ručičky a čísla do predkresleného kruhu. Časové trvanie testu je 5 minút (Pokorná a kol., 2013). Správnosť zakreslenia sa vyhodnocuje na základe súmernosti kruhu pokiaľ nie je predkreslený, umiestnenia číslic, dĺžky a polohy ručičiek (Dialog- und transferzentrum demenz, 2008). Je ľahko vykonateľný a vhodne dopĺňa MMSE. Má 86 % senzitivitu a 72 % špecificitu (Hanisková, 2006). Vyhodnotenie testu kresby hodín môžeme realizovať podľa Shulman, podľa Sunderlanda a podľa Hendriksena. Pôvodná Sunderlandová škála používa zadania s ručičkami na 3:00 a Shulmanova škála 1:45 hodín. Hendriksenova stupnica v zadaní času, ktorá má ručičky ukazovať bližšie nešpecifikuje (McDowell, 2006; Ressler, Resslerová, 2002). Korelácie medzi výsledkami testu kreslenia hodín a výsledkami iných skríningových nástrojov sú len mierne. Výsledky citlivosti a špecifickosti sa pohybujú od miernej až po úroveň porovnateľnú s inými skríningovými nástrojmi. Výsledok testu kreslenia hodín sa podobne ako iné testy javí ovplyvňovaný úrovňou vzdelania, aj keď rozsah sa zdá byť rôzny v závislosti od použitého bodovacieho systému (McDowell, 2006).

MONTREALSKÝ SKRÍNING KOGNITÍVNYCH FUNKCIÍ / MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)

Rýchly nástroj navrhnutý na zachytenie miernej kognitívnej poruchy. Tento test je zameraný na hodnotenie kognitívnych funkcií v nasledujúcich oblastiach ako pozornosť

a koncentrácia, exekutívne funkcie, jazyk, pamäť, vizuálno-konštrukčné schopnosti, koncepčné myslenie, počítanie a orientácia. Test je realizovaný prostredníctvom štandardizovaného formulára s 13 položkami, ktorými sú vyznačovanie cesty, kresba kocky a hodín, pomenovanie zvierat, pamäť, pozornosť (opakovanie číselného radu, opakovanie číselného radu odzadu), vigilancia, odčítavanie, opakovanie viet, verbálna fluencia, abstrakcia, oneskorené vybavovanie slov a nepovinná položka vybavovanie s pomocou. Ak má vyšetovaná osoba 12 a menej rokov vzdelania, k získanému bodovému skóre pripočítame jeden bod navyše (tak aby nepresiahol 30 bodov). Maximálne skóre, ktoré môže vyšetovaná osoba dosiahnuť je 30 bodov, pričom za normálny výkon sa považuje 26 a viac bodov (Nasreddine, 2003 - 2014). Z klinického hľadiska sa MOCA test javí použiteľnejší ako MMSE. Výhodou MOCA je zvýšenie senzitivity testu u pacientov s MCI bez výraznejšieho vplyvu na špecifickosť a zároveň stále relatívne krátka doba administrácie, ktorá je v klinickej praxi o niečo dlhšia než u MMSE, avšak nepresahuje 12 minút (Nikolai et al., 2013). Je uplatniteľný pri včasnej detekcii Alzheimerovej demencie a kognitívneho postihnutia u jedincov s Parkinsonovou chorobou (sekundárnou demenciou). Výhodou testu je, že hodnotí funkcie, ktoré nie sú dostupné v rámci MMSE. Z hľadiska komplexnosti je veľmi efektívny, pretože zahrňuje test kreslenia hodín (Pokorná a kol., 2013).

Cieľom výskumu bolo zistiť a komparovať využívanie skríningových hodnotiacich a posudzovacích nástrojov v ošetrovateľskej praxi so zameraním na kognitívne funkcie u pacientov hospitalizovaných v ústavnom zariadení pre liečbu duševných porúch.

METODIKA A CHARAKTER SÚBORU

Výskumná vzorka pozostávala zo 198 respondentov z rôznych zdravotníckych zariadení v pracovnej kategórii sestry, s rôznym stupňom vzdelania a dĺžkou odbornej praxe. Najčastejším dosiahnutým vzdelaním bolo vzdelanie vysokoškolské I. stupňa v počte 42,92 % sester. Aj napriek tomu, že sestry majú možnosť dosiahnuť univerzitné vzdelanie, druhou najpočetnejšou skupinou boli sestry so stredoškolským vzdelaním 36,86 %. Vysokoškolské vzdelanie II. stupňa malo 12,12 % sester a vyššie odborné vzdelanie 8,08 %. K vzdelávaniu sester patrí aj špecializačné štúdium. Sestry v našom súbore mali absolvovanú rôznu špecializáciu, avšak v minimálnom počte. Bez špecializácie bolo 63,13 % sester, v odbore ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii bolo 28,78 % sester. Tretiu skupinu tvorili sestry v počte 2,52 %, ktoré absolvovali špecializované vzdelanie v psychoterapii. Ďalšími špecializáciami boli manažment v ošetrovateľstve 1,51 %, ošetrovateľská starostlivosť v neurológii 1,01 %, ošetrovateľská starostlivosť v interných odboroch 1,01 %, gerontologické ošetrovateľstvo 1,01 % a urgentná starostlivosť i adiktológia 0,50 % sester. Priemerná dĺžka odbornej praxe respondentov – sester je 20,71 rokov. Prostredná hodnota nášho súboru, čiže medián, je 20 rokov. Modus (najčastejšie sa vyskytujúca hodnota v súbore) bol vypočítaním stanovený na 20 rokov. Pre výber výskumnej vzorky sme zvolili zámerný spôsob, inkluzívnym

kritériom výberu vzorky bola aktívna účasť na poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti duševne chorým, exkluzívnym kritériom boli sestry pracujúce na somatických oddeleniach a v ambulantnej psychiatrickej sfére. Metódou zberu informácií v predkladanej práci bol neštandardizovaný dotazník pozostávajúci z 26 položiek rozličného charakteru. Dotazník bol anonymný, jeho vyplnenie bolo podmienené dobrovoľnosťou sester. Úvod dotazníka obsahuje informačné údaje, oboznámenie respondentov s témou výskumu a pokyny k vyplneniu jednotlivých položiek. Na vymedzenie demografického profilu výskumnej vzorky slúžia kategorizačné položky, ktoré sú zamerané na dĺžku odbornej praxe, stupeň dosiahnutého vzdelania. Porovnanie viacerých skupín v nominálnych premenných (najmä v prípade, kde mohli označiť viac možností) bolo realizované chi-kvadrátovým testom nezávislosti kritérií. Ako hovorí už názov, nulová hypotéza v tomto teste predpokladá, že dve sledované kritériá – v tomto prípade príslušnosť ku skupine a odpovede na otázku – spolu vôbec nesúvisia.

VÝSLEDKY

Hypotéza 1

*H0 Posudzovanie kognitívnych funkcií pacienta prostredníctvom skriningových nástrojov **nesúvisí** so špecializáciou sester.*

*H1 Posudzovanie kognitívnych funkcií pacienta prostredníctvom skriningových nástrojov **súvisí** so špecializáciou sester.*

Tabuľka 1: Chi – kvadrát test hypotézy 1

Posudzovanie kognitívnych funkcií a špecializácia sester	MMSE	Clock test	MOCA
Chi-kvadrát	0,464	0,201	1,179
p-hodnota	0,496	0,654	0,278

Hypotézu sme testovali na hladine signifikantnosti 0,05. Tieto hodnoty môžeme vidieť v tabuľke 1. Nami vypočítané p-hodnoty pri každej položke poukazujú na to, že sa nepotvrdila štatistická súvislosť. Teda prijímame nulovú hypotézu a tvrdíme, že posudzovanie kognitívnych funkcií prostredníctvom skriningových nástrojov **nesúvisí** so špecializáciou sester.

Hypotéza 2

*H0 **Neexistuje** súvislosť medzi typom zariadenia a posudzovaním kognitívnych funkcií pacienta prostredníctvom skriningových nástrojov.*

*H1 **Existuje** súvislosť medzi typom zariadenia a posudzovaním kognitívnych funkcií pacienta prostredníctvom skriningových nástrojov.*

Tabuľka 2: Chi – kvadrát test hypotézy 2

Typ zariadenia a posudzovanie kognitívnych funkcií	MMSE	Clock test	MOCA
Chi-kvadrát	23,325	9,254	4,815
p-hodnota	0	0,01	0,09

Na základe zistených údajov, môžeme prijať tvrdenie, že **existuje súvislosť** medzi psychiatrickými oddeleniami a posudzovaním kognitívnych funkcií *Clock testom* a taktiež sa nám potvrdila štatisticky významná súvislosť medzi psychiatrickými liečebňami a posudzovaním kognitívnych funkcií prostredníctvom *MOCA a MMSE skríningových nástrojov*. Vypočítané hodnoty chi-kvadrátu a p-hodnoty pre túto hypotézu sú uvedené v tabuľke 2.

Hypotéza 3

H0 Dĺžka odbornej praxe sestier nemá vplyv na posudzovanie kognitívnych funkcií pacienta prostredníctvom skríningových nástrojov.

H1 Dĺžka odbornej praxe sestier má vplyv na posudzovanie kognitívnych funkcií pacienta prostredníctvom skríningových nástrojov.

Na potvrdenie respektíve vyvrátenie tvrdenia stanovenej hypotézy sme použili štatistickú metódu chi – kvadrát (tabuľka 3). Prostredníctvom p-hodnôt, ktoré sú uvedené v tabuľke môžeme dospieť k určitému záveru. Ani jedna z p-hodnôt premenných nie je nižšia ako stanovená hladina významnosti 0,05. Preto prijímame nulovú hypotézu, ktorej znenie je: Dĺžka odbornej praxe sestier **nemá vplyv** na posudzovanie kognitívnych funkcií pacienta prostredníctvom skríningových nástrojov.

Tabuľka 3: Chi – kvadrát test hypotézy 3

Posudzovanie kognitívnych funkcií a odborná prax	MMSE	Clock test	MOCA
Chi-kvadrát	3,09	1,42	3,17
p-hodnota	0,213	0,49	0,205

DISKUSIA

Skríningové testy hrajú v klinickej praxi pri identifikácii kognitívneho deficitu často kľúčovú úlohu, bývajú konštruované ako skrátené neuropsychologické batérie, avšak nenahrádzajú komplexné neuropsychologické vyšetrenie (Nikolai, Štěpánková, Bezdíček, 2015; Nikolai et al., 2013). Avšak ak chceme zabrániť rozšíreniu „tichej epidémie“ demencie, tak východiskom môže byť práve včasná diagnostika porúch kognitívnych funkcií a zavedenie programu pre ich skríning (Hanisková, 2006). V *Nursing Diagnosis*

Handbook: An Evidence-Based Guide to Planning Care nachádzame pri ošetrovateľských intervenciách v rámci sesterskej diagnózy Chronická zmätenosť (ekvivalent diagnózy P100 Narušená pamäť) odporúčanie použitia nástrojov MMSE, Mini-Cog (súčasťou ktorého je aj Hodinkový test) a MOCA na identifikáciu úrovne deficitu pacienta (Ackley, Ladwing, 2014). V publikácii *Psychiatric and mental Health Nursing for Canadian practice* nachádzame odporúčanie použitia posudzovacích a hodnotiacich nástrojov MMSE, MOCA a iných v rámci ošetrovateľskej starostlivosti o ľudí trpiacich demenciou (Austin, Boyd, 2014). Petr, Marková a kol. (2014) konštatujú, že hodnotiace škály sú neoddeliteľnou súčasťou ošetrovateľského vyšetrenia. Nemalodôležitý je aj samotný postoj sestier k opodstatnenosti posudzovacích a hodnotiacich nástrojov, nakoľko ovplyvňuje aj ich používanie a aplikáciu do ošetrovateľského procesu. Naš výskum poukázal na to, že opodstatnenosť použitia posudzovacích nástrojov v ošetrovateľstve uviedlo 43 % respondentov, možnosť skôr áno bola druhou najčastejšou odpoveďou (33 %). Nevedelo sa vyjadriť 11 % sestier a tie zvolili možnosť neviem. Skôr nie udalo 11 % respondentov a za neopodstatnené ich považujú len 2 % sestier z celkového počtu a tie označili nie. Kvasnicová et al. (2007) zistili, že 65,88 % respondentov nepoužíva vo svojej práci hodnotiace a meracie škály, pritom 48,98 % sestier sa vyjadrilo, že vidia výhodu týchto konštruktov pri objektivizácii pacientových problémov. Výskum Taliánová, Jedlinská, Moravcová (2013) ukázal, že 41,53 % sestier, nevyužíva škály, jednu škálu využíva 23,10 % sestier, dve škály 17,43 % sestier, tri škály 10,25 % respondentov, štyri škály 3,07 % a päť škál 4,62 % opýtaných. Súčasťou nášho výskumu bola snaha zistiť ako posudzujú oblasť kognitívnych funkcií sestry v rámci ošetrovateľskej starostlivosti. Jednoznačne môžeme povedať, že najčastejšie používaným posudzovacím a hodnotiacim nástrojom v procese hodnotenia kognitívnych funkcií pacienta je pre všetky skupiny respondentov MMSE. I keď pri Clock teste nachádzame odpovede od 0 % do 25 % tvrdíme, že pre našu vzorku respondentov je to druhý najčastejšie používaný posudzovací a hodnotiaci nástroj. MOCA je najmenej využívaným nástrojom v súčasnej ošetrovateľskej praxi, pretože ho respondenti označili od 0 % do maximálne 9 % odpovedí. Zároveň však nachádzame aj vysoký percentuálny podiel sestier, ktoré na posúdenie spomínanej oblasti pacienta nepoužívajú žiadne škály ako súčasť poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti pri *cognitive assessmente*. Pri našom podrobnejšom štatistickom rozbere môžeme konštatovať, že pre všetky typy psychiatrických zariadení je MMSE test najfrekventovanejším posudzovacím nástrojom na hodnotenie kognitívnych funkcií. Avšak nachádzame tu aj nadpolovičnú väčšinu sestier (53%) z psychiatrických nemocníc, ktoré nepoužívajú žiadny nástroj pre hodnotenie kognitívnych funkcií. Clock test najčastejšie využívajú sestry z psychiatrických oddelení. MOCA test naopak používajú najčastejšie v psychiatrických liečebniach. Štatistickú súvislosť sme preukázali medzi psychiatrickými liečebňami a MOCA testom i MMSE škálou a psychiatrickými oddeleniami a Clock testom. Skriningových nástroje majú svoje empiricky preukázateľné benefity. Test kreslenia hodín (CDT) má známy potenciál na detekciu kognitívneho poškodenia u populácie s demenciou, najmä Alzheimerovou chorobou. Výsledky výskumu podporili CDT potenciál ako kognitívne vyšetrovacie opatrenie pre miernu demenciu, obzvlášť citlivú Alzheimerovú demenciu a demenciu

s Lewyho telieskami (Duro et al., 2018). Výsledky Allone et al. (2018) potvrdzujú užitočnosť a citlivosť CDT pri detekcii rôznych podtypov demencie. Kvalitatívna analýza chýb CDT môže byť užitočná pri diferenciacii PD, VaD a AD, dokonca aj v počiatočných štádiách každej choroby. Verzia kreslenia hodín (CDT) s predbežne nakresleným kruhom bola široko používaná vo výskume a klinickej praxi bez štandardizovaných tureckých noriem. Cieľom tejto štúdie bolo štandardizovať skóre CDT podľa najčastejšie používaných bodovacích metód v literatúre (Manos-Wu a Shulman) a odhadnúť platnosť a spoľahlivosť obidvoch metód. Pri interpretácii skóre CDT by sa mali brať do úvahy vekové a vzdelávacie úrovne. Obe skriningové metódy poskytli podobné výsledky z hľadiska vysokej spoľahlivosti skúšok-retest a inter-rater, ako aj vysokej súbežnosti a kritéria platnosti (Emek-Savas et al., 2018). MOCA test sa javí ako najdôležitejší pri skríningu kognitívnej poruchy u starších pacientov s rakovinou a taktiež MOCA test lepšie spĺňa kritériá na skriningové testy na detekciu MCI u pacientov starších ako 60 rokov ako MMSE (Ciesielska et al., 2016), identifikuje jemné, ale potenciálne klinicky významné kognitívne dysfunkcie s vyššou frekvenciou ako MMSE (Cameron, et al., 2013). Skrátaná verzia MOCA, je taktiež užitočným krátkym skriningovým nástrojom na rýchlu a včasnú detekciu miernych kognitívnych porúch u jedincov so sclerosis multiplex (MS). Môže sa používať u pacientov so zrakovými a motorickými problémami. Jeho potenciálne použitie je pre lekárov primárnej starostlivosti, u sestier a ďalších zdravotníckych pracovníkov, ktorí potrebujú rýchly skriningový test (Kaur, Kumar, Singh, 2013). Zďaleka najrozšírenejším krátkym skriningovým testom je Mini Mental State Examination (MMSE), ktorý hodnotí orientáciu, rozsah pozornosti, pozornosť a počítanie, pamäť a reč (Nikolai, Štěpánková, Bezdiček, 2015). Tomagová, Bóriková (2007) tvrdia, že MMSE reprezentuje reliabilnú, validnú a senzitivnu škálu, ktorú môžeme aplikovať v ošetrovateľskej praxi i výskume so zameraním na posudzovanie kognitívnych funkcií seniorov za predpokladu dodržania podmienok administrácie tejto škály. Vzhľadom k nízkej citlivosti je však v diagnostike MCI úplne nevhodný a uplatňuje sa predovšetkým pri diagnostike syndrómu demencie (Nikolai, Štěpánková, Bezdiček, 2015), nie je použiteľný na detekciu fokálnych kognitívnych deficitov (ako sú amnézie, afázie, zrakovopriestorové poruchy) a je málo senzitivny k poruchám predného laloku. Objektívne posudzovanie pacientových potrieb a problémov je dôležitým procesom. Obzvlášť veľký význam má hodnotenie ťažko merateľných procesov a funkcií, ku ktorým neodmysliteľne patrí psychické prežívanie človeka. Veľký význam zohrávajú odborné vedomosti a klinická skúsenosť sestier, ale taktiež dôležitú a nezastupiteľnú úlohu majú posudzovacie a hodnotiace nástroje. Podľa Nikolai et al. (2013) ich výhodami sú dostupnosť, flexibilita, zvyčajne dobrá možnosť retestu v relatívne krátkej dobe a časová nenáročnosť (doba administrácia sa pohybuje od cca 5 do 30 minút) a tiež vysoká senzitivita aj špecifita pre syndróm demencie. Pozitívom je, že časť sestier v našom výskume používa MMSE na hodnotenie kognitívnych funkcií, avšak máme názor a skúsenosť, že používanie MOCA škály by bolo efektívnejším a modernejším nástrojom s lepšou citlivosťou na včasnú detekciu kognitívnych porúch respektíve organického poškodenia mozgu a tým dáva možnosť sestrám včasné plánovanie a ošetrovateľskú intervenciu nielen u pacienta ale aj u jeho blízkych.

Kompetenciu uplatňovať posudzovacie a hodnotiace nástroje v podmienkach slovenského ošetrovateľstva upravuje vyhláška. Sestra v rámci poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti posudzuje zdravotný stav osoby alebo zmenu zdravotného stavu osoby, pričom hodnotenie zdravotného stavu alebo zmenu zdravotného stavu meria pomocou hodnotiacich nástrojov a meracích nástrojov. Využívanie týchto nástrojov v rámci komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti o duševne chorého jedinca podľa našich zistení nie je bežným štandardom. Implementácia posudzovacích a hodnotiacich nástrojov pre kognitívne funkcie sa ukázala ako nejednotná, dokonca bola preukázaná ich absencia. Je nevyhnutné aby sa štandardizovalo používanie nástrojov pre posúdenie a hodnotenie kognitívnych funkcií a tým by sa zvýšila objektivita a výpovednosť týchto nástrojov pre jednotlivých členov multidisciplinárneho tímu a tým aj ich samotná akceptácia. Používanie posudzovacích a hodnotiacich nástrojov pri starostlivosti o duševne chorých má svoje preukázateľné benefity aj napriek niektorým bariéram, limitom a administratívnym obmedzeniam. Vyžaduje si však nielen od manažérov ale aj od sestier zodpovedný klinický prístup a samotnú prípravu s následnou aplikáciou do ošetrovateľskej praxe.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] ACKLEY, JB., LADWING, BG. 2014. *Nursing Diagnosis Handbook: An Evidence-Based Guide to Planning Care*. 10. vyd. Missouri: Elsevier Inc. 2014. 887 p. ISBN 978-0-323-08549-6.
- [2] ALLONE, C. et al. 2018. Cognitive impairment in Parkinson's disease, Alzheimer's dementia, and vascular dementia: the role of the clock-drawing test. In *Psychogeriatrics*. 2018. vol. 18, issue 2, p. 123-131. ISSN 1346-3500.
- [3] AUSTIN, W., BOYD, AM. 2014. *Psychiatric & Mental Health Nursing For Canadian Practice*. 3. vyd. Lippincott Williams & Wilkins, 2014. 1076 p. ISBN 978-1451190878.
- [4] BÓRIKOVÁ, I., TOMAGOVÁ, M., ŽIAKOVÁ, K. 2014. *Meracie nástroje v gerontologickom ošetrovateľstve*. Multimediálna podpora výučby klinických a zdravotníckych disciplín: Portál Jesseniovej lekárskej fakulty Univerzity Komenského [online]. 21.1.2014, posledná aktualizácia 22.1.2014. Dostupný na internete: <<http://portal.jfmed.uniba.sk/clanky.php?aid=251>>. ISSN 1337-7396.
- [5] CAMERON, J. et al. 2013. Screening for mild cognitive impairment in patients with heart failure: Montreal cognitive assessment versus mini mental state exam. In *European journal of cardiovascular nursing: journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*. 2013, vol. 12, issue 3, p. 252-60. doi:10.1177/1474515111435606.

- [6] CENTRUM MEMORY. 2014. *Ako udržiavať kognitívne schopnosti pacienta s Alzheimerovou chorobou*. [online]. [cit. 2019-02-27]. Dostupné na internete: <http://www.alzheimer.sk/media/31463/brozura_4_web.pdf>.
- [7] CIESIELSKA, L. et al. 2016. Is the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) test better suited than the Mini-Mental State Examination (MMSE) in mild cognitive impairment (MCI) detection among people aged over 60? Meta-analysis. In *Psychiatria Polska*. 2016. vol. 50, issue 5, p. 1039-1052. ISSN 0033-2674.
- [8] DIALOG- UND TRANSFERZENTRUM DEMENZ. 2008. *Assessments in der Versorgung von Personen mit Demenz* [online]. [cit. 2019-02-27]. Dostupné na internete: <http://dzd.blog.uni-wh.de/wp-content/uploads/2015/10/Assessments_DZD-1.pdf>.
- [9] DROBNÁ, T., PEČEŇÁK, J. 2008. Použitie štandardizovaných posudzovacích stupníc v ošetrovateľskom procese v psychiatrii. In *Česká a slovenská psychiatrie*. ISSN 1212-0383, 2008, roč. 104, č. 8, s. 398-404.
- [10] DURO, D. et al. 2018. Validity and Clinical Utility of Different Clock Drawing Test Scoring Systems in Multiple Forms of Dementia. In *Journal Citation Reports*. vol. 31, issue 3, p. 114-122 ISSN: 0891-9887.
- [11] EMEK-SAVAS, DD. et al. 2018. Validity, Reliability and Turkish Norm Values of the Clock Drawing Test for Two Different Scoring Systems. In *Turkish Journal of Neurology*. 2018. vol. 24, issue 2, p. 143-152. ISSN 1301-062X.
- [12] HANISKOVÁ, T. 2006. Zlepšenie diagnostiky demencie v primárnej praxi. In *Via pract.* 2006, roč. 3 (7/8): 333–336. ISSN 1336-4790.
- [13] HODGES, JR. ed. *Mini-Mental State Examination*. In: Hodges JR. Cognitive assessment for clinicians. New York: Oxford University Press 1994: 185–191.
- [14] RESSNER, P., RESSNEROVÁ, E. 2002. Test hodín, prehľadná informácia a zhodnotení škál dle Shulmana, Sunderlanda a Hendriksena. In *Neurol. prax.* (6) 2002, 316:322. ISSN 1339-4223.
- [15] HÖSCHL, C. et al. 2004. *Psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Tigris, 2004. 883 s. ISBN 80-900-130-74.
- [16] JANOSIKOVÁ, H. E., DAVIESOVÁ, L. J. 1999. *Psychiatrická ošetrovateľská starostlivosť*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1999. 551 s. ISBN 80-8063-017-8.
- [17] KAUR, D., KUMAR, G., SINGH, AK. 2013. Quick screening of cognitive function in Indian multiple sclerosis patients using Montreal cognitive assessment test-short version. In *Annals of Indian Academy of neurology*. 2013. vol. 16, Issue 4, p. 585-589. ISSN 0972-2327.
- KLÍMOVÁ, E., MAGUROVÁ, D. a kol. 2013. *Teória a prax v starostlivosti o chorého s Alzheimerovou chorobou*. 1. vyd. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, 2013. 235 s. ISBN 978-80-555-0936-5.
- [18] KVASNICOVÁ, Z. et al. 2007. Hodnotiace a meracie škály v ošetrovateľstve. In *Ošetrovateľstvo teória, výskum a vzdelávanie*. Martin: Univerzita Komenského Bratislava, Lékařská fakulta Univerzity Palackého Olomouc. 2007. s. 260-262. ISBN 978-80-88866-43-5.

- [19] MARTINKOVA, J. Hodnotiace nástroje problémového správania u pacientov s alzheimerovou chorobou. In: *Cesta k modernímu ošetrovatelství XVI.* - Praha: Fakultní nemocnice v Motole, 2014. - ISBN 978-80-87347-17-1. - CD-ROM; s. 131-135.
- [20] McDOWELL, I. 2006. *Measuring Health. A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. 3. vyd. New York: Oxford University Press, 2006. 748 p. ISBN 13 978-0-19-516567-8.
- [21] NASREDDINE, Z. 2003 - 2014. *Montreal Cognitive assessment - MOCA* [online].
- [22] [cit. 2019-02-25]. Dostupné na internete: <<http://www.mocatest.org/>>.
- [23] NIKOLAI, T. - ŠTĚPÁNKOVÁ, H. - BEZDÍČEK, O. 2015. Mírná kognitivní porucha a syndrom demence-vyšetření kognitivních funkcí. In *Via pract.* 2015, 12(3): 122–124. ISSN 1336-4790.
- [24] NIKOLAI, T. et al. 2013. Vyšetření kognitivních funkcí v časně diagnostice Alzheimerovy nemoci. In *Neurol. prax.* 2013; 14(6): 301–305. ISSN 1339-4223.
- [25] POKORNÁ, A. a kol. 2013. *Ošetrovatelství v geriatrii/hodnotící nástroje*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013. 200 s. ISBN 978-80-247-4316-5.
- [26] PETR, T., MARKOVÁ, E. a kol. 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2014. 296 s. ISBN 978-80-247-4236-6.
- [27] SRINIVASAN, S. 2010. The concise cognitive test for dementia screening: Reliability and effects of demographic variables as compared to the mini mental state examination. In *Neurology India*. ISSN 0028-3886, 2010. vol. 58, no. 5, p. 702-707.
- [28] TALIÁNOVÁ, M., JEDLINSKÁ, M., MORAVCOVÁ, M. 2013. Využívání hodnotících a měřících škál v ošetrovatelství. In *Ošetrovatelstvo teória–výskum–vzdelávanie*. ISSN 1338-6263. 2013, roč. 3, č. 1, s. 25 – 30.
- [29] TOMAGOVÁ, M. 2009. Meracie nástroje na posudzovanie kognitívnych funkcií u seniorov. In *Profese on-line*. [online]. 2009, roč. II, č. 2, s. 65-77. Dostupné na internete: <<http://profeseonline.upol.cz/meracie-nastroje-na-posudzovanie-kognitivnych-funkcii-u-seniorov/>>. ISSN 1803-4330.
- [30] TOMAGOVÁ, M., BÓRIKOVÁ, I. 2007. Posudzovanie kognitívnych funkcií u gerontopsychiatrického pacienta s použitím nástroja MMSE. In *Ošetrovatelstvo teória, výskum a vzdelávanie* [online]. Martin: Univerzita Komenského Bratislava, Jesseniova lekárska fakulta Martin, Lekárska fakulta Univerzity Palackého Olomouc, 2007, s. 584-590. ISBN 978-80-88866-43-5.
- [31] ŽIAKOVÁ, K. a kol. 2009. *Ošetrovatelstvo teória a vedecký výskum*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2009. 322 s. ISBN 80-8063-304-2.

COMPARISON OF USE OF SCREENING TOOLS FOR COGNITIVE FUNCTIONS IN NURSING PRACTICE



ABSTRACT

Objective: The main objective was to find out the use of screening tools evaluating cognitive function in hospitalized patients within nursing practice. Sample and

Settlement: A sample of 198 respondents from different healthcare facilities in the nursing category was a research sample, with different levels of literacy and expertise.

Statistical analysis: For the comparison of groups in nominal variables, the statistical method was used with the chi-square test of criterion independence.

Results: Up to 53% of nurses from psychiatric hospitals do not use any screening tools to evaluate cognitive functions. The clock test is mostly used by nurses from the psychiatric wards. MOCA tests are most commonly used in psychiatric health care facilities. We have demonstrated a statistical link between psychiatric health care facilities and the MOCA test as well as the MMSE Scale and Psychiatric wards and the Clock Test.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

PhDr. Marek Rabinčák
PhD. študent
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej
práce sv. Alžbety Bratislava
Ústav zdravotníckych disciplín
Ošetrovateľstvo
Nám. 1. mája č. 1
P. O. Box 104
810 00 Bratislava
e-mail: marek.rabincak@gmail.com

doc. PhDr. Ľubomíra Tkáčová, PhD.
Prešovská univerzita v Prešove
Fakulta zdravotníckych odborov
Katedra ošetrovateľstva
Partizánska 1
080 01 Prešov
e-mail: lubomira.tkacova@unipo.sk

Conclusion: The most commonly used screening tools in the process of evaluating cognitive patient functions for all respondent groups in the nursing category was MMSE.

KEYWORDS:

cognitive disorders, screening, nursing,
MMSE, MOCA, CDT

HODNOCENÍ SOCIÁLNÍ OPORY RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ A PEČUJÍCÍCH O NEMOCNÉ S LEVOSTRANNOU MECHANICKOU SRDEČNÍ PODPOROU

ABSTRAKT

Autorka se zaměřila na hodnocení sociální opory rodinných příslušníků a pečujících o nemocné s levostrannou mechanickou srdeční podporou. V průzkumném šetření byl použitý dotazník Zátěž pro pečovatele (dotazník pro osoby pečující o pacienty se srdečním selháváním), verze 3.0 (CBQ-HF). Domény dotazníku CBQ-HF vykazují navzájem jistou závislost. Závislost domén na vzdělání vykazuje závislost domény fyzické a emoční pohody na vzdělání. Doména fyzická pohoda dotazníku CBQ-HF závisí na pohlaví. Výsledky jsou na hladině statistické významnosti $p < 0,05$. Pro zkoumání vzájemné závislosti domén byl použitý Spearmanův korelační koeficient pro dotazník CBQ-HF. Fyzická pohoda k doméně 2 je $p = 0,611918$, k doméně 3 $p = 0,438533$, k doméně 4 $p = 0,471973$. Emoční pohoda k doméně 1 $p = 0,611918$, k doméně 3 $p = 0,337061$, k doméně 4 $p = 0,540757$. Společenský život a vztahy k doméně 1 $p = 0,438533$, k doméně 2 $p = 0,337061$ a k doméně 4 $p = 0,545481$. Životní styl k doméně 1 $p = 0,471973$, k doméně 2 $p = 0,540757$ a doména 3 $p = 0,545481$.

JANA HALUZÍKOVÁ
SLEZSKÁ UNIVERZITA V OPAVĚ



Výsledky dotazníku jsou významné na hladině $<0,05$. Dále jsem zjišťovala závislost domén na vzdělání, kdy byla použita Kruskal-Wallisova ANOVA. Domény fyzická a emoční pohoda dotazníku CBQ-HF závisí na vzdělání. Fyzická pohoda: metodou vícenásobného porovnání p hodnot (oboustr.) byl zjištěn signifikantní rozdíl mezi kategoriemi 1 (základní vzdělání) a 5 (vysokoškolské) ($p = 0,0346$). Příbuzní, kteří pečují o rodinného příslušníka, jsou v pozici pečujících zdrojem pomoci a opory. Z dlouhodobého hlediska budou pečovatelé postupně potřebovat pomoc a oporu a neobejdou se bez pomoci sociálních kontaktů a vazeb. Pečující mívají sklon zanedbávat své vlastní tělesné, duševní a duchovní potřeby, mnohdy se odbývají, kladou na sebe zvýšené nároky zvládnout péči sám, nezatěžovat ostatní. Péče o nemocného v domácím prostředí může trvat několik týdnů, měsíců až let, kdy hrozí vyčerpání celé rodiny, jak po stránce fyzické, také emocionální.

KLÍČOVÁ SLOVA:

chronické srdeční selhání, levostranná mechanická srdeční podpora, pečující osoba, pečovatelsví

ÚVOD

Chronické srdeční selhání (CHSS) je syndrom poškození srdce, u něhož přes dostatečné plnění komor klesá minutový výdej srdeční a srdce není schopno krýt metabolické potřeby tkání. V posledních letech má onemocnění vzestupnou prevalenci. V evropské populaci postihuje 1-2 % populace (Špinar, Špinarová, 2015). Značný podíl na zvýšení počtu nemocných s CHSS má pokrok v oblasti kardiologie a kardiochirurgie. Rozvoj možností léčby pokročilého srdečního selhání zaznamenal v posledních desetiletích obrovský posun. Léčba srdečního selhání je farmakologická (ACE inhibitory, β -blokátory, diuretika aj.) Nefarmakologická léčba zahrnuje srdeční resynchronizační léčbu, implantaci implantabilního kardioverter defibrilátoru a levostranné mechanické srdeční podpory (LVAD), které jsou mostem k transplantaci srdce (Vítovec, Kabelka, 2015). Jedná se o sofistikované přístroje, které jsou schopné na určitou dobu podpořit nebo úplně nahradit funkci srdce jako pumpy.

Indikace pro implantaci LVAD jsou klinické a hemodynamické. Klinickou indikací je výrazné symptomatické srdeční selhání, ačkoliv je poskytována maximální možná léčba v souladu s platnými postupy. Mechanické podpůrné srdeční systémy tak poskytují naději na přežití dříve neléčitelných stadií srdečního selhání. Zvyšující se incidence srdečního selhání, společně se stagnujícím až klesajícím počtem vhodných dárců, vedla k potřebě nahradit činnost srdce jako pumpy umělým čerpadlem.

Neschopnost nemocného je způsobena progresí chronické choroby. Nemocní s LVAD jsou závislí na cizí pomoci (pečující osoba). Přizpůsobení se nové situaci je náročné pro pečovatele i nemocného. Nastává změna vztahů v rodině. Manžel/ka, děti a ostatní rodinní příslušníci jsou postupně zodpovědní za uspokojování veškerých potřeb příbuzného. Pečující osobou (pečovatelem) může být nejbližší příbuzný nebo přítel, který poskytuje individuální komplexní péči. Většinou roli pečovatele přebírá jedna osoba a při péči bývá podporována rodinou a přáteli. Pečující osoba (rodinný příslušník), který vstupuje do nové role, prožívá zásadní životní změny, tyto změny se týkají i nemocného. Péče o blízkou osobu je pro pečující osobu náročná, vyžaduje velké úsilí a odpovědnost. Diagnóza závažného onemocnění člena rodiny může narušit fungování rodiny a ovlivnit kvalitu života (Kurucová, 2016). Každý člen v rodině má svou pozici, plní úkoly a spolupracuje s dalšími členy v rodině. Dobře fungující rodina by měla být schopna adaptovat se na zátěž, na nově vzniklé situace, hledat rovnováhu v nových podmínkách. V dobře fungující rodině se setkáváme s harmonií, jsou jasně stanovené role, schopnost jednotlivců se vzájemně zastupovat, komunikovat a řešit konflikty. Rodina má umět reagovat na změny, které život přináší, adaptovat se na ně a zvládat různé životní role.

Péče o osobu blízkou v domácím prostředí je zátěží v oblasti fyzické, psychické, finanční, sociální a spirituální. Častější výskyt stresu je vyvolán novými povinnostmi, změnou životního stereotypu a zejména negativními emocemi, jako jsou napětí, úzkost až deprese.

Pečovatelská péče přináší pozitivní i negativní stránky. K pozitivním stránkám patří příležitost k osobnímu růstu, kterou pečovatelská péče přináší, pocitu uspokojení z péče o blízkou osobu, pocit sounáležitosti, vzájemnosti a lásky, možnost vyjádřit vděčnost blízké osobě. K negativním stránkám pro pečující můžeme zařadit fyzické a emocionální vyčerpání, které může vést k onemocnění a neschopnosti poskytovat další péči. Péče o chronicky nemocného ovlivňuje postupem času rodinné vztahy a sociální oblasti. V odborné literatuře je popisován nedostatek rodinné opory a změny rolí. Je nutno upozornit na to, že laičtí pečovatelé mohou dobře fungovat jen tehdy, jestliže věnují čas a pozornost i svým osobním potřebám. Výsledek pečovatelské činnosti závisí také na tom, jak dobře pečuje sám o sebe. Dlouhodobé zanedbávání potřeb pečujícího vede často k jeho onemocnění a nemožnosti další péče. Funkce laického pečovatele je velice důležitá.

CÍL PRÁCE:

1. Zjistit zátěž pečovatele pečujícího o nemocné s levostrannou mechanickou srdeční podporou. Dalším cílem bylo zjistit závislost domén na pohlaví, zjistit závislost domén na věku a vzájemnou závislost domén (na vzdělání, postavení a vztahu).

METODIKA:

K průzkumnému šetření byl použit dotazník Zátěž pro pečovatele – dotazník pro osoby pečující o pacienty se srdečním selháváním, verze 3.0 (CBQ-HF). Respondenti zaznamenávají své pocity v péči o pacienta se srdečním selháváním, které prožívali v uplynulých čtyřech týdnech. Dotazník je rozdělen do čtyř oddílů. První oddíl sleduje fyzickou pohodu, druhý oddíl emoční pohodu, třetí oddíl společenský život a vztahy a čtvrtý oddíl životní styl. Pocity jsou vyjádřeny na pětistupňové Likertově škále: vůbec, mírně, středně, dosti hodně a značně. Dotazník přeložili dva specializovaní překladatelé. Třetí nezávislý překladatel dotazník přeložil zpět do původního jazyka. Poté se překlad porovnal s textem anglického originálního dokumentu. Odchytky mezi originálním dokumentem a zpětným překladem byly zváženy. Byla vytvořena předfinální verze, po jazykové validaci byla provedena pilotní studie u oslovených respondentů. Po vyhodnocení byla vytvořena finální verze dotazníku.

STATISTICKÉ ZPRACOVÁNÍ:

Analýza výsledků dotazníkového šetření byla provedena programem Microsoft Word a Microsoft Excel. Data jsou vyjádřena v absolutní a relativní četnosti. Byla použita popisná statistika Spearmanův korelační koeficient, Mann-Whitneyův U test, Kruskal-Wallisova ANOVA.

V kardiologických centrech jsme oslovili pečující osoby, které obdržely dotazník a po vyplnění jej odevzdaly do připraveného boxu. Dotazník byl anonymní. Celkem bylo osloveno 77 pečujících. Dotazník vyplnilo celkem 35 respondentů, tj. 45,45 %.

ANALÝZA VÝSLEDKŮ

V úvodu výzkumného šetření byly zjišťovány demografické údaje. Průměrný věk respondentů byl 54 let. U všech participujících respondentů byl zjišťován stupeň dosaženého vzdělání. Nejvíce respondentů absolvovalo středoškolské vzdělání s maturitou 13 (37,14 %), vyučen v oboru 8 (22,86 %), základní 7 (20,0 %) a vysokoškoláků 6 (17 %). Rodinní pečovatelé byli životním partnerem (manžel/ka 25 (71,42 %), děti (syn/dcera) 5 (14,28 %), jiný příbuzenský vztah (nejčastěji snacha, vnučka) mělo 4 (11,42 %) a druh/žka 1 (2,85 %) respondentů. Ve starobním důchodu 13 (37,14 %), zaměstnaný 15 (42,86 %), nezaměstnaný 4 (11,43 %) a jiné 3 (8,57 %).

Dále jsem zjišťovala, zda skóre kvality života rodinných pečovatelů se bude v jednotlivých doménách lišit dle pohlaví, věku, vzájemné závislosti domén, závislosti domén na vzdělání, postavení a vztahu.

Pro zkoumání závislosti domén na pohlaví byl použit Mann-Whitneyův test. V tabulce 1 jsou tučně vyznačeny výsledky na významné hladině $<0,05$. Doména fyzická pohoda dotazníku CBQ-HF závisí na pohlaví. U otázky 26 byly 4 odpovědi „důchod“, což nebylo v platných možnostech a v doméně „životní styl“ je tak pouze 31 platných dotazníků.

Tab. 1: Závislost domén na pohlaví Mann-Whitneyův U test

	Úroveň p	ženy	muži
fyzická pohoda	0,020020	25	10
emoční pohoda	0,322994	25	10
společenský život a vztahy	0,969491	25	10
životní styl	0,283342	22	9

Pro zkoumání závislosti domén na věku byl použitý Spearmanův korelační koeficient pro dotazník CBQ-HF. Domény dotazníku nezávisí na věku (tab. 2). U jednoho dotazníku nebyl vyplněn věk.

Tab. 2: Závislost domén na věku (Spearmanův korelační koeficient) pro dotazník CBQ-HF

	fyzická pohoda	emoční pohoda	společenský život a vztahy	životní styl
Korelační koeficient věk vs.	0,153441	0,023994	-0,168315	0,045964

Pro zkoumání vzájemné závislosti domén byl použitý Spearmanův korelační koeficient pro dotazník CBQ-HF. Domény dotazníku jsou významné na hladině $<0,05$. V tabulce 3 jsou vyznačeny tučně.

Tab. 3: Vzájemná závislost domén (Spearmanův korelační koeficient) pro dotazník CBQ-HF

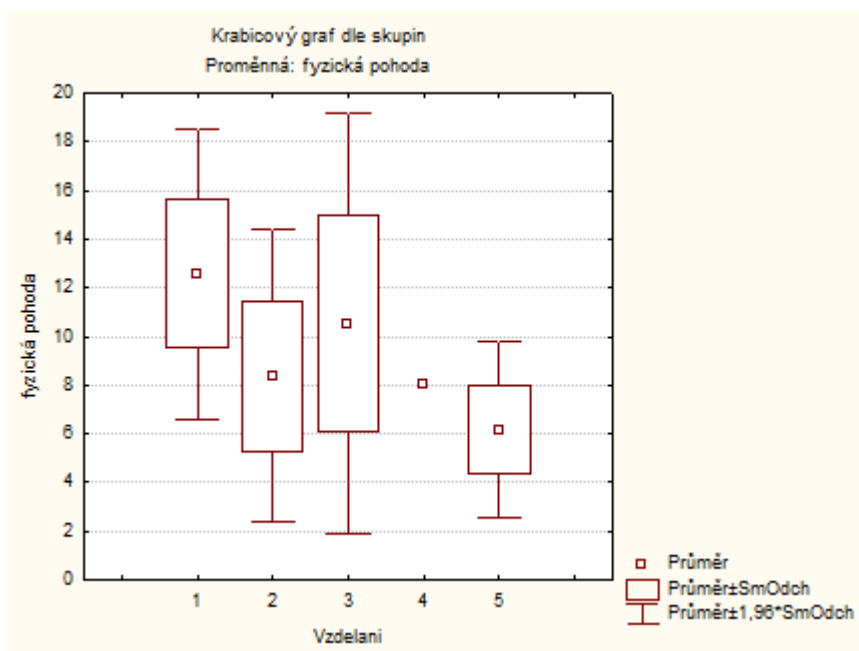
Spearmanovy korelace (CBQ-HF.sta) ChD vynechány párově Označ. korelace jsou významné na hl. $p < ,05000$				
	fyzická pohoda	emoční pohoda	společenský život a vztahy	životní styl
fyzická pohoda	1,000000	0,611918	0,438533	0,471973
emoční pohoda	0,611918	1,000000	0,337061	0,540757
společenský život a vztahy	0,438533	0,337061	1,000000	0,545481
životní styl	0,471973	0,540757	0,545481	1,000000

Dále jsem zjišťovala závislost domén na vzdělání, kdy byla použita Kruskal-Wallisova ANOVA. Výsledky jsou poněkud nepřesné, protože ve skupině č. 4 je jeden respondent s vyšším odborným vzděláním (Tab. 4). Domény fyzická a emoční pohoda dotazníku CBQ-HF závisejí na vzdělání. Dále je třeba určit, které kategorie vzdělání se od sebe signifikantně liší. Fyzická pohoda: metodou vícenásobného porovnání p hodnot (oboustr.) byl zjištěn signifikantní rozdíl mezi kategoriemi 1 (základní vzdělání) a 5 (vysokoškolské) ($p = 0,0346$), viz krabicový graf 1.

Tab. 4 Závislost domén na vzdělání (Kruskal-Wallisova ANOVA) pro dotazník CBQ-HF

Vzdělání/ doména CBQ-HF	Počet dotazníků	fyzická pohoda	emoční pohoda	společenský život a vztahy	životní styl
1	7	p = 0,0383	p = 0,0349	p = 0,1875	p = 0,1570
2	8				
3	13				
4	1				
5	6				

Graf 1



Pro doménu emoční pohoda: metodou vícenásobného porovnání p hodnot (oboustr.) nebyl zjištěn signifikantní rozdíl mezi jednotlivými kategoriemi.

Dále jsem zjišťovala závislost domén na postavení a závislost domén na vztahu (Kruskal-Wallisova ANOVA). Domény dotazníku nezávisí na postavení (tab. 5) ani na vztahu (tab. 6).

Tab. 5: Závislost domén na postavení (Kruskal-Wallisova ANOVA) pro dotazník CBQ-HF

Postavení/ doména CBQ-HF	Počet dotazníků	fyzická pohoda	emoční pohoda	společenský život a vztahy	životní styl
1	15	p = 0,3562	p = 0,8542	p = 0,0849	p = 0,2684
2	4				
3	13				
4	3				

Poznámka: 1 (zaměstnaný), 2 (nezaměstnaný), 3 (starobní důchodce), 4 (jiné)

Tab. 6: Závislost domén na vztahu (Kruskal-Wallisova ANOVA) pro dotazník CBQ-HF

Postavení/ doména CBQ-HF	Počet dotazníků	fyzická pohoda	emoční pohoda	společenský život a vztahy	životní styl
1	5	p = 0,1577	p = 0,5071	p = 0,1146	p = 0,1510
2	25 (21 pro životní styl)				
3	1				
6	4				

Poznámka: 1 (syn/dcera), 2 (manžel/ka), 3 (druh/žka), 4 (vnuk/čka), 5 (snacha, zeť), 6 jiné

DISKUZE

Srdeční selhání je závažné onemocnění, které ovlivňuje nejen zdravotní stav pacienta, emoce a jeho jednání. Významnou úlohu sehrává osobnost pacienta a reakce jeho nejbližšího okolí, kdy je důležitá sociální podpora a sociální status.

Zjišťovala jsem závislost jednotlivých domén na pohlaví a zjistila jsem, že fyzická pohoda závisí na pohlaví. Ve sledovaném souboru je 71, 45 % žen. Pečující ženy přijímají roli pečovatelky, ta souvisí s chápáním a postavením sociální role ženy ve společnosti. Pečování je vnímáno jako součást ženské přirozenosti. Muži v roli pečovatele mohou pociťovat závazek ke své práci, mnohdy jsou přesvědčeni, že mají oproti ženám menší schopnosti zvládnout péči o nemocného. Je-li zvýšená péče o nemocného, mnohdy převzetí jeho rolí vede ke zvýšené fyzické zátěži. Zvýšení pečovatelské zátěže popisují Tabáková a Václavíková (2008). Významnou roli může hrát věk pečovatele. Bužgová a Endelová (2010) a jiní autoři uvádějí, že neformálními pečujícími bývají především děti anebo manžel či manželka. Dále jsem zjišťovala vzájemnou závislost domén a ty vykazují navzájem jistou závislost. Doména fyzické a emoční pohody závisí na vzdělání. Zjistila jsem signifikantní rozdíl u pečujících osob se základním a vysokoškolským vzděláním ($p = 0,0346$), viz tab. 4. Lidé se základním vzděláním uvádějí lepší fyzickou pohodu než s vysokoškolským vzděláním. Význam fyzické aktivity hraje v dnešní moderní době důležitou roli a pomáhá udržet organismus v dobrém zdravotním stavu a tělesné i duševní kondici. Zahrnuta je zde veškerá pohybová aktivita, která by měla být postupně zvyšována. Závislost jednotlivých domén nezávisí na postavení ani na vztahu. U pečujících jsou dopady na funkční a zdravotní stav mnohem výraznější, protože jejich role je spojená s převzetím určité zodpovědnosti, které prožívání uvedených situací umocňuje. Postupně dochází v rodině ke změnám rolí, rodinných zvyklostí, trávení volného času. Velikost těchto změn je podmíněna závažností onemocnění, jeho délkou, průběhem a prognózou. Záleží na kulturních a společenských zvycích v rodině a na způsobu zvládání zátěže. Příbuzní, kteří pečují o rodinného příslušníka, jsou v pozici pečujících zdrojem pomoci a opory.

Z dlouhodobého hlediska budou pečovatelé postupně potřebovat pomoc a oporu a neobejdou se bez pomoci sociálních kontaktů a vazeb. Pečující mívají sklon zanedbávat své vlastní tělesné, duševní a duchovní potřeby, mnohdy se odbývají, kladou na sebe zvýšené nároky zvládnout péči sám, nezatěžovat ostatní. Péče o nemocného v domácím prostředí může trvat několik týdnů, měsíců až let, kdy hrozí vyčerpání celé rodiny jak po stránce fyzické, tak emocionální.

Ferrario (2016) uvádí, že příbuzní se musí vyrovnat s LVAD, což může u nich vyvolávat pocity lítosti a viny, a dále by si měli uvědomit, že LVAD pomůže po určitou dobu. Zvláštní pozornost je potřeba věnovat mladým párům, které mohou mít problémy ve vztahu, změnách rolí a intimity. Počet nemocných s chronickým srdečním selháním bude na celém světě stoupat. Po splnění určitých kritérií mají nemocní nárok na transplantaci srdce, bohužel počet dárců je nedostatečný. Na straně druhé mnoho nemocných se srdečním selháním nemůže být z různých důvodů indikováno k transplantaci, např. pro pokročilý věk, polymorbidní nemocní aj. tak jsou indikováni k LVAD. Pro některé z nich je LVAD indikována jako „můstek“ před transplantací srdce, u některých jde o destinační terapii (Ferrario, 2016).

Pečující osoby potřebují pomoc profesionálů, diskuzi o obtížích a včasnou intervenci paliativní péče. Fitzsimons, Doherty et al. (2019) upozorňují na potřeby pečujících osob, a to jasnější komunikaci o diagnóze, prognóze a pomoc s nejistotou. Je potřebná včasná identifikace potřeb paliativní péče a koordinovanější poskytování služeb, řešení fyzických a emocionálních problémů od diagnózy až po úmrtí pečující osoby.

Byla zjišťována i míra obdržené sociální opory. Pečující dostávají sociální oporu od příbuzných a hodnotí ji na dobré úrovni. Minimální oporu dostávají od profesionálů (lékař, sestra).

V ošetrovatelské praxi měříme kvalitu života u nemocných s chronickým onemocněním. Je potřebné sledovat kvalitu života u pečujících osob, která se může postupně zhoršovat např. postupně progredujícím onemocněním u jejich příbuzného, délkou poskytované péče, úrovní sociální opory. Kvalita života může být u pečujících hodnocena všeobecně anebo zaměřena na pečující o nemocné se specifickým onemocněním. V zahraničí byly realizovány studie, které proběhly formou kvalitativního výzkumu a byl dohledán dotazník Zátěž pro pečovatele – dotazník pro osoby pečující o pacienty se srdečním selháváním, verze 3.0 (CBQ-HF). Z dohledaných zdrojů je zřejmé, že doposud nebyla provedena žádná randomizovaná studie, která by byla zaměřena na význam sociální opory u pečujících o nemocné s chronickým srdečním selháním (Haluzíková, 2018). Molazem et al. (2013) zdůrazňuje roli rodinného příslušníka, který by měl pacienta povzbuzovat, dohlížet na něj a poskytovat mu podporu. Bylo by vhodné, kdyby zdravotnické týmy vytvořily pro tuto skupinu pečujících generické dotazníky.

Velkou úlohu sehrávají zdravotníci, kteří by měli být schopni pomoci radou, kde vyhledat odborníky v oblasti psychologie, sociální práce, ergoterapie, fyzioterapie a dalších pomáhajících profesí.

ZÁVĚR

Chronické srdeční selhání je onemocnění se vzestupnou tendencí, přináší medicínské a socioekonomické problémy. Levostranné mechanické srdeční podpory představují v současnosti účinnou terapii v léčbě chronického srdečního selhání. Poskytování péče má negativní dopad na životy pečujících, kteří se cítí v této roli pozitivně. Zdravotnický tým by se měl zaměřit na minimalizování dopadů pro pečující a snížit tak negativní dopady na zdraví.

Příspěvek vznikl v rámci projektu IGS SU 10/2016

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] BUŽGOVÁ, R., ENDELOVÁ, P. 2010. Měření kvality života rodinných pečovatелů. *Praktický lékař*. 2010, roč. 90, č. 10, s. 597-601. ISSN 1803-6597.
- [2] FITZSIMONS, D., DOHERTY, L., C., MURPHY, M. et al. 2019. Inadequate Communication Exacerbates the Support Needs of Current and Bereaved caregivers in Advanced heart Failure and Impedes Shared Decision-making. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2019, Vol. 34, No. 1, p. 11-19. ISSN 0889-4655.
- [3] FERRARIO, S., R., OMARINI, P., CERUTTI, P. et al. 2016. When LVAD Patients Die: The Caregiver's Mourning. *Artificial Organs*. vol. 40, No. 5, pp. 454-458. [cit. 2019-03-03]. Dostupné z <http://www.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/aor.12594>
- [4] GONÇALVESOVÁ, E. et al. 2015. Organizácia starostlivosti o pacientov s chronickým srdcovým zlyháváním. In *Zlyhávanie srdca*. 2. přepracované a rozš. vyd. Bratislava: ProLitera, s. 203 -206. ISBN 978-80-89668-03-8.
- [5] GONÇALVESOVÁ, E., HULMAN, M., NETUKA 2015. *Mechanické podporné systémy*. In GONÇALVESOVÁ, E. *Zlyhávanie srdca*. 2. přepracované a rozš. vyd. Bratislava: ProLitera, s. 338-348. ISBN 978-80-89668-03-8.
- [6] HALUZÍKOVÁ, J. 2018. Sociální opora u pečujících o nemocné s levostrannou mechanickou srdeční oporou. *Logos Polytechnicos*. 2018, roč. 9., č. 2, s. 47-56. ISSN 2464-7551.
- [7] HUMPHREY, L., KULICH, K., DESCHASEAUX, C. et al. 2013. The Caregiver Burden Questionnaire for Heart Failure (CBQ-HF): face and content validity. *Health Qual Life Outcomes*. [online]. 2013, vol. 11, No. 84. [cit. 2019-03-03]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3673843/> doi: 10.1186/1477-7525-11-84

- [8] KURUCOVÁ, R. 2016. *Zátěž pečovatele posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevyléčitelně nemocné*. 1. vyd. Praha: Grada, 2016. 112 s. ISBN 978-80-247-5707-0.
- [9] MARCUCCILI, L., BAKAS, T., PAGANI, F. 2014. Family caregivers' inside perspectives: caring for an adult with a left ventricular assist device as a destination therapy. *Progres in Transplantation*. [online]. 2014, vol. 24, No, 24 p. 332-340. [cit. 2019-03-03]. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.7182/p2014684>.
- [10] MOLAZEM, ZAHRA, et al. 2013. Effect of continuous care model on lifestyle of patients with myocardial infarction. *ARYA Atherosclerosis* [online]. 9(3), 186–191 [cit. 2019-03-03]. Dostupné z: <http://www.arya.mui.ac.ir/index.php/arya/article/view/518/1174>.
- [11] ŠPINAR, J., ŠPINAROVÁ, L. 2015. Chronické srdeční selhání. In TÁBORSKÝ, M. et al. *Novinky v kardiologii*. 2015. 1. vyd. s. 212-229. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3712-9.
- [12] TABÁKOVÁ, M., VÁCLAVÍKOVÁ, P. 2008. Zátěž opatrovatela v domácím prostředí. *Profese on line*. 2008, roč. 1, č. 2, s. 77-88. ISSN 1803-4330. [cit. 2019-03-03]. Dostupné z: <https://www.profeseonline.upol.cz>
- [13] VÍTOVEC, J., KABELKA, L. 2015. Paliativní péče a chronické srdeční selhání. In GONÇALVESOVÁ, E. et al. *Zlyhávanie srdca*. 2. přepracované a rozš. vyd. Bratislava: ProLitera, s. 373 - 389. ISBN 978-80-89668-03-8.

EVALUATION OF SOCIAL SUPPORT OF FAMILY MEMBERS AND CARERS OF PATIENTS WITH LEFT VENTRICULAR ASSIST DEVICE

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

PhDr. Jana Haluzíková, PhD.
Slezská univerzita v Opavě
Fakulta veřejných politik
Ústav ošetrovatelství
Bezručovo nám. 14
746 01 Opava
e-mail: Jana.Haluzikova@fvp.slu.cz



ABSTRACT

The author focuses on assessment of social support in family members and caregivers of patients with left ventricular assist device. The Caregiver Burden Questionnaire for Heart Failure (CBQ-HF), version 3.0, questionnaire was used in the present survey. The CBQ-HF domains show certain interrelations. The physical and emotional comfort domains are significantly correlated to education level with $p < 0,05$. Relatives who provide care to family members are sources of support and assistance.

From the long-term perspective, caregivers themselves will need support and assistance. They will need a network of social contacts and relations. Caregivers tend to neglect their own physical, mental and spiritual needs, bearing excessive strain in managing care without other people's assistance. Caring in home settings can extend to weeks, months or years and the family can face physical and emotional exhaustion.

KEYWORDS:

chronic heart failure, left ventricular assist device, caregiver, caring

PÉČE O PACIENTY S NEHOJÍCÍ SE RÁNOU

ADÉLA HOLUBOVÁ
JIHOČESKÁ UNIVERZITA
V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

RESTRIAL, SPOL. S R.O., SOBĚSLAV

ABSTRAKT

Specializovaná pracoviště pro léčbu nehojících se ran dispensarizují široké spektrum pacientů, kteří přicházejí s různým typem ran a s různou etiologií ran, avšak mezi nejčastější typy ran můžeme řadit bércové vředy na podkladě žilní nedostatečnosti a defekty v terénu syndromu diabetické nohy. Základem kvalitní péče o ránu je zhodnocení jednak celkového stavu nemocného, lokální posouzení nehojící se rány a okolních tkání, ale také posouzení hlubších tkáňových struktur. Na základě komplexního posouzení a zhodnocení je zvolen vhodný materiál k zahájení lokální léčby za pomoci materiálů pro fázové hojení ran. Léčba je ve většině případů zdlouhavá a vyžaduje změnu vhodného materiálu dle hojivého procesu a zejména s ohledem na stav rány (změnu spodiny rány) (Holubová, Pokorná, 2019). Nedílnou součástí správné péče o ránu je také débridement spodiny rány, kompresivní terapie u bércových vředů, žilní či smíšené etiologie a vhodné odlehčení u defektů na podkladu syndromu diabetické nohy. Cílem sdělení není detailní medicínský popis konkrétního onemocnění ani prezentace podrobné kazuistiky, nýbrž ukázka procesu

výběru materiálu pro fázové hojení ran (jednotlivé produkty jsou uváděny firemními názvy s doplněním kategorizace produktů) a další postupy v rámci komplexní péče o jednotlivé typy nehojících se ran.

KLÍČOVÁ SLOVA:

lokální léčba, nehojící se rána, fázové hojení ran

ÚVOD

Nehojící se rány jsou v současné době vážným socioekonomickým problémem, jehož řešení vyžaduje multidisciplinární přístup. V souvislosti s nezdravým životním stylem, se vzrůstající incidencí přidružených onemocnění jako je např. diabetes mellitus, obezita, kardiovaskulární choroby, polymorbidita pacientů a stoupající věk existuje reálný předpoklad, že výskyt nehojících se ran bude nadále stoupat (Stryja, 2011).

V následující části našeho příspěvku jsou prezentovány nehojící se rány na podkladě žilní nedostatečnosti a syndrom diabetické nohy.

ULCUS CRURIS VENOSUM - BÉRCOVÝ VŘED ŽILNÍ ETIOLOGIE

Venózní ulcerace je nejzávažnějším důsledkem chronické žilní insuficience na dolních končetinách (Prakash, 2018) a představuje 80 % ulcerací dolních končetin a onemocněním trpí 0,3 – 1 % populace produktivního věku. Pospíšilová a Holá uvádí, že bérkové vředy se vyskytují převážně u osob vyššího věku. U osob nad 70 let se prevalence pohybuje mezi 4–5 %, ovšem není výjimkou výskyt bérkových vředů i u mladších věkových kategorií, a to z 1 %. Z hlediska výskytu bérkových ulcerací je patrná spíše rostoucí tendence a nárůst výskytu tohoto onemocnění i u mladší generace (Pospíšilová, 2008, Holá, 2011). Onemocnění více postihuje ženy, a to v poměru 2:1, kdy s přibývajícím věkem se poměr snižuje. Morbidita onemocnění má vážný dopad na kvalitu života pacienta. Příčinou vzniku je trvalá žilní hypertenze způsobená žilní nedostatečností. Diagnóza je převážně klinická, ale musí být odlišena od vředů jiných etiologií na dolních končetinách. Možnosti léčby žilních vředů zahrnují jak konzervativní léčbu (lokální terapie, kompresivní terapie), tak chirurgickou léčbu a nedílnou součástí je i léčba farmakologická (Prakash, 2013, Franks, 2016).

STRUČNÁ KAZUISTIKA:

Pacient J. Š., ročník 1954 přichází do ambulance hojení ran s nehojícími se ranami na bérce PDK.

Osobní anamnéza: CHŽI (chronická žilní insuficience), arteriální hypertenze. Nutriční screening (modifikace Nothinghamského dotazníku) – 3, Barthelové skóre – lehká závislost, bolest dle VAS (0-5) – 4.

Popis rány (Obr. č. 1):

Na laterální straně pravého bérce se nachází rozsáhlé nehojící se rány v rozsahu 20x15x0,3 cm. Craniálně je na spodině viditelná granulace rány, zbylá spodina je pokryta nekrózou, která se částečně od okrajů demarkuje. Okraje jsou s mírným zarudnutím, bez známek macerace, fluktuace, retence. Sekrece serózní – střední, foetor vulneris přítomen po odstranění sekundárního krytí.

Obr. č. 1: Bércový vřed žilní etiologie, stav 21.8.2015, (foto archiv autorky)



Navržená lokální terapie:

Obklad s roztokem Prontosanu (oplachový roztok), do okolí defektu Linovera (ochranný bariérový sprej). Na ránu byl aplikován HydroClean® advance (čisticí krytí) s cílem rozvolnit nekrózu a podpořit tak čisticí fázi rány. Přečasy byly prováděny v intervalu 24 hodin za pomoci dcery (po edukaci pracovníky ambulance).

Popis rány (Obr. č. 2):

Po dvou měsících je zřetelná epitalizace téměř po celé spodině rány. Na zbylou ránu se aplikoval Hydrocoll (hydrokoloid) a přečasy byly prováděny v intervalu 72 hodin do úplného zhojení rány.

Obr. č. 2: Bércový vřed žilní etiologie, stav 9.11.2015, (foto archiv autorky)



Nedílnou součástí léčby byly kvalitně přiložené kompresivní bandáže. Pacientka a její rodina byla edukována o vhodném provedení kompresivní terapie, a to za pomoci krátkotažných kompresivních obinadel, které je nutné přikládat ráno na lůžku vždy před svěšením končetin do svislé polohy (z lůžka). Obinadla se přikládají na řádně ošetřenou ránu, pokožku chráníme bavlněným tubicovým návlekem (obr. č. 3), noha a bérce svírají v hlezenním kloubu pravý úhel a v oblasti hlezenního kloubu je nejvyšší tlak (obr. č. 4).

Obr. č. 3: Ošetřený bérkový vřed a bavlněný návlek (foto archiv autorky)



Obr. č. 4: Kompresivní terapie za pomoci dvou krátkotažných kompresivních obinadel (foto archiv autorky)



Dále byla pacientka a její rodina upozorněna na nejčastější chyby při přikládání kompresivních bandáží do kterých řadíme: přiložení kompresivních obinadel jen na postižený úsek končetiny, nezabandážovaná pata, nedostatečný tah při přikládání obinadla, použití pouze jednoho či nedostačující množství použitých obinadel, konec obinadla zasunutý za poslední otáčku, nevhodný tlak při přikládání obinadel (měnící se tlak) (obr. č. 5, 6 a 7) (Stryja, 2011).

Obr. č. 5: Nesprávně provedeny kompresivní bandáže (foto archiv autorky)



Obr. č. 6: Asymetrické otoky po nevhodně povedených kompresivních bandážích
(foto archiv autorky)



Obr. č. 7: Vezikuly (puchýře) vyplněny hemoragicko-serózní tekutinou v oblasti palce LDK a nekrotické defekty na nártu PDK po nevhodně přiložených kompresivních bandážích (foto archiv autorky)



SYNDROM DIABETICKÉ NOHY

Syndrom diabetické nohy (z anj. DFU – Diabetic foot ulcer, v českém jazyce akronym SDN) představuje vážnou pozdní komplikaci diabetu, která může pacienta ohrožovat infekcí, sepsí až různě vysokou amputací. Mezinárodní konsenzus syndromu diabetické nohy definuje SDN jako ulceraci nebo poškození hlubokých tkání nohy distálně od kotníku včetně kotníku. Diagnostika ischemické choroby dolních končetin u diabetiků je vzhledem k atypickým příznakům obtížná, avšak cévní vyšetření tepen dolních končetin je podle mezinárodního konsensu indikováno: u všech pacientů s diabetem a ulcerací (neinvasivní vyšetření, které je zaměřeno i na pedální tepny) a u pacientů s nehojící se ulcerací (angiografie, invazivní cévní vyšetření).

STRUČNÁ KAZUISTIKA:

Pacient J. N., ročník 1960, přichází do ambulance hojení ran s rozsáhlou ránou po extrakci metatarzálních kostí na pravé noze v terénu SDN.

Osobní anamnéza: DM II. typu (inzulinoterapie), arteriální hypertenze, hyperlipidemie, diabetická neuropatie, ischemická choroba dolních končetin. Nutriční screening (modifikace Nothingshamského dotazníku) – 4, Barthelové skóre – lehká závislost, bolest dle VAS (0-5) – 0 (vzhledem k diabetické neuropatii).

Popis rány (Obr. č. 8):

Levá noha po amputaci palce, na plosce nohy rozsáhlá incize o velikosti 13x4x1 cm – Wagner 3. Na spodině rány vlhká nekróza s granulací. Okraje jsou klidné. Okolí je bez známek zánětu, macerace, fluktuace, retence. Sekrece serózní – střední, foetor vulneris přítomen po odstranění sekundárního krytí.

Obr. č. 8: Syndrom diabetické nohy, stav 3.11.2015 (foto archiv autorky)



Navržená lokální terapie:

Obklad roztokem Prontosanu (oplachový roztok), do okolí rány Linovera (ochranný bariérový sprej). Do rány aplikovat Prontosan wound gel X (hydrogel) a Melgisorb Ag (alginát se stříbrem) s cílem rozpustit nekrózu a využít aseptického působení stříbra. Jako sekundární krytí byl zvolen Zetuvit (superabsorbční krytí). Převozby byly prováděny v intervalu 72 hodin v domácím prostředí za pomoci dcery pacienta (po edukaci pracovníky ambulance). Součástí komplexní léčby bylo odlehčení končetiny za pomoci walker a dvou francouzských holí (pohyb na invalidním vozíku vzhledem k panelákové bytové jednotce nebyl možný).

Popis rány (Obr. č. 9):

Po jednom měsíci došlo ke zmenšení defektu, zlepšení granulační i čistící fáze.

Obr. č. 9: Syndrom diabetické nohy, stav 3.12.2015 (foto archiv autorky)



Navržená lokální terapie:

Obklad roztokem Aquitox (oplachový roztok), do okolí rány Linovera (ochranný bariérový sprej). Do rány aplikovat Cutimed® Sorbact® gel (hydrogel) s cílem podpořit granulační a čistící fázi. Jako sekundární krytí byl zvolen Cutimed® Sorbion® (superabsorbční krytí). Převozby byly opět prováděny v intervalu 72 hodin v domácím prostředí za pomoci dcery pacienta. Součástí komplexní léčby bylo odlehčení končetiny za pomoci walker a dvou francouzských holí (pohyb na invalidním vozíku vzhledem k panelákové bytové jednotce nebyl možný).

Popis rány (Obr. č. 10):

Po dalším měsíci je rána téměř zhojena.

Obr. č. 10: Syndrom diabetické nohy, stav 19.1.2016 (foto archiv autorky)



Chirurgický a ostrý débridement je u SDN nejvíce preferovanou lokální terapií. V doporučení Wound Healing Society pro léčbu diabetických ulcerací je tento débridement označen jako preferovaná metoda s úrovní evidence I. Tyto débridementy bývají spojeny s větším či menším krvácením z ošetřené plochy. Spuštěním koagulační kaskády vede k uvolnění řady růstových faktorů a cytokinů na spodině rány což je nezbytné pro hojení rány (Stryja, 2015).

Pravidelné odstraňování hyperkeratóz (tvrdé, žluté kůže) v okolí defektu a v dalších oblastech na chodidle u diabetika, odstranění nekrotické tkáně, fibrinových povlaků nebo tkáňové drtě je jedním z nezbytných výkonů, které patří ke komplexnosti péče o rány na podkladu syndromu diabetické nohy (obr. č. 11, 12, 13 a 14).

Obr. č. 11: Neuropatická rána na podkladu syndromu diabetické nohy před chirurgickým débridementem za pomoci skalpelu (foto archiv autorky)



Obr. č. 12: Neuropatická rána na podkladu syndromu diabetické nohy po chirurgickém débridementem za pomoci skalpelu (foto archiv autorky)



Obr. č. 13: Rána po amputaci palce před ostrým débridementem (foto archiv autorky)



Obr. č. 14: Rána po amputaci palce po ostrém débridementu (foto archiv autorky)



ZÁVĚR

Hlavními cíli ve wound managementu je eliminace všech příčin: lokálních a systémových, které mohou prodlužovat nebo komplikovat hojení, dosažení efektivního a ekonomicky zohledněného zhojení rány. U nezhojitelných ran je cílem zvýšení kvality života nemocného (Pokorná, 2012). Nehojící se rána je vyznačována tím, že neprochází řádným procesem hojení jak z hlediska času, tak ani z pohledu vlastní patofyziologie hojení. Proces hojení je velmi odlišný od akutní rány. Abychom mohli zahájit, sledovat či kontrolovat proces hojení je nutné vhodně připravit spodinu rány. Proces hojení a vzhled spodiny rány není statickou nýbrž mnohdy velmi rychle se měnící záležitostí.

Výběr vhodného terapeutického materiálu k fázovému hojení ran je jedním ze základních kamenů pro úspěšný proces hojení, avšak bez komplexního přístupu se v léčbě ran neobejdeme. Nehojící se rána je většinou symptomem jiného onemocnění, a proto musí být zajištěna i kvalitní kauzální terapie.

V neposlední řadě je významná efektivní spolupráce pacienta a jeho rodiny co se týče dodržování léčebného režimu, odlehčování končetiny a pravidelné, a hlavně správně provedené převazy (Pokorná, Mrázová, 2012, Pokorná, 2013).

Autorka článku není pracovně či jakkoliv jinak spjata s firmami a společnostmi, jejichž produkty jsou v příspěvku zmiňovány a byly využívány pro terapii pacientů.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] FRANKS, P., BARKER, J., COLLIER, M. et al., 2016. Management of patients with venous leg ulcer: challenges and current best practice,. [online]. *J Wound Care*. [cit. 2018-07-23]. 25 (6), Suppl, 1–67.
- [2] HOLÁ, M., 2011. Jak ošetřovat bérkový vřed. *Podiatrické listy*. 1(10). ISSN: 2336-7725.
- [3] HOLUBOVÁ, A., POKORNÁ, A. 2019. Lokální léčba defektů různé etiologie. *Dermatologie pro praxi*. 13(1):49-52. ISSN: 1802-2960.
- [4] JIRKOVSKÁ, A., BÉM, R., 2011. *Praktická podiatrie*. Praha: Maxdorf. 139 s. ISBN: 978-80-7345-245-2.
- [5] POKORNÁ, A., 2013. Klinický algoritmus pro hodnocení nehojící se rány [CD -ROM]. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotních oborů. 20 s. ISBN 978-80-7013-563-1.
- [6] POKORNÁ, A., 2012. Úvod do *wound managementu* – příručka k hojení chronických ran pro studenty nelékařských studijních oborů. Brno. Brno MU. 126 s. ISBN: 978-80-210-6048-7.
- [7] POKORNÁ, A., MRÁZOVÁ, A., 2012 *Kompendium hojení ran pro sestry*. Praha: Grada. 192 s. ISBN: 978-80-247-3371-5.
- [8] POSPÍŠILOVÁ, A., 2008. Bérkový vřed. *Dermatologie pro praxi*. 2(2):79-84. ISSN: 1802-2960.
- [9] PRAKASH, S., TIWARY, S., MISHRA, M., et al., 2013. Venous Ulcer: Review Article. [online]*Surgical Science*. [cit. 2018-07-23]. 4 (2), 144-150. Dostupné z: https://www.scirp.org/journal/PaperInformation.aspx?PaperID=27867&utm_campaign=296533276_10203AIVtArTCh3fUgM9EAAYBCAAEgJLb_D_BwE.0929756&utm_source=lixiaofang&utm_medium=adwords&utm_term=&utm_content=dsa295317350131_c__1t4__1003712_b&gclid=EAlaIQobChMivLbo4-
- [10] STRYJA, J. a kol., 2011. *Repetitorium hojení ran 2*. Praha: Geum. 371 s. ISBN: 978-80-86256-79-5.

CARE OF PATIENTS WITH NON-HEALING WOUNDS



KONTAKTNÍ ÚDAJE:

PhDr. Adéla Holubová
ResTrial, spol s r.o.
Diabetologická a podiatrická
ambulance Soběslav
Poliklinika Soběslav
P. Voka 159
392 01 Soběslav
e-mail: adela.holubova@restrial.com

ABSTRACT

Specialized centres for the treatment of non-healing wounds dispensarize a broad spectrum of patients who come with different types of wounds and with different etiologies of wounds, but the most common types of wounds can include venous insufficiency ulcers and defects in the field of diabetic foot syndrome (DFS). Assessment of the overall condition of the patient, local assessment of the non-healing wound and surrounding tissues as well as assessment of deeper tissue structures serve as a basis for good wound management. On the basis of a comprehensive assessment and evaluation, a suitable material is selected to start local therapy using materials for phase wound healing. In most cases, therapy is time consuming and requires a change of suitable material according to the healing process and, in particular, with regard to the state of wound (change in wound bed) (Holubová, Pokorná, 2019). Debridement of wound bed, compressive therapy for venous ulcers of venous or mixed etiology, and suitable relief for DFS defects form an integral part of good wound management. The objective of the statement is not to provide a detailed description of a particular disease or present a detailed case study, but

show the process of selecting material for phase wound healing (individual products are given with their company names, with the addition of product categorization) and other procedures in the context of comprehensive care for each type of non-healing wound.

KEYWORDS:

local therapy, non-healing wound, phase wound healing

SUBKUTÁNNÍ INJEKČNÍ APLIKACE NÍZKOMOLEKULÁRNÍCH HEPARINŮ SESTROU

ZUZANA HLUBKOVÁ
JIŘINA HOSÁKOVÁ
MARTINA ZUBALOVÁ
SLEZSKÁ UNIVERZITA V OPAVĚ



ABSTRAKT

Subkutánní aplikace léčiv představuje obecně méně častou, ale v oblasti nízkomolekulárních heparinů velmi významnou parenterální cestu podání léčivých látek (Mašková, Kubová, 2014, s. 503). Cílem výzkumného šetření bylo zhodnotit aplikaci nízkomolekulárních heparinů sestrou formou subkutánní injekce. Byla využita metoda kvantitativního výzkumu pomocí nestandardizovaného originálního dotazníku sestaveného na základě analýzy dostupných aktuálních českých i zahraničních zdrojů. Výzkumný soubor tvořilo 179 sester pracujících ve vybraných zdravotnických zařízeních Moravsko-slezského kraje. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že nejméně jedné chyby při aplikaci nízkomolekulárních heparinů se dopouští 141 sester (78,78 %). Mezi sestrami se uplatnil rozdíl podle získaného vzdělání, přičemž sestry s vyšším vzděláním méně chybovaly. K nejčastějším chybám při aplikaci nízkomolekulárních heparinů se řadilo nevhodně zvolené místo k aplikaci, nedostatečně dlouhé držení kožní řasy během aplikace, rychlá aplikace, odstranění vzduchové bubliny z předplněné stříkačky,

či nevhodně zvolený úhel pro aplikaci tohoto léku. Závěrem lze říci, že není možné označit jediný správný postup pro aplikaci nízkomolekulárních heparinů formou aplikace subkutánní injekce. Ovšem vhodně zvolená technika aplikace snižuje výskyt hematomu a bolesti v místě vpichu.

KLÍČOVÁ SLOVA:

subkutánní injekce, nízkomolekulární heparin, LMWH, sestra, ošetřovatelství

ÚVOD

Subkutánní aplikace léčiv představuje obecně méně častou, ale v oblasti nízkomolekulárních heparinů velmi významnou parenterální cestu podání léčivých látek (Mašková, Kubová, 2014, s. 503). Principem aplikace subkutánní injekce je přívod léčivé látky do podkožní tkáně s krevními a lymfatickými kapilárami, prostřednictvím kterých se léčivo dále vstřebává (Kinnunen, Mursny, 2014, s. 22–32). Ve srovnání s intra-venózní aplikací léčiv představuje subkutánní podání méně invazivní cestu (Mašková, Kubová, 2014, s. 503–504).

Technice aplikace LMWH se věnuje větší pozornost od konce devadesátých let 20. století, kdy LMWH začaly být v praxi běžně aplikovány (první dohledané studie pochází z let 1980–1990). Postup při subkutánní aplikaci nízkomolekulárního heparinu je v některých krocích specifický, odlišný od klasické techniky aplikace subkutánní injekce. Většina preparátů LMWH je v dnešní době pacientům podávána v podobě předplněných injekčních stříkaček k jednorázovému použití. Spíš v ojedinělých případech se setra v praxi setkává s nízkomolekulárními hepariny ve formě vodného roztoku v lahvičkách. Hlavní odlišnosti techniky aplikace nízkomolekulárních heparinů spočívají zejména v preferenci místa vpichu, přítomnosti vzduchové bubliny v injekční stříkačce, doporučeném úhlu vpichu, držení kožní rasy při aplikaci, rychlosti aplikace injekčního léčiva a masírování místa vpichu po aplikaci injekce (Campos, 2013; Mikšová, 2006; Malá, 2008; Sanofi - Aventis, 2012; Alfa Wassermann, 2013). Doporučení a informace v tomto článku jsou platné pro pacienty s normálním body mass indexem.

MATERIÁL A METODY

Byla použita metoda kvantitativního výzkumu prostřednictvím nestandardizovaného originálního dotazníku sestaveného na základě analýzy dostupných aktuálních českých i zahraničních zdrojů. Samotnému výzkumu předcházela pilotní studie zahrnující 12 všeobecných sester. Výsledky pilotní studie nebyly zahrnuty do výzkumného šetření. Dotazník upravený na základě poznatků z pilotního šetření se sestával celkem z 31 otázek mapujících techniku aplikace nízkomolekulárního heparinu pacientům a demografické a kontextuální charakteristiky respondentů. Z celkového počtu 250 distribuovaných dotazníků se vrátilo 189 dotazníků (75,6 %). Po vyřazení neúplně vyplněných dotazníků bylo k finálnímu zpracování využito 179 dotazníků. Při sběru dat byla zachována anonymita respondentů vložím vyplněného dotazníku do připravené obálky. Data byla zpracována prostřednictvím Microsoft Office Excel a vyhodnocena s použitím základní popisné statistiky.

Výzkumný soubor byl tvořen 179 sestrami (172 všeobecných sester, 7 praktických sester) ve vybraných zdravotnických zařízeních Moravskoslezského kraje. Nejpočetnější skupinu respondentů podle počtu let praxe zastupovala skupina sester pracujících ve své profesi 0–10 let ($n = 33,52 \%$). Do 5 let vykonávalo praxi 36 respondentů

(n = 20,11 %), 6–10 let pracovalo 24 sester (n = 13,41 %). Delší praxi v rozsahu 11–20 let uvedlo 57 sester (n = 31,84 %). Délka praxe 21–30 let byla zaznamenána u 41 sester (n = 22,91 %). Nejdelší praxe představující více než 31 let v oboru všeobecná sestra zastupovala nejmenší skupina představující 21 respondentů (n = 11,73 %). Při srovnání souboru respondentů podle nejvyššího dosaženého vzdělání zastupovalo největší počet sester (n = 126, 70,39%) vzdělání středoškolské s maturitou. Vyšší odborné vzdělání získalo 24 sester (n = 13,41 %). Vysokoškolsky vzdělaných sester bylo 29 sester (n = 16,20 %). Z celkového souboru respondentů absolvovalo 59 sester další specializační studium (nejčastěji v oboru anesteziologicko-resuscitační péče nebo psychiatrie). Nejvíce sester pracovalo na pracovišti chirurgického oboru (n = 57, 31,84 %), dále na pracovišti spadajícího do interních oborů (n = 49, 27,37 %), na odděleních psychiatrie působilo 48 sester (n = 26,82 %), a intenzivní nebo resuscitační pracoviště zastupovalo 25 sester (n = 13,97 %).

Sestry se běžně setkávaly s nízkomolekulárními hepariny v předplněných stříkačkách (n = 138, 77,09 %), ale i s tímto typem léčiva ve formě vodného roztoku v lahvičkách (n = 18, 10,06 %), nebo obojí variantou (n=23, 12,85 %). Několikrát denně aplikovalo nízkomolekulární heparin 107 sester (n = 59,78 %). Několikrát týdně aplikovalo LMWH celkem 23 sester (n = 12,85 %). S méně častou aplikací v rozsahu několikrát měsíčně se setkává 19 sester (n = 10,61 %) a několikrát ročně aplikuje nízkomolekulární hepariny 30 sester (n = 16,76 %).

Výsledky a diskuze

Z výzkumného šetření vyplývá, že správně aplikuje nízkomolekulární heparin pouze 38 respondentů (21,22 %), 141 respondentů (78,78 %) se dopouští minimálně jedné chyby během provádění této ošetrovatelské intervence. Studie autorů Durusoy et al. (2013) udává, že určitou chybu při aplikaci LMWH udělá minimálně 1/3 sester.

Sestry přeceňují své znalosti o mapované ošetrovatelské intervenci subkutánní aplikace nízkomolekulárního heparinu. Celkově 156 sester (n = 87,15 %) se domnívá, že má dostatek informací o technice subkutánní aplikace LMWH. Navíc 83 sester z výzkumného souboru (n = 46,37 %) uvedlo, že další informace nepotřebují. Výsledky výzkumného šetření potvrdily, že při této ošetrovatelské intervenci dochází k častému pochybení. Další vzdělání sester v této oblasti by bylo na místě. Znalosti o technice aplikace nízkomolekulárního heparinu získaly sestry ve výzkumném souboru nejčastěji během studia ve škole (n = 110, 61, 45 %), dále pak v příbalových letácích jednotlivých preparátů (n = 70, 39,11 %), nebo od kolegů (n = 56, 32,28 %). Podle autorů Holešinského, Vršecké (2018, s. 225) patří mezi nejpreferovanější typ celoživotního vzdělávání u sester navštěvování seminářů, konferencí či školicích akcí. V námi provedeném výzkumu získalo informace o technice aplikace nízkomolekulárního heparinu na odborném semináři pouze 12 sester (n = 6,7 %), ale nejvíce sester ze souboru (n = 86, 54,09 %) by přivítalo informace poskytnuté právě formou odborného semináře v nemocnici.

Technika aplikace nízkomolekulárního heparinu se liší od klasických subkutánních injekcí. Při aplikaci klasické subkutánní injekce se doporučuje střídat tělní oblasti břicha, paží a stehen, na rozdíl u subkutánní aplikace LMWH kde je výhradně doporučováno aplikovat do oblasti břicha (Craven, 2009; Mikšová, 2006; Jirkovský, 2012). Nejrychleji se subkutánně aplikovaný lék vstřebává z podkoží břicha, kde absorpce není podmíněna zvýšenou fyzickou zátěží, a je tedy nejméně variabilní (Mašková, Kubová, 2014, s. 503–509). Vhodné místo pro vpich je anterolaterální oblast břišní stěny (Campos, 2013; Mikšová, 2006; Malá, 2008; Sanofi – Aventis, 2012; Alfa Wassermann, 2013), minimálně 5 cm od pupku (Campos, 2013; Mikšová, 2006; Sanofi – Aventis, 2012; Alfa Wassermann, 2013). V případě nemožnosti aplikovat LMWH do oblasti břicha, lze eventuálně provést aplikaci do stehna (Campos, 2013; Durusoy, 2010), či do dorzogluteální oblasti (Alfa Wassermann, 2013; Pfizer, 2010). Nebyla dohledaná žádná studie, guidelines, či doporučení výrobce, která by připouštěla aplikace do paže.

Sestry v našem výzkumu aplikovaly nízkomolekulární hepariny nejčastěji do oblasti břicha ($n = 124$, 69,37 %) a oblasti paže ($n = 54$, 30,17 %). Možnost aplikace do stehna nebo dorzogluteální oblasti nezvolila žádná sestra ve výzkumném souboru. Dodržení vhodného místa – anterolaterální oblast břišní stěny, minimálně 5 cm od pupku, uvedlo celkem 123 sester (68,72 %). Nejčastějším pochybením bylo nedodržení vzdálenosti od pupku.

Při aplikaci nízkomolekulárních heparinů je doporučována pohodlná poloha vleže (Mikšová, 2006), eventuálně vsedě při autoaplikaci pacientem (Sanofi – Aventis, 2012, Glaxo Group Ltd, 2013). V našem výzkumu dodrželo polohu vleže celkem 169 sester ($n = 94,41$ %).

Úhel aplikace běžné subkutánní injekce bývá doporučován od 45° do 90° zejména v závislosti na délce aplikační jehly (Hirsch, Byron, Gibney, 2014; Mikšová, 2006; Jirkovský, 2012). Při subkutánní injekci LMWH je doporučováno dodržení úhlu 90° (Campus, 2013; CDHB, 2013; Sanofi – Aventis, 2012). Délka jehly u předplněných injekčních stříkaček nízkomolekulárního heparinu nemá vliv na techniku aplikace (Campus, 2013). V našem výzkumu dodrželo úhel vpichu 90° celkem 136 sester (75,98 % souboru).

Vzduchová bublina, přítomná v předplněných stříkačkách, přispívá k podpoře hemostázy v místě vpichu, její absence zvyšuje riziko vzniku hematomu v místě vpichu (Campus, 2013). Aplikace nízkomolekulárního heparinu v podobě předplněné stříkačky je doporučována v originální podobě, bez odstraňování vzduchové bubliny (Campus, 2013; CDHB, 2013; Sanofi – Aventis, 2012). Campus (2013) doporučuje aplikaci nízkomolekulárního heparinu se vzduchovou bublinou i v nepředplněných stříkačkách. V našem výzkumu správně odpovědělo 115 respondentů (71,43 %) – tito respondenti neodstraňují vzduchovou bublinu z předplněné stříkačky.

Aplikace nízkomolekulárního heparinu je doporučena za přítomnosti kožní řasy, která se utvoří před vpichem jehly do podkoží, drží se po celou dobu aplikace a pouští se až

po vytažení jehly z podkoží (Glaxo Group Ltd, 2013; Glaxo Group Ltd, 2007; Jirkovský, 2012; Mikšová, 2006; Malá et al., 2008; Sanofi – Aventis, 2012). Celkem 163 sester z našeho výzkumného souboru (n = 91,06 %) dodrželo doporučený postup využitím kožní řasy při penetraci kůže, ovšem během celé aplikace správně postupovalo jen 36 sester (n = 21,43 %).

Aspirace před vpravením léčivé látky do podkoží při LMWH se nedoporučuje, a to ani v případě použití vodného roztoku nízkomolekulárního heparinu nasátého do injekční stříkačky (Craven, 2009; Jirkovský, 2012, Mikšová, 2006). Aspirace zvyšuje riziko pohybu jehly v podkoží, což přispívá k většímu výskytu hematomů (Campos, 2013). V našem výzkumu postupovalo správně 125 sester (n = 69,83 %). Studie autorů Durusoy et al. (2013) udává, že n = 42,2 % sester aspiruje po vpichu LMWH.

Z hlediska délky samotné aplikace je doporučováno pomalé vpravení nízkomolekulárního heparinu (Campos, 2013). Autoři doporučují různou délku trvající od 10 po 30 vteřin (Campos, 2013; Pourghaznein, 2014). Výsledky ohledně délky aplikace nízkomolekulárního heparinu z pohledu délky aplikace zobrazuje tabulka 1.

Tabulka 1: Délka aplikace LMWH

Délka aplikace LMWH	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
0–5 sekund	67	37,43 %
6–10 sekund	98	54,75 %
11–20 sekund	12	6,7 %
21 sekund a více	2	1,12 %
Celkem	179	100 %

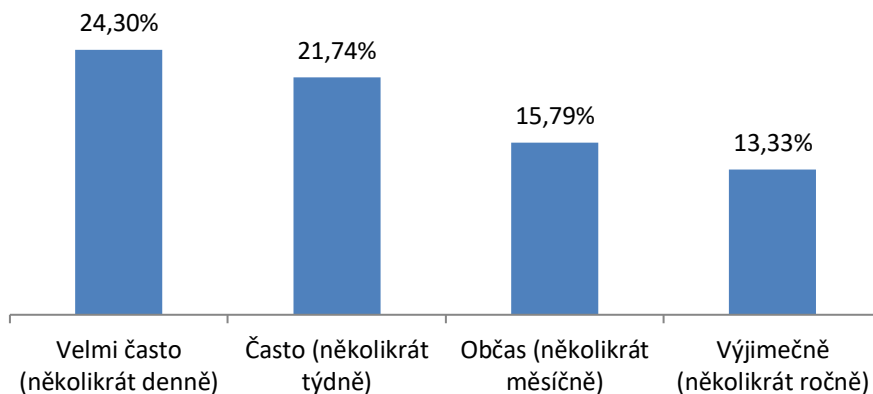
Vytažení jehly z podkoží po aplikaci LMWH se doporučuje až několik vteřin po vpravení léčiva, což minimalizuje riziko vzniku hematomů v místě vpichu (Campos, 2013), přesněji 5 vteřin (Pourghaznein, 2014) až 10 vteřin (CDHB, 2013). Respondenti v našem výzkumu nejčastěji vytahují jehlu *ihned poté, co se sám aktivuje bezpečnostní kryt stříkačky*, odpovědělo takto 76 respondentů (n = 42,46 %). Dále 56 respondentů (n = 31,28 %) *ponechává v podkoží jehlu po dobu 1–4 sekund*, celkem 9 respondentů (n = 5,03 %) *ponechává jehlu po aplikaci LMWH po dobu 5 sekund a více*. *Ihned po aplikaci vytahuje z podkoží jehlu* 38 respondentů (21,23 %), tento postup není doporučován.

Masírování místa vpichu po aplikaci nízkomolekulárního heparinu se na rozdíl od klasické subkutánní aplikace nedoporučuje (Craven, 2009; Jirkovský, 2012; Mikšová, 2006; Sanofi – Aventis, 2012). V našem výzkumu odpovědělo správně, tedy že neprovádí masáž místa vpichu celkem 146 sester (n = 81,56 %).

Bylo zjištěno, že délka praxe sester nemá vliv na znalosti o aplikaci nízkomolekulárních heparinů. Rozdíl byl zaznamenán podle dosaženého vzdělání, kdy respondenti s nižším dosaženým vzděláním se častěji dopouští minimálně jedné chyby při aplikaci LMWH než respondenti se vzděláním vyšším. Správně aplikuje LMWH $n = 18,25 \%$ respondentů se středoškolským vzděláním s maturitou, respondentů s vyšším odborným vzděláním (Dis) aplikuje bez chyby $n = 20,83 \%$. Nejméně chybují vysokoškolsky vzdělaní respondenti (Bc., Mgr.) $n = 34,48 \%$.

Bylo zjištěno, že se snižující se frekvencí aplikace LMWH v ošetrovatelské praxi klesá i znalost správného postupu aplikace sestrami. Z respondentů, kteří nízkomolekulární hepariny v praxi aplikují velmi často, správně aplikuje $n = 24,3 \%$. Naopak z respondentů aplikujících LMWH v praxi výjimečně zná správný postup jen $n = 13,33 \%$. Pro přehlednost jsou výsledky zobrazeny grafem 1.

Graf 1: Správná aplikace LMWH do břicha dle frekvence aplikace LMWH



ZÁVĚR

Z dostupných informací bylo zjištěno, že není možné označit jediný správný postup pro aplikaci nízkomolekulárních heparinů formou aplikace subkutánní injekce. Mezi sestrami se uplatnil rozdíl v pochybeních při aplikaci nízkomolekulárních heparinů formou subkutánní injekce podle získaného vzdělání, přičemž sestry s vyšším vzděláním méně chybovaly. K nejčastějším chybám při aplikaci nízkomolekulárních heparinů se řadilo nevhodně zvolené místo k aplikaci, nedostatečně dlouhé držení kožní řasy během aplikace, rychlá aplikace, odstranění vzduchové bubliny z předplněné stříkačky, či nevhodně zvolený úhel pro aplikaci tohoto léku.

O podcenění této problematiky ze strany sester svědčí zjištění, že většina sester se domnívá, že má dostatek informací o technice subkutánní aplikace nízkomolekulárních heparinů. Sestry uváděly, že další informace nepotřebují, ovšem výsledky výzkumného šetření povrdily, že při této ošetrovatelské intervenci dochází k častému pochybení. Vhodně zvolená technika subkutánní aplikace nízkomolekulárního heparinu snižuje výskyt hematomu a bolesti v místě vpichu, tím může pomoci zlepšit kvalitu péče o pacienty.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] ALFA WASSERMAN S.P.A. 2013. *Souhrn údajů o přípravku. Fluxum*. [PDF online]. Alfa Wasserman S.p.a. Poslední změna 23. 10. 2013. [cit. 12. 2. 2014]. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/modules/medication/download.php?file=SPC52234.pdf&type=spc&as=fluxum-3200-i-u-axa-spc>.
- [2] CAMPOS, J. D. F. et al. 2013. Subcutaneous administration technique of low-molecular-weight heparins: An integrative review. *Clinical Nursing Studies* [online]. 2013, roč. 1, č. 4 [cit. 25. 3. 2019]. ISSN 2324-7959. DOI: 10.5430/cns.v1n4p36. Dostupné z: <http://www.sciedu.ca/journal/index.php/cns/article/view/2915/1945>.
- [3] CDHB. 2013. Fluid and medication management committee. *Low Molecular Weight Heparin (LMWH) Subcutaneous Injection Administration Procedure* [PDF online]. Canterbury DHB, 2013 [cit. 10. 3. 2019]. Dostupné z: <https://www.cdhb.health.nz/Hospitals-Services/Health-Professionals/CDHB-Policies/Fluid-Medication-Manual/Documents/Low-Molecular-Weight-Heparin-Subcutaneous-Administration-Procedure.pdf>
- [4] CRAVEN, R. F., HIRNLE, C. J. 2009. *Fundamentals of nursing: human health and function*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2009. ISBN 978-0-7817-8023-0.
- [5] DURUSOY, M. A. et al. 2013. Knowledge and practice of nurses in Cyprus on subcutaneous heparin injection. *HealtMed* [online]. 2013, roč. 7, č. 5, s. 1543 – 1548 [cit. 10. 3. 2019]. ISSN 1986-8103. Dostupné z: <http://ebSCO.com/c/articles/88790742/knowledge-practice-nurses-cyprus-subcutaneous-heparin-injection>.
- [6] GLAXO GROUP LTD. 2013. *Příbalová informace: Informace pro uživatele. Fraxiparine*. [PDF online]. Glaxo Group Ltd., 2013. Poslední změna 09. 04. 2013 [cit. 12. 02. 2014]. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/modules/medication/download.php?file=PI45399.pdf&type=pil&as=fraxiparine-pil>.
- [8] GLAXO GROUP LTD. 2014. *Souhrn údajů o přípravku. Fraxiparin multi*. [PDF online]. Glaxo Group Ltd., 2014. Poslední změna 07. 1. 2014 [cit. 12. 2. 2014]. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/modules/medication/download.php?file=SPC55705.pdf&type=spc&as=fraxiparin-multi-spc>.
- [9] GLAXO GROUP LTD. 2007. *Souhrn údajů o přípravku. Arixtra*. [PDF online]. Glaxo Group Ltd., 2007. Poslední změna 21. 3. 2007. [cit. 12. 2. 2014]. Dostupné z: http://www.emea.europa.eu/docs/cs_CZ/document_library/EPAR_Product_Information/human/000403/WC500027746.pdf.
- [10] HIRSCH, L., BYRON, K., GIBNEY, M. 2014. Intramuscular Risk at Insulin Injection Sites-Measurement of the Distance from Skin to Muscle and Rationale for Shorter-Length Needles for Subcutaneous Insulin Therapy. *Diabetes Technology & Therapeutics* [online]. 2014, roč. 16, č. 12, s. 867–873 [cit. 10. 3. 2019]. DOI: 10.1089/dia.2014.0111. ISSN 1520-9156. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25329935>.

- [11] HOLEŠINSKÝ, R., VRŠECKÁ, P. 2018. Postoj všeobecných sester k celoživotnímu vzdělávání. *Logos polytechnikos*. 2018, roč. 9, č. 2, s. 225–235. ISSN 1804-3682.
- [12] JIRKOVSKÝ, D. et al. 2012. *Ošetrovatelské postupy a intervence*. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, 2012. 411 s. ISBN 978-80-87347-13-3.
- [13] KINNUNEN, H.M., MRSNY, R.J. 2014. Improving the outcomes of biopharmaceutical delivery via the subcutaneous route by understanding the chemical, physical and. physiological properties of the subcutaneous injection site. *Journal of Controlled Release*. 2014, roč. 182, č. 1, s. 22–32. ISSN 0168-3659.
- [14] MALÁ, M. et al. 2008. Antikoagulační léčba u nemocného s hlubokou žilní trombózou. *Medicína pro praxi*. 2008, roč. 5, č. 3, s. 133 – 135. ISSN 1214-8687.
- [15] MAŠKOVÁ, E., KUBOVÁ, K. 2014. Subkutánní aplikace léčiv – přehled a výhody podání. *Remedia*. 2014, roč. 24, č. 6, s. 503–509. ISSN 0862–8947.
- [16] MIKŠOVÁ, Z. 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče. II*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1443-4.
- [17] POURGHAEZNEIN, T., AZIMI, A. V., JAFARABADI, M. A. 2014. The effect of injection duration and injection site on pain and bruising of subcutaneous injection of heparin. *Journal of Clinical Nursing*. [online]. 2014, roč. 23, č. 7/8, s. 1105 – 1113 [cit. 5. 3. 2019]. DOI: 10.1111/jocn.12291. ISSN: 0966 1067. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail?vid=9&sid=edf9480b-ee4a-4567-b8d4-cdf1a0d63458%40sessionmgr4003&hid=4206&bdata=Jmxhbm9Y3Mmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=94832910>.
- [18] PFIZER. 2010. *Příbalová informace: Informace pro uživatele. Fragmin* [PDF online]. Pfizer, 29. 12. 2010 [cit. 12. 02. 2014]. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/modules/medication/download.php?file=PI12737.pdf&type=pil&as=fragmin-10000-m-j-anti-xa-0-4-ml-pil>.
- [19] SANOFI – AVENTIS. 2012. *Příbalová informace: Informace pro uživatele. Clexane*. [PDF online]. Sanofi – 2012. Poslední změna 09. 10. 2012 [cit. 12. 2. 2014]. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/modules/medication/download.php?file=PI37356.pdf&type=pil&as=clexane-pil>.

THE SUBCUTANEOUS INJECTIONS' APPLICATION OF LOW-MOLECULAR-WEIGHT HEPARINS BY A NURSE



ABSTRACT

Subcutaneous drug administration is generally less common, but it is a very important parenteral route of drug administration in the area of low-molecular-weight heparin (Mašková, Kubová, 2014, p. 503). The aim of the research was to evaluate the application of low-molecular-weight heparin by a nurse by a subcutaneous injection. A quantitative design was applied in the present research with a non-standardized questionnaire compiled on the basis of an analysis of available current Czech and foreign sources. The research sample consisted of 179 nurses working in selected hospitals in the Moravian-Silesian Region. It was found out that 141 nurses (78.78%) make at least one error in the application of low-molecular-weight heparin. A difference among nurses was discovered according to their degree of education, while nurses with a higher degree got better results. The most common errors in the application of low-molecular-weight heparin were an inappropriately chosen spot of application, an insufficient length of a hold of the skin fold during application, fast application, removal of an air bubble from a pre-filled syringe, or

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Zuzana Hlubková, Ph.D.
Slezská univerzita v Opavě
Fakulta veřejných politik v Opavě
Ústav ošetřovatelství
Bezručovo náměstí 885/14
746 01 Opava
e-mail: zuzana.hlubkova@fvp.slu.cz

Mgr. Jiřina Hosáková, Ph.D.
Slezská univerzita v Opavě
Fakulta veřejných politik v Opavě
Ústav ošetřovatelství
Bezručovo náměstí 885/14
746 01 Opava
e-mail: jirina.hosakova@fvp.slu.cz

Mgr. Bc. Martina Zubalová
Slezská univerzita v Opavě
Fakulta veřejných politik v Opavě
Ústav ošetřovatelství
Bezručovo náměstí 885/14
746 01 Opava
e-mail: martina.zubalova@seznam.cz

an unsuitable angle for application of this drug. In conclusion, it is not possible to describe a single correct procedure for the application of low molecular weight heparin by a subcutaneous injection. However, an appropriately chosen technique of application reduces the occurrence of hematoma and pain at the injection site.

KEYWORDS:

subcutaneous injection, low-molecular-weight heparin, LMWH, nurse, nursing

RIZIKO PÁDU HOSPITALIZOVANÉHO PACIENTA Z POHLEDU SESTRY

LUCIE DVOŘÁKOVÁ
MĚSTSKÁ NEMOCNICE ČÁSLAV

JANA VÁCOVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA

JIHOČESKÁ UNIVERZITA
V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ABSTRAKT

Pád pacienta je nejrizikovější a nejčastější nežádoucí událostí ve zdravotnické organizaci, která zpomaluje a prodlužuje léčbu. Znamená zhoršení prognózy, komplikuje léčbu zraněním způsobeným pádem, ztěžuje průběh základního onemocnění. Pád zasahuje i do psychického stavu pacienta, obavy z opakovaného pádu zvyšují strach z pohybu a fyzické aktivity, což zvyšuje pravděpodobnost vzniku imobilizačního syndromu.

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jaké jsou nejčastější příčiny pádu hospitalizovaného pacienta z pohledu sestry. Metodika: Sběr dat k výzkumnému šetření probíhal metodou kvantitativního výzkumu pomocí techniky dotazování formou anonymního dotazníku. S realizací výzkumného šetření souhlasily dvě nemocnice Kraje Vysočina. Výzkumného šetření se dobrovolně zúčastnilo 102 respondentů.

Výsledky: Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že sestry považují za nejčastější příčiny pádu pacienta při hospitalizaci poruchu rovnováhy pacienta nebo jeho slabost.

Závěr: Ve strategii snižování incidence pádů hospitalizovaného pacienta je žádoucí spolupráce nelékařských zdravotnických profesí a edukace všeobecných sester o příčinách těchto pádů.

KLÍČOVÁ SLOVA:

pád pacienta, všeobecná sestra,
prevence pádu pacienta.

ÚVOD

Pád pacienta je definován jako změna polohy, která končí kontaktem pacientova těla se zemí, může být doprovázen poruchou vědomí a poraněním (Topinková, 2005). Pády tvoří velkou část nežádoucích událostí vzniklých ve zdravotnických zařízeních. Ačkoliv pádům nelze úplně zamezit, lze značně zredukovat jejich výskyt vhodným nastavením intervenčních opatření zaměřených na prevenci jejich vzniku (Joint Commission Resources, 2008). Pády se objevují v každé věkové skupině, ale nejvíce postihují geriatrické pacienty, kde významně zhoršují soběstačnost pacienta a zvyšují morbiditu a mortalitu. Pády a následné zranění jsou závažné skutečnosti, které obvykle vedou ke komplikacím a poškození pacienta (Topinková, 2005). Z toho plyne cíl zdravotnického zařízení, a to co nejrychlejší vyléčení pacienta a jeho propuštění do domácí péče. Pády pacientů ve zdravotnických organizacích patří mezi indikátory kvality ošetrovatelské péče, jsou sledovány celorepublikově a zdravotnická zařízení se mohou do tohoto sledování dobrovolně zapojit a porovnat své výsledky v celorepublikovém měřítku (Brabcová, Bártlová, 2015).

Pro seniory pád znamená vážnou prognózu (Ahmed et al, 2007; Bennet et al., 2014), komplikuje léčbu zraněním způsobeným pádem, zhoršuje průběh základního onemocnění (Binder, 2002; Narkani et al, 2011; Wong et al, 2011). Pád zasahuje i do psychického stavu pacienta, obavy z opakovaného pádu zvyšují strach z pohybu a fyzické aktivity, což zvyšuje pravděpodobnost vzniku imobilizačního syndromu (Rubenstein, Josephson, 2006). Riziko pádů s věkem roste (Svobodová, Jurásková, 2011).

Pády pacientů vyvolává mnoho příčin a rizikových faktorů, proto je jejich diagnostika, prevence a léčba jejich následků složitým klinickým problémem (Brabcová, Bártlová, 2015). Vnější příčiny pádů nejsou přímou součástí organismu pacienta. Mají přímý vztah k jeho okolí a prostředí (Joint Commission Resources, 2008). Jedním z vnějších faktorů jsou některé skupiny léčiv, například psychofarmaka (především benzodiazepiny), antidiabetika a diuretika (Ferreira Neto et al., 2015) a opiáty (Choi et al., 2018). Polypragmázie, neboli polyfarmacie, vzniká při užívání čtyř a více léků a její riziko se zvyšuje s věkem a morbiditou pacienta. Mezi nežádoucí účinky polypragmázie patří poruchy rovnováhy, závratě, hypotenze, synkopy, arytmie, zmatenost, deprese a následně pády (Topinková, 2006). Mezi vnější rizikové faktory pádu patří i takové prostředí v okolí pacienta, ve kterém se vyskytují mokré podlahy, chybí bezpečnostní madla v koupelnách, chybí zábrany v lůžku pacienta (nebo jsou nesprávně používány), pokoje nebo oddělení je nedostatečně osvětleno a nábytek v okolí pacienta je nevhodně rozmístěn nebo se v okolí lůžka pacienta nachází překážky (Medeiros Falcao et al., 2018; Cedraz et al., 2018).

Vnitřní příčiny pádu jsou tvořeny základním onemocněním pacienta. Jako vnitřní rizikové faktory pádu byly stanoveny: věk, kardiovaskulární onemocnění, neurologická onemocnění (Cox et al., 2015), onemocnění pohybového aparátu, především kloubů

a kostí, metabolická onemocnění (Hronovská, 2012) a také poruchy rovnováhy, hybnosti a chůze jsou klíčovým faktorem pádu a opakovaných pádů (Jarošová et al., 2016).

Je důležité, aby všeobecné sestry pečující o pacienty hospitalizované ve zdravotnické organizaci měly dostatečné znalosti a dovednosti k provádění ošetrovatelské péče o pacienta v riziku pádu. Pouze znalost toho, co mají dělat, a schopnost tyto činnosti umět provádět ale nesnižuje riziko pádu. Záleží na intenzitě tzv. self-efficacy sester, jak dlouho vytrvají při konání určité činnosti, tedy v zabránění pádu. Pokud mají sestry vysokou úroveň self-efficacy, vytrvají v provádění nezbytných opatření, aby zabránily pádu pacienta (Dykes et al., 2010).

Důležité je i prostředí, ve kterém proces péče o pacienta probíhá. Sestry vnímají péči v ošetrovatelství jako vztah mezi sestrou a pacientem, který je z jejich strany charakterizován individuálním přístupem, pozorností, zkušeností a citlivostí. Pro pacienty je v ošetrovatelství důležitá osobnost sestry a její dostupnost, spolehlivost, emocionální i fyzická podpora. Pečování o pacienta je proces, který se neustále vyvíjí a je výzvou jak pro teoretiky v ošetrovatelství, tak i pro sestry z praxe (Andersson et al., 2015). Je to smysluplná činnost motivující zpětnou vazbou sestry, aby v ní pokračovaly.

CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Cílem kvantitativního výzkumného šetření bylo:

- Zjistit, jaké jsou nejčastější příčiny pádu hospitalizovaného pacienta z pohledu sester.

Byly stanoveny výzkumné otázky:

- Jaké jsou nejčastější příčiny pádu pacienta ve zkoumaných zdravotnických organizacích z pohledu sester?
- Jaké intervence sestry ve zkoumaných zdravotnických organizacích používají ke snížení rizika pádu?

METODIKA VÝZKUMU

Výzkumné šetření probíhalo metodou kvantitativního výzkumu pomocí techniky dotazníkového šetření. Po povolení výzkumu managementem vybraných zdravotnických organizací byly dotazníky distribuovány na vybraná oddělení nemocnic. Rozdáno bylo 139 dotazníků, navracených, validně vyplněných a zařazených ke zpracování a následné interpretaci dat z nich získaných bylo 102 dotazníků.

Výzkumný vzorek byl sestaven z respondentů - všeobecných sester dvou vybraných nemocnic, příspěvkových organizací, zřizovaných Krajem Vysočina. Obě nemocnice (výzkumná prostředí), získaly akreditaci Spojené akreditační komise o.p.s. 49 dotazníků

(48 %) zařazených do výzkumného šetření bylo vyplněno v Nemocnici A a 53 dotazníků (52 %) pocházelo z výzkumného prostředí Nemocnice B. Pro sestavení dvou výzkumných vzorků ze dvou výzkumných prostředí byly osloveny všeobecné sestry chirurgických a interních oddělení.

Data získaná dotazníkovým šetřením byla analyzována a zapsána do datové matice, následně zpracována a vyhodnocena pomocí programů Microsoft Office Word a Microsoft Office Excel. Pro větší přehlednost grafů byly procentuální výsledky zaokrouhleny na celá čísla.

Tabulka 1: Rozložení výzkumného vzorku

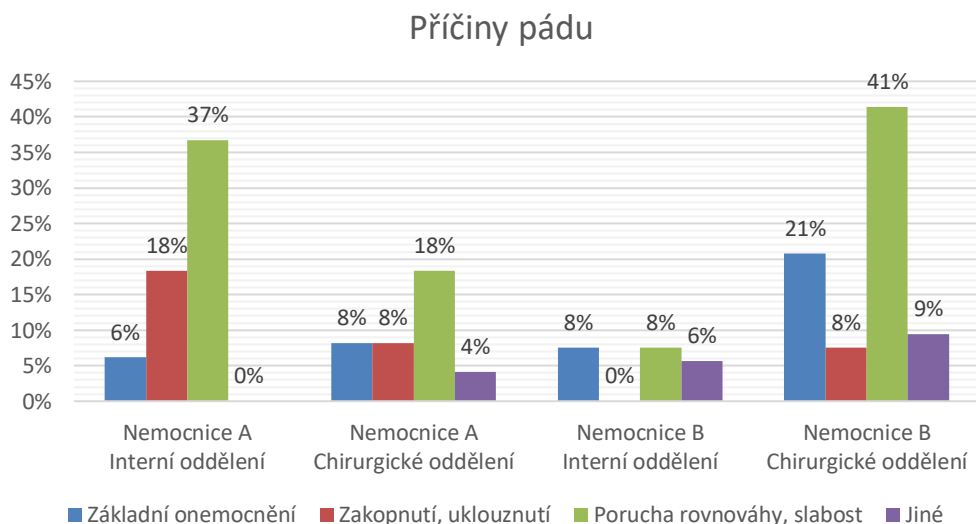
		N	%	n	%
Nemocnice A	Chirurgické oddělení	19	19 %	49	48 %
	Interní oddělení	30	29 %		
Nemocnice B	Chirurgické oddělení	42	41 %	53	52 %
	Interní oddělení	11	11 %		
		102	100 %	102	100 %
		Celkem			

Zdroj: Vácová, 2019

VÝSLEDKY

Cílem výzkumu bylo zjistit, jaké jsou nejčastější příčiny pádu hospitalizovaného pacienta z pohledu sester. Respondentky odpovídaly na otázku “Jaké si myslíte, že jsou nejčastější příčiny pádu pacienta na Vašem oddělení?” Interpretaci získaných dat předkládáme v Grafu 1.

Graf 1: Příčiny pádu hospitalizovaných pacientů z pohledu sester.



Zdroj: Vácová, 2019

V Nemocnici A se 7 respondentů (14 %) z celkového počtu 49 (100%) respondentů domnívá, že nejčastější příčinou pádu je základní onemocnění pacienta. Jako nejčastější příčinu pádu hospitalizovaného pacienta zakopnutím nebo uklouznutím volilo 13 respondentů (26 %). Možnost, že je pád pacienta nejčastěji způsoben poruchou rovnováhy či pacientovou slabostí vybralo 27 respondentů (55 %), že je důvod pádu jiný, než byly nabízené možnosti, si myslí 2 respondenti (4 %).

V Nemocnici B možnost základního onemocnění jako nejčastější příčinu pádu pacienta při hospitalizaci zvolilo 15 respondentů (29 %) z celkového počtu 53 (100 %) odpovídajících respondentů. Variantu, že je pád pacienta způsoben zakopnutím nebo uklouznutím vybrali 4 respondenti (8 %). Poruchu rovnováhy nebo pacientovu slabost jako příčinu pádu hospitalizovaného pacienta upřednostnilo 26 respondentů (49 %). Odpověď, že je pád způsoben jinými příčinami, zvolilo 8 respondentů (15 %).

V obou zdravotnických organizacích jako nejčastější příčinu vedoucí k pádu pacienta označily všeobecné sestry poruchu rovnováhy pacienta nebo jeho slabost, v dalších příčinách pádů se již jejich odpovědi rozcházely.

Intervence, které v obou zdravotnických organizacích nejčastěji respondenti používají ke snížení rizika pádu uvádíme pro porovnání v Tabulce 2, kde jsou znázorněny pouze kladné odpovědi respondentů na otázky: “Umísťujete pacienty, kteří jsou v riziku pádu do pokojů, které jsou blíže dozoru sestry?”, “Máte na Vašem pracovišti signalizační zařízení k přivolání personálu?”, z odpovědí na otázku “Jaké formy edukace pacienta používáte?” byly použity kladné odpovědi respondentů týkající se individuální edukace, a z otázky “Jaké používáte nejčastěji pomůcky ke snížení rizika pádu na Vašem oddělení?” jsou interpretována data, týkající se dostatečného osvětlení a používání lokomočních pomůcek.

Tabulka 2: Přehled intervencí sester proti riziku pádu

		Nemocnice A				Nemocnice B			
		Interní oddělení		Chirurgické oddělení		Interní oddělení		Chirurgické oddělení	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Intervence	pokoj v blízkosti sesterny	27	55 %	16	33 %	11	21 %	37	70 %
	dostupnost signalizace	30	61 %	19	39 %	11	21 %	42	79 %
	individuální edukace pacienta sestrou	28	57 %	19	39 %	11	21 %	42	79 %
	zajištění dostatečného osvětlení	18	37 %	14	28 %	4	7 %	25	47 %
	lokomoční pomůcky	26	53 %	15	31 %	5	9 %	11	21 %

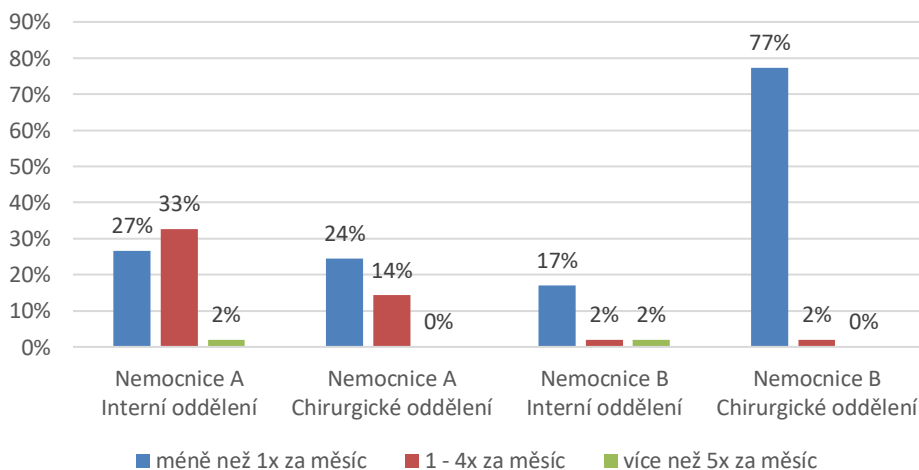
Zdroj: Vácová, 2019

Podle výsledků výzkumného šetření v Nemocnici A ukládá pacienta v riziku pádu na pokoj, který je umístěný v nejbližší možné vzdálenosti k sesterně 43 (88 %) z celkového počtu 49 (100 %) respondentů. Dostupnost signalizace pacientovi zajišťuje 49 (100 %) respondentů. O riziku pádu při hospitalizaci ústně edukuje pacienta 47 (96 %) respondentů. Dostatečné osvětlení ošetrovací jednotky jako intervenci proti riziku pádu zajišťuje pro své pacienty 32 (65 %). Lokomoční pomůcky, které rizikovému pacientovi zvyšují jistotu při chůzi poskytuje 41 (84 %) respondentů. V Nemocnici B tvořilo výzkumný vzorek 53 (100 %) respondentů. Z tohoto celkového počtu zajišťuje pokoj blízko sesterny na interním oddělení 48 (91 %) respondentů. Dostupnost signalizace pacientovi v riziku pádu zajišťuje 53 (100 %) respondentů. Pacienta v riziku pádu ústně edukuje 53 (100 %) respondentů. Dostatečné osvětlení jako intervenci proti riziku pádu využívá 29 (54 %) respondentů. Lokomoční pomůcky nabízí pacientovi jako intervenci proti riziku pádu 16 (30 %) respondentů.

Z výše uvedené tabulky jsou patrné rozdíly v provádění intervencí snižujících riziko pádu hospitalizovaného pacienta mezi respondenty pracujícími různých odděleních. V Nemocnici A provádí intervence vedoucí ke snížení rizika pádu častěji sestry pracující na interních odděleních a v Nemocnici B naopak na odděleních chirurgických. Tato skutečnost může být způsobena složením pacientů s rizikem pádu na jednotlivých odděleních, diagnózou jejich základního onemocnění, nastavenou organizační kulturou i působením středního managementu na nelékařské zdravotnické pracovníky, vzděláním a odbornými zkušenostmi všeobecných sester pracujících na těchto odděleních.

Jak často se všeobecné sestry setkávají s pádem pacienta na svém oddělení znázorňuje Graf 2, který interpretuje data získaná z odpovědí respondentů na otázku “Jak často se setkáváte na Vašem oddělení s pádem pacienta?”

Graf 2: Četnost výskytu pádů pacientů na oddělení
Četnost pádů pacientů na oddělení



Zdroj: Vácová, 2019

Z celkového počtu 49 (100%) respondentů Nemocnice A uvedlo 25 respondentů (51 %), že se s pádem pacienta setkávají méně než jednou za měsíc, 23 respondentů (47 %) se s pádem pacienta setkává 1 - 4x za měsíc a pouze 1 respondent (2 %) sdělil, že se s pádem pacienta setkává na oddělení více než 5x za měsíc.

V Nemocnici B uvedlo 50 (94 %) z celkového počtu 53 (100 %) všech respondentů, že se s pádem pacienta setkává na oddělení méně než jednou za měsíc, 2 respondenti (4 %) odpověděli, že řeší na svém oddělení pád hospitalizovaného pacienta 1 - 4x za měsíc a 1 respondent (2 %) sdělil, že se s pádem pacienta setkává na oddělení více než 5x za měsíc. Zajímavé je porovnání získaných dat v rámci výzkumných prostředí, kdy v Nemocnici A se setkává 23 (47 %) respondentů s pádem pacienta 1 - 4x za měsíc, oproti respondentům Nemocnice B, kde se se stejnou frekvencí pádů setkávají pouze 2 (4 %) respondenti. Z Grafu 2 je zřejmé, že vnímání **frekvence pádů hospitalizovaných pacientů** respondenty **je rozdílné v závislosti na odděleních i na zdravotnické organizaci.**

DISKUZE

Výzkumným šetřením realizovaným ve dvou nemocnicích zřizovaných Krajem Vysočina bylo zjištěno, že v **obou zdravotnických organizacích jako nejčastější příčinu vedoucí k pádu pacienta vnímají všeobecné sestry poruchu rovnováhy pacienta nebo jeho slabost.** Výsledky provedeného kvantitativního výzkumného šetření podpírají studie Gringauz et al. (2017) a Aranda-Gallardo et al. (2017), které zjistily,

že poruchy rovnováhy chůze mají souvislost s mobilitou pacienta, která je nezávislým rizikovým faktorem pádu bez ohledu na věk pacienta. Poruchy rovnováhy, hybnosti a chůze jsou klíčovým faktorem pádu a opakovaných pádů (Nassar, Helou, Madi, 2014).

Přímá ústní edukace pacienta o riziku pádu při příjmu pacienta k hospitalizaci ze strany všeobecných sester je v obou zdravotnických organizacích dostatečná. Edukační aktivitu sester jako intervenci vedoucí ke snížení rizika pádu ve zdravotnické organizaci sledovala průřezová deskriptivní studie výzkumného týmu Cedraz et al. (2018), kde výzkumníci vyslovili závěr, že „Řízení rizik je nezbytné pro podporu bezpečnosti pacientů a zlepšení kvality zdravotní péče. Sestry hrají zásadní roli v procesu vedení aktivit ošetrovatelského týmu a vyhodnocování intervencí“. Prospektivní randomizovaná studie výzkumného týmu Kuhlenschmidt et al. (2016) došla k závěru, že: „Výsledky naznačují, že provedení edukace sestrou může pomoci pacientům lépe si uvědomit riziko pádu“.

Intervencím snižujícím incidenci pádu hospitalizovaného pacienta všeobecné sestry pracující na různých odděleních výzkumných prostředí přikládají různou důležitost. Data týkající se zajištění dostatečného osvětlení ošetrovací jednotky a poskytování lokomočních pomůcek ukazují, že těmto intervencím není sestrami věnována dostatečná pozornost v obou výzkumných organizacích. Ve zdravotnických organizacích řízených stejným zřizovatelem a hodnocených stejnou akreditační autoritou očekáváme srovnatelné mechanismy, které vedou ke snížení rizika pádu pacienta při hospitalizaci. Obě organizace, ve kterých výzkum probíhal jsou akreditovány Spojenou akreditační komisí o.p.s, mají tedy povinnost řídit se resortními bezpečnostními cíli Ministerstva zdravotnictví České republiky. Prevenci pádů pacientů definuje resortní bezpečnostní cíl č. 4. Poskytovatel zdravotnických služeb má závazným předpisem stanoveno vstupní hodnocení rizika pádu při příjmu pacienta k hospitalizaci i opakované hodnocení rizika pádu při každé změně zdravotního stavu pacienta nebo změně medikace. Zdravotnická organizace má povinnost mít zavedeny standardní postupy ošetrovatelské péče o pacienty, kteří vykazují zvýšené riziko pádu, používat preventivní opatření k minimalizaci rizika pádu pacientů (MZČR, Resortní bezpečnostní cíle, 2012). Prevence pádů by pro zdravotnickou organizaci měla být prioritou, přestože výskyt pádů nikdy nemůže být absolutně eliminován.

Při správné anamnestice rizikového pacienta všeobecnou sestrou, plánování ošetrovatelské péče a realizací vhodných preventivních intervencí může být riziko pádu minimalizováno (Nassar, Helou, Madi, 2014). O komplexním charakteru prevence pádů můžeme mluvit tehdy, dochází-li ve zdravotnické organizaci ke komplexnímu posouzení rizika pádu (Yoo, Kim, Shin, 2015; Ang, Mordiffi, Wong, 2011). Většinu pádů se dá předcházet vhodně navrženými a realizovanými strategiemi a intervencemi, které poskytovatel zdravotnické péče stanoví ve své organizaci a na jejichž užívání v praxi dohlíží (Tzeng, Yin, Grunawald, 2008).

ZÁVĚR

Ve strategii snižování incidence pádů hospitalizovaného pacienta je žádoucí spolupráce celého kolektivu, všech nelékařských zdravotnických profesí i lékařů. Je důležité včasné používání intervenčních opatření snižujících riziko pádu pacienta při hospitalizaci, například označení pacienta, který je v riziku pádu (červený identifikační náramek) nebo používání funkčních lokomočních pomůcek. Pády u hospitalizovaných pacientů patří bezpochyby k nejčastějším nežádoucím událostem. Je povinností všech zdravotnických pracovníků předcházet rizikům a situacím, které by mohly u pacienta vést k pádu.

Pravidelné edukování všeobecných sester o rizikových faktorech zvyšujících riziko pádu hospitalizovaného pacienta je nezbytné. Snížení incidence pádů hospitalizovaných pacientů je závislé především na vzdělaných a edukovaných všeobecných sestrách. Pro sestru pečující o hospitalizovaného pacienta je důležité uvědomění si nutnosti správného a validního sběru informací o pacientovi (provádění ošetřovatelské diagnostiky) a následně vhodně naplánovaná ošetřovatelská péče o pacienta, včetně intervencí, které jsou proti pádu pacienta zaměřené.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] AHMED, N., MANDEL, R., FRAIN, M. K. 2007. Frailty: an emerging geriatric syndrome. *Am J Med.*, 120(9): 748-753.
- [2] ANDERSSON, E. K., WILLMAN, A., SJÖSTRÖM-STRAND, A. et al. 2015. Registered Nurses' Descriptions of Caring: a Phenomenographic Interview Study. *BMC Nursing*. pp. 14-16. Dostupné na <https://doi.org/10.1186/s12912-015-0067-9>.
- [3] ANG, E., MORDIFFI, S. Z., WONG, H. B. 2011. Evaluation the use of a Targeted Multiple Intervention Strategy in Reducing Patient Falls in Acute Care Hospital: A Randomized Controlled Study. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 67, no. 5, pp. 1984-1992. DOI: 10.1111/j.1365-1648.2011.05646.x.Epub 2011 Apr 20.
- [4] ARANDA-GALLARDO, M., LUNA-RODRIGUES, M. E., VAUQUES-BLANCO, M. et al. 2017. Diagnostic Validity of the STRATIFLY and Downton Instruments for Evaluating the risk of Falls by Hospitalized Acute-Care Patients: A Multicentre Longitudinal Study. *BioMedCentral Health Services Reacherch*, 17:277.
- [5] BENNET, A., GNJIDIC, D., GILLET, M. et al. 2014. Prevalence and impal of fall-risk-increasing drugs, polypharmacy, and drug-drug interactions in robust versus frail hospitalised falls patiens: a prospective cohor study. *Drugs Aging*, 1(3). 225-232.
- [6] BINDER, S. 2002. Injuries among older adults: the challenge of optimizing safety and minimizing unintendent consequences. *Inj Prev.*, 8(Suppl.4): IV2-4.
- [7] CEDRAZ, R. O., GALLACH, C. H., PEREZ J. E. F., et al. 2018. Risks Management in the Hospital Enviroment: Incidence and Risk Faktors Associated with Falls and Presure Injures in a Clinical Unit. *Escola Anna Nery*, 22(1):1-7.
- [8] COX, J., THOMAS-HAWKINS, CH., PAJARILLO, E. et al. 2015. Factors Associated with in Hospitalized Adult Patients. *Applied Nursing Research*, 28:78-82.
- [9] DYKES, P., C., CARROLL, D., MCCOLGAN, K., et al. 2010. Scales for Assessing Self Efficacy of Nurses and Assistans for Preventing Falls. *Journal of Advanced Nursing*, 67(2), pp. 438-449, ISSN 0309-2402.
- [10] FERREIRA NETO, C. J. B., ROCHA, A. S., SCHMIDT, L. et al. 2015. Risk Assesment of Patient Falls while Talking Medications Ordered in a Teaching Hospital. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(2):278-283.
- [11] GRINGHAUZ, I., SHEMESH, Y., DAGAN, A. et al. 2017. Risk of Falling Among Hospitalized Patients whit High Modified Morse Scores could be Further Stratified. *BioMedCentral Health Services Reacherch*, 17:721.
- [12] HRONOVSKÁ, L. 2012. Závratě, instabilita a pády ve stáří. *Interní medicína*, roč. 14, č. 12, pp. 470-472. ISSN 1212-7299.
- [13] CHOI, Y., STANLEY, B., HENRIKSEN, C. et al. 2018. A dynamic risk model for patient falls. *AM Health-SystPharm*, 75(17):1293-1303.
- [14] JAROŠOVÁ, D. et al. 2016. *Klinické doporučené postupy v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing a.s., 144 s. ISBN 978-80-247-5426-0.

- [15] JOINT COMMISSION RESOURCES. 2008. *Reducing the Risk of Patient Harm Resulting from Falls. Toolkit for implementing National Patient Safety Goal 9*. Illinois, Oakbrook, Terrace. Joint Commission of Accreditation of Health Care Organization. 101 s. ISBN 978-1-599-40-210-9.
- [16] KUHLENSCHMIDT, M. L., REEBER, CH., WALLACE, CH. et al. 2016. Tailoring Education to Perceived Fall Risk in Hospitalized Patients with Cancer. *Clinic Journal of Oncology Nursing*. 20(1):84-89.
- [17] MEDEIROS FALCAO, R. M., MELO BURITI VASCONCELLO, J., SANTOS OLIVERA, J. 2018. Evaluation of the Risk of Falls in Hospitalized Elderly People. *Journal of Nurs UFPE*, Recife, 12(3):812-5.
- [18] Ministerstvo zdravotnictví České republiky. 2012. *Resortní bezpečnostní cíle*. [online]. [cit. 2019-05-05]. Dostupné z http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/resortni-bezpecnostnicile_1837_15.html
- [19] NADKARNI, J., IYENGAR, K. P., DUSSA, C., et al. 2005. Orthopaedic injuries following falls by hospital in-patients. *Gerontology*. 2005, 51: 329-333.
- [20] NASSAR, N., HELOU, N., MADI, CH. 2014. Predicting Falls Using two Instruments (The Hendrich Fall Risk Scale and The Morse Fall Scale) in an Acute Care Setting in Lebanon. *Journal of Clinical Nursing*, vol. 23, issue 11-12, pp. 1620-1629. DOI: 10.1111/jocn.12278. Epub 2013 Oct 11.
- [21] RUBENSTEIN, L. Z., JOSEPHSON, K. R. 2006. Falls and Their Prevention in Elderly People: What Does the Evidence Show? *Med Clin N Am*. 2006, 90: 807-824.
- [22] SVOBODOVÁ, D., JURÁSKOVÁ, D. 2011. *Sledování pádů u hospitalizovaných pacientů v České republice*. In: Jihlavské zdravotnické dny 2011. s. 642-652. ISBN: 978-80-87035-37-5.
- [23] TOPINKOVÁ, E. 2005. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 270 s., ISBN 80-7262-365-6.
- [24] TZENG, H. M., YIN, C. Y., GRUNAWALT, J. 2008. Effective Assessment of Use of Scales by Nurses in Inpatient Case Setting. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 64, no. 2, pp. 176-183.
- [25] WONG, C. A., RECTENWALD, A. J., JONES, M. L. et al. 2011. The cost of serious fall-related injuries at three Midwestern hospitals. *Jt Comm J Qual Patient Saf.*, 37(2): 81-87.
- [26] YOO, S. H., KIM, S. R., SHIN, Y. S. 2015. A Prediction Model of Falls for Patients with Neurological Disorder in Acute Care in Hospital. *Journal of the Neurological Sciences*, 356(1-2):113-117. DOI: 10.1016/j.jns.2015.06.027. Epub 2015 Jun 16.

RISK OF HOSPITALIZED PATIENT FALLING FROM NURSE'S POINT OF VIEW



ABSTRACT

A patient's fall is the most risky and most common adverse event in a healthcare organization that slows and prolongs treatment. It means a worsening of the prognosis, complicates the treatment of injuries caused by a fall, makes the course of the underlying disease more difficult. The fall also affects the patient's mental condition, fears of repeated fall increase the fear of movement and physical activity, which increases the likelihood of developing an immobilization syndrome.

The aim of the research was to find out what are the most common causes of the fall of a hospitalized patient from a nurse's point of view.

Methods: The data collection for the research was carried out by the method of qualitative research using the questionnaire questioning technique. Two hospitals in the Vysočina Region agreed to carry out the research.

Results: Research has found that nurses consider the patient's most common causes of patient fallout to be a balance disorder or weakness.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Bc. Lucie Dvořáková
Městská nemocnice Čáslav,
Dětské oddělení
Jeníkovská 348
286 01 Čáslav
e-mail: Lucka798@seznam.cz

Mgr. Jana Vácová
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Katedra zdravotnických studií
Tolstého 16
586 01 Jihlava
e-mail: jana.vacova@vspj.cz

doktorandské studium ošetrovatelství
Jihočeská univerzita v Českých
Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
J. Boreckého 1167/27
370 11 České Budějovice

Conclusion: In the strategy of reducing the incidence of falls in hospitalized patient, cooperation of health care professionals and education of general nurses about the causes of these falls is desirable.

KEYWORDS:

patient fall, general nurse, prevention of patient fall

UKONČENIE NÁSILNÉHO VZŤAHU A RIZIKÁ PRI ODCHODE OD ZNEUŽÍVAJÚCEHO PARTNERA

DAŠA MALÍKOVÁ
UNIVERZITA KOMENSKÉHO
V BRATISLAVE
BUDÚCNOSŤ, N.O. NITRA

ABSTRAKT

Príspevok sa zaoberá problematikou riešenia problému násilia v blízkych vzťahoch a ukončenia násilného vzťahu. Prináša ďalšie poznatky k zvýšenému porozumeniu zmenám zložitého rozhodovacieho procesu žien so skúsenosťou s násilím v blízkych vzťahoch. Skúma a analyzuje odchod ženy od zneužívajúceho partnera ako dynamický a komplexný proces zahŕňajúci mnoho-početné rozhodnutia a činy zo strany žien v priebehu času. Zisťuje špecifickú dynamiku odchodu zo vzťahu, ktorú tvoria procesy zmeny u žien v priebehu času. Súčasne sumarizuje a opisuje riziká pri ukončení násilného vzťahu, ktorý môže ohroziť bezpečie žien vo väčšej miere než ich zotrvanie v násilnom vzťahu. V prípade mnohých žien je aj najrizikovejším a najviac potenciálne smrteľným obdobím počas ich života.

KLÚČOVÉ SLOVÁ:

násilie, blízke vzťahy, proces zmeny,
ukončenie vzťahu, riziká

“PREČO NEODÍDE?”

Napriek desaťročiam feministických snáh v oblasti vzdelávania a zlepšeniu reakcií na násilie v blízkych vzťahoch, postoje verejnosti naďalej odrážajú nesprávne vnímanie skúseností žien s násilím. Patologizovanie skúseností žien, ktoré prežili násilie a zneužívanie, vyplýva z neporozumenia dynamike násilia v blízkych vzťahoch. Mnohí kladú vinu na obeť a čudujú sa, prečo ženy neopúšťajú zneužívajúce vzťahy (Eckstein, 2011). Ak žena neopustí zneužívajúci vzťah okamžite po tom, ako jej to okolie alebo odborníci poradia, niektorí ľudia to vnímajú s úžasom (a niektorí so zúfalstvom) a nechápu, prečo žena zotrúva v situácii násilia (Peled et al., 2000).

Základom takýchto postojov je obvyklá otázka typu „*Prečo neodíde?*“. Táto otázka poukazuje na neporozumenie vplyvom zneužívania a hrozby násilia zo strany zneužívajúceho partnera, pokiaľ ide o rozhodovanie žien o opustení vzťahu. Okrem toho kladie výhradnú zodpovednosť za ukončenie vzťahu priamo na ženy predpokladajúc, že ženy majú množstvo príležitostí na to, aby opustili násilný vzťah a mylne predpokladá, že keď ženy odídu, násilie sa skončí. Dutton (1994) na margo tejto chronicky kladenej otázky poznamenala, že namiesto otázky „*Prečo žena neodíde?*“, by sme mali pýtať Čo žena robila a čo sa stalo, keď to urobila?. Podľa Duttona, akonáhle zistíme, aké kroky žena urobila – pokúsila sa niekoľkokrát odísť a čo sa v dôsledku toho stalo – žena odišla, páchateľ použil hrozby voči jej rodičom alebo deťom, násilie a zneužívanie eskalovalo, žene a/alebo deťom hrozí v budúcnosti vážna ujma – mnohokrát sa vyjasní, prečo žena niečo určitým spôsobom urobila alebo neurobila.

Veľká časť predchádzajúceho výskumu ohľadom násilia v blízkych vzťahoch sa často zamerala na to, prečo ženy zostávajú v zneužívajúcich vzťahoch a akým prekážkam, ktoré bránia odchodu, čelia (napr. Herbert et al., 1991). Feministickí výskumníci a výskumníčky boli voči tomuto prístupu kritickí kvôli nesprávnemu zobrazovaniu zneužívaných žien ako pasívnych obetí, ktoré sú uväznené v zneužívajúcich vzťahoch bez pocitu, že by mohli niečo urobiť alebo ovplyvniť (Gondolf, Fisher, 1998). Namiesto toho sa hlásili k štúdiám, ktoré sú založené na odolnosti (Todd, Wade, 2004; Goodkind et al., 2004; Hydén, 2005; Hayes, 2013), a ktoré uznávajú a vnímajú zneužívané ženy ako aktívne konajúce vo svojich vzťahoch.

Napriek pretrvávajúcim mylným presvedčeniam tak u odbornej, ako aj u laickej verejnosti, väčšina žien zo zneužívajúcich vzťahov napokon odíde. Goodman et al. (2003) na základe svojho výskumu so vzorkou 406 žien, ktoré sledovali počas troch rokov, vypracovali zoznam stratégií žien so skúsenosťou so zneužívaním zo strany partnerov „*The Intimate Partner Violence Strategies Index: Development and Application*“. Goodman et al. (2003) počas trojročného výskumu zistili, že ukončenie zneužívajúceho vzťahu bolo primárnou stratégiou (86,9 %) žien, ktorú používali pri riešení problému násilia v blízkych vzťahoch. Aj keď niektoré ženy odídu pri prvých signáloch zneužívania, mnoho žien zostáva

v zneužívajúcich vzťahoch po dlhý čas (Murray, 2015). Väčšina žien, ktoré odídu, tak urobia po niekoľkých rokoch eskalujúceho vážneho násilia. Ak sa do týchto vzťahov vrátia (aj keď len dočasne), deje sa tak často z dôvodu spoločenského tlaku, ekonomickej závislosti, neschopnosti podporovať svoje deti, stigmy a nedostatku sociálnej podpory (Pinnewala, 2009).

UKONČENIE ZNEUŽÍVAJÚCEHO VZŤAHU AKO DYNAMICKÝ PROCES

Výhradné skúmanie rozhodnutia ženy len o zotrvaní alebo o odchode zo zneužívajúceho vzťahu neberie do úvahy kognitívne posuny ženy, ktoré sa týkajú samej seba, vzťahov a zneužívajúceho partnera, ktoré môžu byť presnejšie pochopené skúmaním dynamiky procesu zmeny a faktorov, ktoré ho významne ovplyvňujú.

Ako uvádza Brown (1997), v snahe vylúčiť nepomáhajúce a viktimizujúce postoje, ktoré sú v pozadí otázky „Prečo neodíde?“, sa výskum snažil opustiť binárny postoj pri riešení násilia v blízkych vzťahoch, teda len jednoduché riešenia zostať alebo odísť. Pozornosť výskumu sa orientovala na rôznorodé správanie žien pri hľadaní bezpečia, a to tak počas zotrývania v zneužívajúcom vzťahu, tak aj pri pokusoch o jeho opustenie (Peled et al., 2000). Zámerom týchto štúdií bolo priniesť ďalšie poznatky a zvýšiť porozumenie zložitému rozhodovaciemu procesu žien postihnutých násilím v blízkych vzťahoch (Lindgren, Renck, 2008; Meyer, 2012; Meyer, 2016).

Významná časť literatúry sa zamerala na potrebu vnímať odchod zo zneužívajúceho vzťahu ako komplexný proces zahŕňajúci mnohopočetné rozhodnutia a činy v priebehu času (Häggblom, Möller, 2007; Enander, Holmberg, 2008; Lindgren, Renck, 2008). Dôraz bol kladený na konkrétne udalosti, body zlomu a na to, ako sa jednotlivé štádiá odchodu odlišujú. V dôsledku zistení z týchto výskumov sa začalo na odchod zo zneužívajúceho vzťahu nazerať ako na nelineárny, pomaly sa rozvíjajúci proces zmeny charakterizovaný fázami, ktoré sa niekedy prekrývajú (Lindgren, Renck, 2008). Ako sa vyvíjal a rozširoval výskum v oblasti hľadania bezpečia zo strany žien, začalo byť zrejmé, že proces odchodu je neuveriteľne komplexný a že sa deje v jednotlivých štádiách, a nie ako jediná izolovaná udalosť (Riddell et al., 2009). Štúdie priniesli poznatky o rôznych spôsoboch, ktorými sa ženy snažia vyriešiť svoju situáciu; niektoré sa prispôbia, ďalšie uskutočňujú rôzne pokusy o odchod a iné sa snažia vyvažovať medzi možnosťou ostať alebo odísť (Lindgren, Renck, 2008). Počas tohto procesu sa ženy pravdepodobne niekoľkokrát vrátia k zneužívajúcemu partnerovi, kým napokon vzťah definitívne ukončia (Khaw, Hardesty, 2007; Lacey et al., 2011). Počas týchto období odchodov a návratov, keď sa ženy môžu javiť ako pasívne a vracajúce sa, pravdepodobne uskutočňuje skryté a dôležité kroky na ukončenie násilia vo svojom živote (Brown, 1997; Bell et al., 2007). Napriek týmto prekážkam väčšina zneužívaných žien zo vzťahov odíde a aktívne sa zapája do stratégií hľadania pomoci a do ochranných stratégií, ktoré ich spolu s deťmi udržia v bezpečí (Goodkind et al., 2004).

Mnohé štúdie zdokumentovali, že väčšina zneužívaných žien odíde niekoľkokrát pred tým, ako trvalo opustí svoje zneužívajúce vzťahy. Výskum opisuje proces prijímania opatrení a zmeny zo strany žien ako nelineárny, kolísajúci proces, ktorý odráža postupný proces “dva kroky dopredu a jeden krok späť” (Anderson, 2003; Chang et al., 2006). Khaw a Hardesty (2007) skúmali rozdiely v trajektóriách v rámci procesu odchodu žien zo zneužívajúcich vzťahov. V rámci svojej štúdie vizuálne mapovali pohyby 19 zneužívaných matiek v rámci Modelu fáz zmeny. Zistili, že prechod od kognitívnych k behaviorálnym procesom zmeny spôsobil najväčší rozdiel v pohybe žien naprieč fázami, čo viedlo k rôznym trajektóriám.

RIZIKÁ PRI ODCHODE OD ZNEUŽÍVAJÚCEHO PARTNERA

Odchod od zneužívajúceho partnera sa môže javiť ako najsamozrejmejší a najjednoduchší spôsob na zastavenie a zníženie zneužívania a násilia, ktorému ženy vo svojich vzťahoch čelia. Odchod je však pre ženy zvyčajne zložitý a nemusí viesť k zvýšeniu ich bezpečia. V skutočnosti môže odchod od zneužívajúceho partnera ohroziť bezpečie ženy vo väčšej miere než jej zotrvanie v násilnom vzťahu.

Aj keď sa odchod zo zneužívajúceho vzťahu môže javiť ako definitívne riešenie situácie, môžeme ho na jednej strane síce považovať za prvý krok k uzdraveniu zo zneužívania (Landenburger, 1998), na druhej strane je v prípade mnohých žien aj najrizikovejším obdobím ich života. Doterajší výskum veľmi dobre zdokumentoval, že riziko násilia voči žene sa vystupňuje, keď si páchateľ uvedomí, že jeho partnerka ho chce opustiť, odišla a/alebo sa nevráti do vzťahu (Garcia et al., 2007; Johnson, 2008; Sheehan et al., 2015). Násilie po odchode môže o. i. zahŕňať ekonomické zneužívanie zo strany zneužívajúceho, ktoré je počas obdobia separácie a následne po separácii často používanou taktikou na kontrolu partneriek alebo bývalých partneriek. Ekonomické zneužívanie môže mať v tomto období nielen “dlhodobé vplyvy na ekonomické postavenie ženy, ale strach z nedostatku financií a finančná neistota môžu viesť ženy k tomu, že v násilnom vzťahu zostanú alebo sa doňho vrátia.” (Royal Commission into Family Violence Australia - RCFV, 2016, s. 21).

Páchatelia veľmi často pokračujú vo vzorcoch násilia aj po tom, ako ženy odídu, a to prostredníctvom stalkingu - prenasledovania, vyhrážania sa, útokov a pokusov o vraždu alebo vraždou svojich bývalých partneriek (Juodis et al. 2014). Stalking a obťažovanie po rozchode/rozvode, postseparačné násilie a avizované alebo uskutočnené vraždy bývalých partneriek alebo manželiek sú príkladom pocitu nároku na vlastníctvo žien mužmi, ktoré si prostredníctvom tohto správania a nátlaku uplatňujú.

Pre ženy je opustenie vzťahu najviac potenciálne smrteľné obdobie počas ich života. Keď ženy odídu od vysoko kontrolujúceho partnera, riziko vraždy žien sa môže zvýšiť až deväťnásobne (Campbell et al., 2003). Páchatelia veľmi často používajú všetky

možné prostriedky na znovuzískanie kontroly nad vzťahom alebo na pomstu za odchod (Eckstein, 2011). Výskum ukázal, že akákoľvek hrozba opustenia zneužívajúceho je pre ženy nebezpečná, pretože muž nad ňou stráca pocit kontroly (Campbell et al., 2003, Garcia et al., 2007). Garcia et al. (2007) zistili, že pravdepodobnosť vraždy sa ešte viac zvyšuje, ak žena opustila zneužívajúceho partnera pre iného partnera. Na základe zistení svojho výskumu Campbell et al. (2007) uvádzajú, že ženy boli najčastejšie zabité v prvom roku po odchode od zneužívajúceho partnera.

Medzinárodný výskum dlhodobo považuje skutočné alebo prebiehajúce odlúčenie od zneužívajúceho partnera za spojené so zvýšeným rizikom násilia a smrteľného násilia voči ženám a ich deťom (Dobash, Dobash, 2011; Juodis et al., 2014; Sheehan et al., 2015; Dobash, Dobash, 2015; McKenzie et al., 2016). Najmenej 38 % zabitých žien v Spojených štátoch je zabitých ich súčasným alebo bývalým partnerom (Federálny úrad pre vyšetrovanie, 2011). Block (2009) uvádza, že 51 % vrážd žien bolo spáchaných partnerom po tom, čo žena iniciovala separáciu, t. j. pri pokuse o odchod, a približne polovica týchto žien sa pokúsila o odchod po prvýkrát. Kanadská štúdia Juodis et al. (2014) zistila, že odchod zo zneužívajúceho vzťahu a majetníckosť zo strany muža sú významným faktorom rizika vraždy žien - v 70,3 % prípadov sa vražda vyskytla v kontexte odchodu zo vzťahu. Z austrálskeho prieskumu v rokoch 2005 - 2014 vyplýva, že 57 % prípadov vrážd žien zo strany partnerov / bývalých partnerov sa vyskytlo v kontexte skutočného, prebiehajúceho alebo predchádzajúceho rozpadu vzťahu. V 35 % prípadov sa vražda vyskytla v priebehu niekoľkých dní alebo týždňov po tom, kedy žena vyjadrila svoj úmysel ukončiť vzťah (McKenzie et al., 2016). Zistenia z výskumu uvádzajú, že riziko vraždy súčasne eskaluje najviac v čase, keď si zneužívajúci partner uvedomí, že žena sa do vzťahu nevráti (Sheehan et al., 2015).

V roku 2014 zverejnila agentúra FRA (Agentúra Európskej únie pre základné práva) celoeurópsky prieskum o násilí páchanom na ženách. Výskum vychádza z údajov zo 42 000 osobných rozhovorov s náhodnou vzorkou žien (vo veku od 18 do 74 rokov) v rámci 28 členských štátov EÚ. Správa prezentuje prvé výsledky najrozsiahlejšieho prieskumu, ktorý sa doteraz uskutočnil na úrovni EÚ (a na celom svete) o rôznych skúsenostiach žien s násilím. Zistenia z prieskumu uvádzajú, že jedna z 10 žien (9 %) mala skúsenosť s prenasledovaním zo strany predchádzajúceho partnera, pričom u jednej z piatich žien trvalo prenasledovanie viac ako 2 roky.

Ako uvádza Súhrnná správa o stave rodovej rovnosti na Slovensku za rok 2017 - Násilie na ženách a domáce násilie (MPSVaR, 2018), bolo v rokoch 2013 - 2017 na Slovensku zavraždených alebo zabitých manželom 35 žien.

Pre mnohé ženy je z tohto pohľadu bezpečnejšie zostať (aspoň dočasne) v násilnom vzťahu než z neho odísť. Z uvedených dôvodov bolo uznané, že odchod zo zneužívajúceho vzťahu nemusí byť pre danú ženu v danom čase najbezpečnejším

riešením. Navyše, nie všetky ženy chcú, alebo sú pripravené opustiť svojich partnerov. Niektoré ženy sa môžu rozhodnúť zostať vo vzťahu a na udržanie bezpečia pre seba a svoje deti môžu zvoliť iné stratégie na manažovanie bezpečia a znižovanie rizika počas toho, ako zostávajú vo vzťahu. Výskum a prax najmä v poslednom období potvrdzujú, že opustenie zneužívajúceho partnera nie je vždy to, čo môže žena chcieť a čo je pre ňu možné alebo prijateľné - napríklad z dôvodu ochrany detí, strachu z odplaty násilného partnera alebo z finančných dôvodov. Výskum a prax taktiež dlhodobo potvrdzujú, že odchod od partnera nemusí mať za následok okamžité ukončenie násillia, ale môže znamenať aj jeho eskaláciu. Napriek tomu mnohí stále očakávajú, že žena opustí násilný vzťah alebo sa pýtajú: Prečo by mala ostať? (Anderson, Saunders, 2003; Thapar-Björkert, Morgan, 2010).

Výskum poskytuje obrovské množstvo dôkazov identifikujúcich riziká spojené s odchodom zo zneužívajúceho vzťahu, postoje verejnosti naďalej odrážajú nedostatok primeraného porozumenia výzvam, ktorým ženy čelia. Napríklad zistenia z národného prieskumu v Austrálii týkajúceho sa násillia páchaného na ženách (VicHealth, 2014), ktoré sa uskutočnilo v roku 2013, ukazujú, že viac ako polovica zo 17 517 respondentov súhlasila s tvrdením, že „väčšina žien môže opustiť násilný vzťah, ak naozaj chce,“ zatiaľ čo 78 % respondentov súhlasilo s tým, že „je ťažké pochopiť, prečo ženy zostávajú“ (VicHealth, 2014, s. 12). Takéto rozšírené výpovede odrážajú očakávanie verejnosti ohľadom toho, ako by sa ženy mali v situáciách násillia zneužívania správať. Od žien sa očakáva, že budú situáciu riešiť odchodom. Ak sa rozhodnú vo vzťahu zostať alebo sa do násilného vzťahu vrátia, „sú považované za také, ktoré situáciu neriešia“ (Lloyd et al., 2009, s. 265). Tieto očakávania súčasne kladú zodpovednosť za ukončenie násillia výhradne na ženy a nesprávne predpokladajú, že ženy majú veľa príležitostí na odchod a že „je to jednoducho len v tom, že odmietajú odísť a že ak by odišli, násillie potom prestane.“ (Bruton, Tyson, 2017, s. 2). Takéto postoje v konečnom dôsledku obviňujú ženy za zneužívanie, ktoré je na nich páchané.

ZÁVER

Príspěvek poukazuje na komplexnosť procesov zmeny u žien zažívajúcich násillie. Skúma riziká odchodu z násilného vzťahu, ktorý napokon volí väčšina žien. Pre mnohé z nich však môže toto riešenie znamenať ohrozenie ich života alebo zdravia. Porozumenie rizikám a výzvam, ktorým ženy pri rozhodovaní o riešení svojej situácii čelia, je kľúčové pre tých, ktorí pracujú so ženami zažívajúcimi násillie vo svojich vzťahoch a môže pomôcť pri nastavovaní efektívnych postupov pri verejných intervenčných stratégiách spoločnosti.

Podakovanie

Táto práca bola podporená Agentúrou na podporu výskumu a vývoja na základe zmluvy číslo: APVV-16-0422 („Stratégie žien na predchádzanie, zmiernenie a zastavenie násillia v blízkych vzťahoch“).

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] ANDERSON, C. 2003. Evolving Out of Violence: An Application of the Transtheoretical Model of Behavioral Change. *Research and Theory for Nursing Practice*; New York [online]. Vol 17, Issue 3, pp. 225-240 [cit. 22.09.2017], Databáza: PsycINFO. Dostupné na doi: 10.1891/088971803780956218.
- [2] ANDERSON, D. K., SAUNDERS, D. G. 2003. Leaving an abusive partner: An empirical review of predictors, the process of leaving, and psychological well-being. *Trauma, Violence, & Abuse* [online]. Vol 4, Issue 2, pp. 163-191 [cit. 03.05.2017]. Dostupné na doi: 10.1177/1524838002250769.
- [3] BELL, M. E., GOODMAN, L. A., DUTTON, M. A. 2007. The dynamics of staying and leaving: Implications for battered women's emotional well-being and experiences of violence at the end of a year. *Journal of Family Violence* [online]. Vol 22, Issue 6, pp. 413-428 [cit. 03.10.2017]. Dostupné na doi: 10.1007/s10896-007-9096-9.
- [4] BLOCK, C. B. 2009. 'Reducing intimate partner homicide rates: what are the risk factors for death when a woman is being abused?', in Australian Institute of Criminology (ed.), AIC domestic-related homicide: keynote papers from the 2008 *International Conference on Homicide Research and Public Policy*, Australian Institute of Criminology, Canberra.
- [5] BROWN, J. 1997. Working toward freedom from violence: The process of change in battered women. *Violence Against Women* [online]. Vol 3, Issue 5, pp. 5-26 [cit. 04.06.2017]. Dostupné na doi: 10.1177/1077801297003001002.
- [6] BRUTON, C., TYSON, D. 2017. Leaving violent men: A study of women's experiences of separation in Victoria, Australia. *Australian & New Zealand Journal of Criminology* [online]. First Published 7 Dec 2017, pp. 1–16 [cit. 11.2.2018]. Dostupné na doi: 10.1177/0004865817746711.
- [7] CAMPBELL, J. C. et al. 2003. Risk factors for femicide in abusive relationships: Results from a multisite case control study. *American Journal of Public Health* [online], Databáza: Psychology and Behavioral Sciences Collection. Vol 93, Issue 7, pp. 1089-1097 [cit. 11.09.2017]. Dostupné na doi: 10.2105/AJPH.93.7.1089.
- [8] CAMPBELL, J. C. et al. 2007. Intimate partner homicide: Review and Implications of Research and Policy. *Trauma, Violence, & Abuse* [online]. Vol 8, Issue 3, pp. 246-269 [cit. 13.01.2018]. Dostupné na doi: 10.1177/1524838007303505.
- [9] DOBASH, R. E., DOBASH, R. 2011. What Were They Thinking? Men Who Murder an Intimate Partner. *Violence Against Women* [online]. Vol 17, Issue 1, pp. 111-134 [cit. 11.11.2017]. Dostupné na doi: 10.1177/1077801210391219.
- [10] DOBASH, R. E., DOBASH, R. 2015. *When men murder women*. 1st ed. Oxford University Press, New York. 2015. 360 p. Series: Interpersonal Violence. ISBN-10: 0199914788.

- [11] DUTTON, M. A. 1994. Interview with Mary Ann Dutton (April 12, 1994). In Callahan, A. R. 1994. "Will the „Real“ Battered Woman Please Stand Up? In Callahan, A. R. 1994. *Journal of Gender & The Law* [online]. Vol 3, Issue 1, pp. 117-152 [04.05.2017]. Dostupné na: <<http://digitalcommons.wcl.american.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1189&context=jgspl>>.
- [12] ECKSTEIN, J. J. 2011. Reasons for staying in intimately violence relationships: Comparisons of men and women and messages communicated to self and others. *Journal of Family Violence* [online]. Vol 26, Issue 1, pp. 21-30 [cit. 12.10.2017]. Dostupné na doi: 10.1007/s10896-010-9338-0.
- [13] ENANDERR, V., HOLMBERG, C. 2008. Why does she leave?: The leaving process(es) of battered women. *Health Care for Women International* [online], Databáza: PsycINFO. Vol 29, Issue 3, pp. 200-226 [cit. 15.09.2017]. Dostupné na doi: 10.1080/07399330801913802.
- [14] FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION. 2011. Crime in the United States, 2010 [online]. (Údaje vypočítané z "Expanded Homicide Data" Tabuľka 2 a 10). Washington, DC: U.S. Department of Justice. [cit. 21.12.2017]. Dostupné na <http://www.fbi.gov/about-us/cjis/ucr/crime-in-the-u.s/2010/crime-in-the-u.s.-2010/tables/10shrtbl02.xls>.
- [15] GARCIA, L., SORIA, C., HURWITZ, E. 2007. Homicides and intimate partner violence: A literature review. *Trauma, Violence, & Abuse* [online]. Vol 8, Issue 4, pp. 370-383 [cit. 10.11.2017]. Dostupné na: doi: 10.1177/1524838007307294.
- [16] GONDOLF, E. W., FISHER, E. R. 1998. *Battered women as survivors: An alternative to treating learned helplessness*. 1st ed. Lexington, MA: Lexington Books. 1998. 123 p. ISBN 0669181668.
- [17] GOODKIND, J. R., SULLIVAN, C. M., BYBEE, D. I. 2004. A contextual analysis of battered women's safety planning. *Violence Against Women* [online], Databáza: PsycINFO. Publisher: Sage Publications; [Journal Article]. Vol 10, Issue 5, pp. 514-533 [cit. 10.10.2017]. Dostupné na doi: 10.1177/1077801204264368.
- [18] GOODMAN, L. et al. 2003. The Intimate Partner Violence Strategies Index: Development and Application. *Violence Against Women* [online]. Vol 9, Issue 2, pp. 163-186 [cit. 07.09.2017]. Dostupné na: doi: 10.1177/1077801202239004.
- [19] HÄGGBLÖM, A. M. E., MÖLLER, A. R. 2007. Fighting for survival and escape from violence: Interviews with battered women. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Wellbeing* [online]. Vol 2, Issue 3, pp. 169-178 [cit. 20.11.2017]. Dostupné na doi: 10.1080/17482620701296259.
- [20] HAYES, B. E. 2013. Women's Resistance Strategies in Abusive Relationships: An Alternative Framework. *Sage Open* [online]. Vol 3, Issue 3, pp. 1-10 [cit. 12.06.2017]. Dostupné na doi: 10.1177/2158244013501154.
- [21] HERBERT, T. B., SILVER, R. C., ELLARD, J. H. 1991. Coping with an abusive relationship: I. How and why do women stay? *Journal of Marriage and Family* [online], Databáza: ERIC. Vol 53, Issue 2, pp. 311-325 [cit. 09.09.2017]. Dostupné na doi: 10.2307/352901.

- [22] HYDÉN, M. 2005. 'I must have been an idiot to let it go on': Agency and positioning in battered women's narratives of leaving. *Feminism & Psychology* [online]. Vol 15, Issue 2, pp. 169–188 [cit. 09.09.2017]. Dostupné na doi: 10.1177/0959353505051725.
- [23] CHANG, J. C. et al. 2006. Understanding behavior change for women experiencing intimate partner violence: Mapping the ups and downs using the stages of change. *Patient and Educational Counseling* [online], Databáza: PsycINFO. Vol 62, Issue 3, pp. 330-339 [cit. 12.09.2017]. Publisher: Elsevier Science. Dostupné na doi: 10.1016/j.pec.2006.06.009.
- [24] JUODIS, M. et al. 2014. 'A comparison of domestic and non-domestic homicides: further evidence for distinct dynamics and heterogeneity of domestic homicide perpetrators. *Journal of Family Violence* [online], Databáza: Psychology and Behavioral. Vol 29, Issue 3, pp. 299-313 [cit. 08.11.2017]. Dostupné na doi: 10.1007/s10896-014-9583-8.
- [25] KHAW, L. HARDESTY, J. L. 2007. Theorizing the process of leaving: Turning points and trajectories in the stages of change. *Family Relations* [online], Databáza: ERIC. Vol 56, Issue 4, pp. 413-425 [cit. 08.09.2017]. Dostupné na: doi:10.1111/j.1741-3729.2007.00470.x.
- [26] LACEY, K. K., SAUNDERS, D. G., ZHANG, L. 2011. A comparison of women of color and non-Hispanic White women on factors related to leaving a violent relationship. *Journal of Interpersonal Violence* [online]. Vol 26, Issue 5, pp. 1036-1055 [cit. 12.11.2017]. Dostupné na doi: 10.1177/0886260510376496.
- [27] LANDENBURGER, K. M. 1998. Dynamics of leaving and recovering from an abusive relationship. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* [online]. Vol 27, Issue 6, pp. 700- 706 [cit. 11.11.2017]. Dostupné na doi: 10.1111/j.1552-6909.1998.tb02641.x.
- [28] LINDGREN, M. S., RENCK, B. 2008. Intimate partner violence and the leaving process: Interviews with abused women. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* [online], Databáza: PsycINFO. Vol 3, Issue 2, pp. 113-124 [cit. 25.10.2017]. Publisher: Informa Healthcare. Dostupné na doi: 10.3402/qhw.v3i2.4980.
- [29] LLOYD, S. A., EMERY, B. C., KLATT, S. 2009. Discovering women's agency in response to intimate partner violence. In S. A. Lloyd, & A. L. Few (Eds.), *Handbook of feminist family studies*. 1st ed. (pp. 264–280). Thousand Oaks, CA.
- [30] MCKENZIE, M, KIRKWOOD, D, TYSON, D, NAYLOR, B. 2016. Out of Character: Legal responses to intimate partner homicides by men in Victoria 2005-2014, Discussion Paper 9, Domestic Violence Resource Centre Victoria. No.10, pp. 155. [cit. 25.10.2017]. Dostupné na doi: 10.13140/RG.2.2.12455.96167.
- [31] MEYER, S. 2012. Why women stay: A theoretical examination of rational choice and moral reasoning in the context of intimate partner violence. *Australian and New Zealand Journal of Criminology* [online]. Vol 45, Issue 2, pp. 179–193 [cit. 08.09.2017]. Dostupné na doi: 10.1177/0004865812443677.

- [32] MEYER, S. 2016. Examining women's agency in managing intimate partner violence and the related risk of homelessness: The role of harm minimisation. *Global Public Health* [online], Databáza: PsycINFO. Vol 11, Issue 1-2, pp. 198–210 [cit. 09.01.2018]. Publisher: Taylor & Francis. Dostupné na doi: 10.1080/17441692.2015.1047390.
- [33] Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR. 2018. Súhrnná správa o stave rodovej rovnosti na Slovensku za rok 2017 - Násilie na ženách a domáce násilie. [online] [cit. 11.08.2019]. Dostupné na: https://www.gender.gov.sk/wp-content/uploads/2019/02/Sprava_rodova_rovnost_2017.pdf.
- [34] MURRAY, C. E., CROWE, A., FLASCH, P. 2015. Turning Points: Critical Incidents Prompting Survivors to Begin the Process of Terminating Abusive Relationships. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families* [online]. Vol 23, Issue 3, pp. 228-238 [cit. 10.10.2017]. Dostupné na doi: 10.1177/1066480715573705.
- [35] PELED, E. et al. 2000. Choice and empowerment for battered women who stay: Toward a constructivist model. *Social Work* [online], Databáza: Psychology and Behavioral Sciences Collection. Vol 45, Issue 1, pp. 9–25 [cit. 15.09.2017]. Dostupné na doi: 10.1093/sw/45.1.9.
- [36] PINNEWALA, P. 2009. Good Women, Martyrs, and Survivors: A Theoretical Framework for South Asian Women's Responses to Partner Violence. *Violence Against Women* [online]. Vol 15, Issue 1, pp. 81-105 [cit. 08.09.2017]. Dostupné na doi: 10.1177/1077801208328005.
- [37] RIDDELL, T., FORD-GILBOE, M., LEIPERT, B. 2009. Strategies used by rural women to stop, avoid, or escape from intimate partner violence. *Health Care for Women International* [online], Databáza: Psychology and Behavioral Sciences Collection. Vol 30, Issue 1-2, pp. 134-159 [cit. 22.09.2017]. Dostupné na doi: 10.1080/07399330802523774.
- [38] ROYAL COMMISSION INTO FAMILY VIOLENCE. (2014–2016). Summary and recommendations. [online]. No 132, Session 2014–16, pp. 264-277 [cit. 08.11.2017]. State of Victoria, Melbourne. 2016. Summary and recommendations 978-0-9944440-1-1. Dostupné na: <http://www.rcfv.com.au/MediaLibraries/RCFamilyViolence/Reports/Final/RCFV-Summary.pdf>.
- [39] SHEEHAN, B. E. et al. 2015. 'Intimate partner homicide: New insights for understanding lethality and risks'. *Violence Against Women* [online]. Vol 21, Issue 2, pp. 269-288 [cit. 12.01.2018]. Dostupné na doi: 10.1177/1077801214564687.
- [40] THAPAR-BJÖRKET, S., MORGAN, K. J. 2010. "But Sometimes I Think . . . They Put Themselves in The Situation": Exploring Blame and Responsibility in Interpersonal Violence. *Violence Against Women* [online]. Vol 16, Issue 1, pp. 32-59 [cit. 25.09.2017]. Dostupné na doi: 10.1177/1077801209354374.

- [41] TODD, N., WADE, A. 2004. Coming to terms with violence and resistance: From a language of effects to a language of responses. In T. Strong, T., Pare, D. (Eds.), *Furthering talk: Advances in the discursive therapies*. pp.145–161. New York: Kluwer Academic Plenum. ISBN 9781461347439.
- [42] VIC HEALTH. 2014. Australians' attitudes to violence against women. Findings from the 2013 National Community Attitudes towards Violence Against Women Survey (NCAS). [online]. Melbourne, Australia: Victorian Health Promotion Foundation. [cit. 15.11.2017], p. 50. Dostupné na: <<https://www.vichealth.vic.gov.au/media-and-resources/publications/2013-national-community-attitudes-towards-violence-against-women-survey>>.

THE ENDING OF A VIOLENT RELATIONSHIP AND THE RISKS OF LEAVING AN ABUSIVE PARTNER

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Daša Malíková
BUDÚCNOSTĚ, n.o
Wilsonovo nábr. 82
949 01 Nitra
e-mail: dada.malikova@gmail.com

ABSTRACT

This article is about the issue of violence in close relationships, about solving this problem and the ending of a violent relationship. It provides information for a higher understanding of changes in the complex decision-making process of women with experiences of violence in close relationships. It analyses and researches leaving of a woman from an abusive partner like a dynamic and complex process including multiple decisions and acts by the woman over time. It detects the specific dynamic of leaving a relationship, which is formed by the processes of changes in women over time. Concurrently it summarizes and describes the risks of ending a violent relationship which can endanger the women to a bigger extent than its continuance in the violent relationship. In the case of many women, this is the most risky and the most fatal period throughout their life.

KEYWORDS:

violence, close relationships, process of change, ending of relationship, risks

HODNOCENÍ NEHOJÍCÍCH SE RAN



ADÉLA HOLUBOVÁ
JIHOČESKÁ UNIVERZITA
V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
RESTRIAL, S.R.O., SOBĚSLAV

ANDREA POKORNÁ
MASARYKOVA UNIVERZITA
V BRNĚ

ABSTRAKT

V současné době neexistuje v České republice (ČR) národně akceptovaný doporučený postup pro posuzování stavu nehojících se ran, a proto uplatňují sestry v klinické praxi postupy v rámci daného zdravotnického zařízení (lokální know how). Výsledkem je nesourodost posuzování, hodnocení nehojících se ran z hlediska kvality a objektivitu hodnocení. Z toho vyplývají nejasnosti jak v přenosu, tak i ve sdílení informací a v neposlední řadě také při zajišťování kontinuity diagnosticko-léčebného procesu. Proces hodnocení nehojících se ran je prezentován v rámci našeho příspěvku, přičemž je věnována pozornost hodnocení nehojících se ran.

KLÍČOVÁ SLOVA:

nehojící se rána, všeobecná sestra, hodnocení, objektivizace, doporučený postup

ÚVOD

Doporučené postupy jsou obecně připravovány odbornými společnostmi jednotlivých specializací a zde také nastává problém, a to, pod kterou odbornou společností lze guidelines pro péči o nehojící se rány připravit. Snahou odborných společností v ČR zabývajících se péčí o rány je vytvořit doporučený postup pro péči o pacienty s nehojící se ránou (Pokorná, 2012).

Dolák a kol. uvádí, že používání standardizované ošetřovatelské terminologie je základním znakem ošetřovatelské profese v 21. století. Rozvoj tohoto jazyka v ošetřovatelství a jeho samotné používání vystihuje novou epochu ošetřovatelské vědy (Dolák, 2012).

V ošetřovatelském procesu, jako systematické a racionální metodě plánování a poskytování ošetřovatelské péče, je posuzování jednou z hlavních fází a znamená základ pro efektivní uplatnění ošetřovatelských intervencí. Správnost a celistvost získaných dat se následně odráží v dalších fázích procesu, a to zejména v plánování a ošetřovatelské diagnostice (Pokorná, 2012). Herdman se shoduje s názory Pokorné (2012) a doplňuje, že pokud v posouzení dojde k pochybení, ztratí sestry kontrolu i nad dalšími kroky ošetřovatelského procesu (Herdman, 2015).

V oblasti wound managementu narážíme na nedostačující sesterské kompetence. Pokorná uvádí, že primární hodnocení celkového stavu nemocného a rány je vždy v kompetenci lékaře. Průběžné hodnocení a záznam změn v procesu hojení rány je v kompetenci všeobecné sestry s odbornou způsobilostí či sestry specialistky (dle Vyhlášky č. 55/2011 Sb. ve znění pozdějších předpisů), avšak všeobecná sestra ani sestra se specializovanými dovednostmi erudovaná ve wound managementu nemůže sama indikovat materiály pro lokální léčbu a provádět débridement rány (Pokorná, 2012).

Chronická rána je defekt, který se hojí neobvykle pomalu. Daným termínem se označuje rána, která i přes adekvátní terapii nevykazuje po dobu 6–9 týdnů tendenci k hojení. Pokud se rána i při vhodném ošetřování nehojí, je předpoklad, že v ráně došlo k narušení normálního reparativního procesu. Příznaky narušeného hojení má i řada komplikovaných akutních ran a postupy používané při jejich ošetřování jsou velmi podobné algoritmům léčby chronických ran (Bureš, 2006). Evropská asociace společností pro hojení ran (European Wound Management Association – EWMA) proto na svém XX. výročním ženevském kongresu v květnu 2010 doporučila opustit termín chronická rána a nahradit jej pojmem **nehojící se rána (non-healing wound)** (Stryja, 2011). Pokorná tyto informace doplňuje a uvádí, že v současné době se stále užívá jak označení chronická rána, tak nehojící se rána anebo rána s komplikacemi v hojení (hard to heal wound) v překladu také rána těžce hojitelná. Všechna označení lze v klinické praxi považovat za synonyma, jelikož se vždy jedná o důsledek narušení reparativního procesu (Pokorná, 2012). Toto potvrzuje i Stryja, který uvádí, že pokud se rána i při ideálním ošetřování nehojí, dá se předpokládat, že v ráně došlo k narušení normálního reparativního procesu (Stryja, 2010).

PROCES HOJENÍ

Pokorná uvádí, že hlavními cíli ve wound managementu je eliminace všech příčin: lokálních a systémových, které mohou prodlužovat nebo komplikovat hojení, dosažení efektivního a ekonomicky zohledněného zhojení rány. U nezhojitelných ran je cílem zvýšení kvality života nemocného. Upozorňuje, že proces hojení může být ovlivněn ve kterékoli fázi jak lokálními, tak zejména celkovými faktory (celkovým stavem organismu) (Pokorná, 2012).

Hojení je přirozeným obranným systémem pohybu a dělení buněk, přičemž probíhá v několika fázích. Tyto fáze se vzájemně prolínají, časově se překrývají a vzájemně na sebe navazují. Nelze je oddělit. Základní fáze hojení jsou: **zánětlivá (exsudativní, inflamační), proliferační a reepitelizační**. V praxi tyto fáze označujeme jako fázi čištění, fázi granulační a epitelizační.

a) fáze zánětlivá (exsudativní, inflamační) – čistící fáze

V první fázi dochází k čištění rány fagocytózou. Cílem zánětlivé reakce je ránu vyčistit a vytvořit předpoklady pro následující fázi, a to fázi proliferační. Cílem zánětu je zničit nežádoucí noxy.

b) fáze proliferační – granulační fáze

Ve druhé fázi probíhá novotvorba cév a výstavba granulační tkáně. Takto nově vzniklá tkáň vede k procesu epitelizace. V této fázi je důležité udržování optimální vlhkosti a teploty tkání, a proto mají v této a následné fázi nezastupitelnou úlohu materiály pro fázové hojení ran. Označení této fáze je odvozeno od známek hojení projevujících se výskytem světle červených jader (granul).

c) fáze reepitelizační – epitelizační fáze

Jedná se o finální etapu v procesu hojení. V této fázi nastává migrace, mitóza a diferenciacie epitelálních buněk a vyzrávání kolagenních vláken s tvorbou jizevnaté tkáně. Epitelizace začíná od okrajů (edge effect) anebo z epitelizačních ostrůvků uvnitř rány. Buňky v podstatě migrují po vlhké spodině (vlhká skluzná plocha spodiny je podmínkou k migraci - přemísťování). Epitelizace bezprostředně provází fázi granulace, která vytváří nosnou plochu pro tvorbu nového pojivového tkaniva a pokožky (Pokorná, 2012). Granulační tkáň ztrácí vodu, dochází k úbytku cév v granulační tkáni a nová tkáň se zpevňuje a přeměňuje v jizevnatou tkáň. Nově vzniklá tkáň je velmi náchylná k poškození. Nově vytvořená tkáň získává asi 80 % původní pevnosti asi po dvou letech od zhojení (Pospíšilová, 2010).

Obr. č. 1: Nehojící se rána v různých fázích hojení

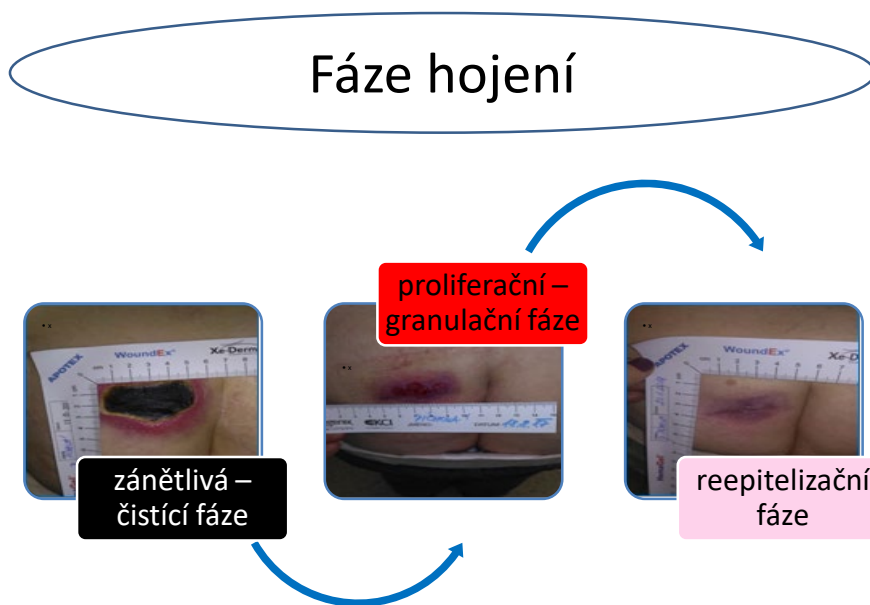


Foto: archiv autorek

V každé fázi hojení ran (obr. č. 1) sehrávají klíčovou úlohu cytokiny, růstové faktory, proteázy a endokrinní hormony, jejichž rovnováha, regulační a stimulační funkce je u chronických ran porušena (Pospíšilová, 2010).

Pospíšilová potvrzuje výroky Enoch a Harding spojené s rozdílným procesem hojení u akutních a nehojících se ran. U akutní rány probíhá proces hojení vždy posloupně, avšak u nehojící se rány se mohou v důsledku příčin, které se na vzniku rány podílí, některé fáze prodlužovat, a to zejména fáze inflamační a proliferační nebo se mohou také prolínat. (Enoch, Harding, 2003).

Z výše uvedených informací vyplývá, že hojení je složitý proces. Jednotlivé přípravky fázového/vlhkého hojení tedy používáme dle charakteru spodiny defektu a fáze hojení. Návodem ke správnému určení či posouzení spodiny a následně k výběru vhodného materiálu pro fázové hojení ran slouží pomůcka nazývaná Wound Healing Continuum (WHC) – Kontinuum hojení rány. V potaz je ovšem vždy třeba vzít i celkový stav pacienta.

WOUND HEALING CONTINUUM – KONTINUUM HOJENÍ RÁNY

Kontinuum je založeno na rozpoznání barvy (tab. 1, obr. č. 2), která na spodině rány převažuje a je pro hojení rány nejdůležitější. K dispozici je škála barev od černé (nekróza), žluté (infekce, vlhká nekróza), červené (granulační tkáň) až **po růžovou (epitelizace)**. **Pro hodnocení je nejdůležitější ta barva, která má podstatný vliv na hojící se ránu.**

Tato pomůcka napomáhá k identifikaci hlavních znaků fáze hojení a následného určení adekvátního postupu intervencí. Popis a vývoj rány je možné popsat směrem pozitivním či negativním (posun doleva – inhibice hojení, posun doprava – hojivý proces).

Tabulka 1: Wound Healing Continuum – Kontinuum hojení

Barva	Charakteristika
Černá rána	je charakteristická výskytem černé nekrózy na spodině rány. Struktury, které lze nalézt pod nekrotizací mají různý charakter, a to od „blátivé spodiny“, granulační tkáně po měkké podkožní tkáně. Hlavním cílem je odstranění devitalizované tkáně a následné zhodnocení struktur pod ní.
Černo-žlutá rána	rána patří mezi přechodové rány, které jsou hodnoceny dle převládající komponenty na spodině. Cílem je dehydratace nekrotických ložisek a s tím související odstranění žlutých povlaků.
Žlutá rána	je charakterizována jako rána s přítomností hnisu a známkami lokalizované či šířící se infekce. Léčebným cílem je odstranění povlaku, který je místem při množení mikroorganismů.
Žluto-červená rána	rána se vyznačuje zhruba 50 % výskytem obou tkání současně, tzn. povlaků vlhké nekrózy či počínajících granulací. Červená barva zde nemusí znamenat vždy přítomnost granulační tkáně, ale může být známkou infekce (způsobeno zejména beta-hemolytickými streptokoky skupiny A, B, C, a G).
Červená rána	je charakterizovaná granulační tkání.
Červeno-růžová rána	je známkou ukončování procesu hojení dle WHC a uzavírání defektu. Vyznačuje se tenkou vrstvou epitelálního krytu s prosvítajícími zrnky granulační tkáně.
Růžová rána	je stav, kdy je původní defekt zcela překryt epitelárním krytem. Nová tkáň je křehká a náchylná k traumatu. Změna barvy nové tkáně nemusí být trvalá a je významně ovlivněna původní hloubkou, velikostí a délkou hojení rány.

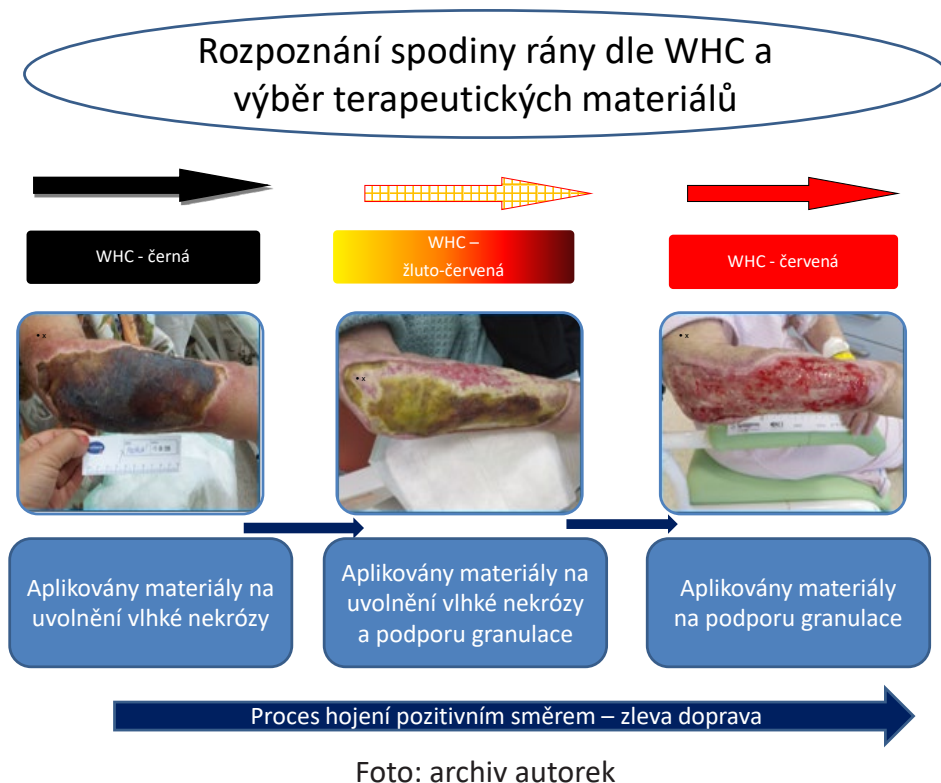
(Pokorná, Mrázová, 2012)

Gray doporučuje určit výchozí barvu spodiny nehojící se rány, přičemž cílem léčby by mělo být dosáhnout barvy spodiny směrem vpravo, tzv. směrem regrese nehojící se rány.

Zahraniční i tuzemské zdroje se shodují a upozorňují, že využití WHC nespočívá pouze v popisu hlavních rysů rány k identifikaci fází hojení a poruchy hojení, ale stává se významnou pomůckou pro výběr odpovídajícího typu terapeutického materiálu pro fázové hojení ran, který povede k podpoře hojení (Gray, 2010). Gray tak souhlasí s názorem,

že klíčovým úkolem při hodnocení rány je správně určit barvu spodiny. O procesu hojení rány mluví jako o procesu hojení „zleva doprava“, tzn. od černé k růžové barvě (Gray, 2005).

Obr. č. 2: Rozpoznání spodiny rány dle WHC a výběr terapeutických materiálů



WOUND BED PREPARATION - PŘÍPRAVA SPODINY RÁNY

Úlohou **Wound Bed Preparation (WBP)** je příprava spodiny rány, a to zejména uvolnění a eliminaci negativních projevů v průběhu procesu hojení. Nehojící se rána je vyznačována tím, že neprochází řádným procesem hojení jak z hlediska času, tak ani z pohledu vlastní patofyziologie hojení. Proces hojení je odlišný od akutní rány. Příprava spodiny rány slouží k tomu, abychom mohli efektivně zahájit, sledovat a kontrolovat vývoj procesu hojení. Jedná se o dynamický proces, který se velmi rychle proměňuje.

K praktickému posouzení rozvoje a pozitivního posunu v hojení rány slouží **model TIME** (tabulka 2).

TIME MODEL

TIME model zahrnuje čtyři složky zaměřené na různé patofyziologické jevy podílející se na existenci chronických a nehojících se ran. Dowsett uvádí, že akronym TIME byl vytvořen v roce 2002 skupinou odborníků na ošetřování ran, jako praktický průvodce pro přípravu spodiny rány. Jednotlivé složky tvoří akční rámec, který nabízí zdravotníkům komplexní pohled na ošetřování nehojících se ran a zároveň se výrazně liší od postupů, jež se používají při ošetřování akutních ran. Vlastní model zahrnuje čtyři komponenty intervenčních postupů a léčby - (z anglických slov - neživá tkáň – *T – Tissue*, kontrola zánětu a přítomnosti infekce – *I – Inflammation*, zajištění optimální vlhkosti v ráně a celkový management exsudátu – *M – Moisture balance* a následně podporu epitelizace – *E – Epithelisation*). Zahrnuje výše jmenované čtyři složky, které se soustředí na různé patofyziologické jevy podílející se na existenci nehojících se ran. Tyto složky tvoří rámec, který zdravotnickým pracovníkům nabízí komplexní pohled na ošetřování ran a umožňuje tak zdravotnickým pracovníkům poskytovat efektivní péči o nehojící se rány (Dowsett, Newton, 2005). Hampton dodává ke komponentu I „infection“, že je nutné potlačit nejen zánět, ale i infekci, a ke komponentu E „edge“, je důležité sledovat okraje rány (např. podminování) (Hampton, 2015).

Tabulka 2: TIME model

TIME model		
T	Tissue	Tkáň
I	Infection/inflammation	Kontrola zánětu a přítomnosti infekce
M	Moisture balance	Zajištění optimální vlhkosti v ráně a celkový management exsudátu
E	Epithelisation Edge of wound Edge, which is not advancing or undermining	Podporu epitelizace Péče o okraje rány Prevence podminovaných okrajů a okrajů s navlitím

TIME systém má jako hlavní cíl při optimalizaci stavu rány zmírnění edému, snížení produkce exsudátu, redukci bakteriální zátěže včetně odstranění biofilmu, nápravu odchylek, které přispívají k narušení hojení (podpora hojení od okrajů rány – edge effect).

T – Tissue = tkáň

T – označuje neživou, méněcennou, divitalizovanou (neschopnou života) tkáň na povrchu rány. U tohoto typu tkáně je nezbytné provést debridement (Pokorná, 2012). Enoch a Harding upozorňují na význam débridementu, a to za pomoci výsledků studie, ve které se porovnával účinek autolytického débridementu a ostrého débridementu na proces hojení. Z výsledků studie vyplývá, že u pacientů, u kterých byl prováděn ostrý débridement se rány hojily daleko rychleji (Enoch, Hardink, 2003). Pokorná dále dodává, že débridement

stimuluje tvorbu zdravé tkáně, snižuje buněčnou zátěž, bakterie, biofilm a zestárlé buňky v ráně. Cílem débridementu je odstranění mrtvé tkáně, obnovení bakteriální rovnováhy a podpora hojení rány (Pokorná, 2012).

I = Inflammation, infection = potlačení zánětu a infekce

Nehojící se rány jsou vždy kolonizovány, tzn. tedy osídleny mikrobiální flórou. Většinou se jedná o polymikrobiální synergické osídlení – biofilm. Biofilm je definován jako polymikrobiální komunita na povrchu rány, obklopená raným sekretem, což jí poskytuje ochranu proti fagocytóze, antibiotikům a antiseptickým prostředkům.

Z klinického hlediska je pro všeobecnou sestru i ostatní nelékařské pracovníky zainteresované v péči o nehojící se ránu důležité, aby znala postupy, kterými lze ranou infekci rozpoznat a strategie dalšího postupu v případě podezření na ranou infekci. Pro usnadnění rozhodovacího procesu byla opět připravena specifická klasifikace Wound infection kontinuum (WIC) (Pokorná, 2012).

WOUND INFECTION KONTINUUM - KONTINUUM INFEKCE V RÁNĚ

Kontinuum infekce v ráně je koncepčním vyjádřením a nástrojem pro hodnocení zastoupení různých úrovní biologické zátěže v ráně. Pomocí kontinua infekce v ráně (jako měřítko na přímce, kde posun od kolonizace směrem k infekci je posunem negativním a naopak – obr. č. 3), můžeme posoudit úroveň biologické zátěže rány a může tak být usnadněno klinické rozhodování (Pokorná, 2012).

Warinner a Burrell stejně jako Swezey dělí přítomnost bakterií v ráně na 4 stupně a těmi jsou:

1. *Kontaminace* znamená přechodný výskyt mikroorganismů v ráně. V tomto případě se mikroorganismy nemnoží, neinvadují a v ráně neperzistují (za podmínky, že nejsou výživové a fyzikální podmínky vodné pro rozmnožení). Proces hojení není narušen. Přítomnost mikroorganismů je pouze přechodná.
2. *Kolonizace* nastane, když mikroorganismy přilnou ke spodině rány, avšak neovlivňují stav pacienta (nezpůsobují klinickou infekci rány). V tomto případě také není narušeno hojení rány. Jedná se o biozátěž rány.
3. *Kritická kolonizace* vznikne, pokud se mikroorganismy dostanou do hlubších struktur tkáně (jedná se o mezistupeň kolonizace a infekce v ráně), kdy v ráně je přítomno více než 10^5 bakterií na cm^2 .
4. *Infekce* nastane, v případě přemnožení bakterií, které proniknou do tkání, dochází k poškození buněk a imunologické reakci. Mikroorganismy vedou k poškození a vyvolávají zánětlivou reakci (Swezey, 2017). (obr. č. 3)

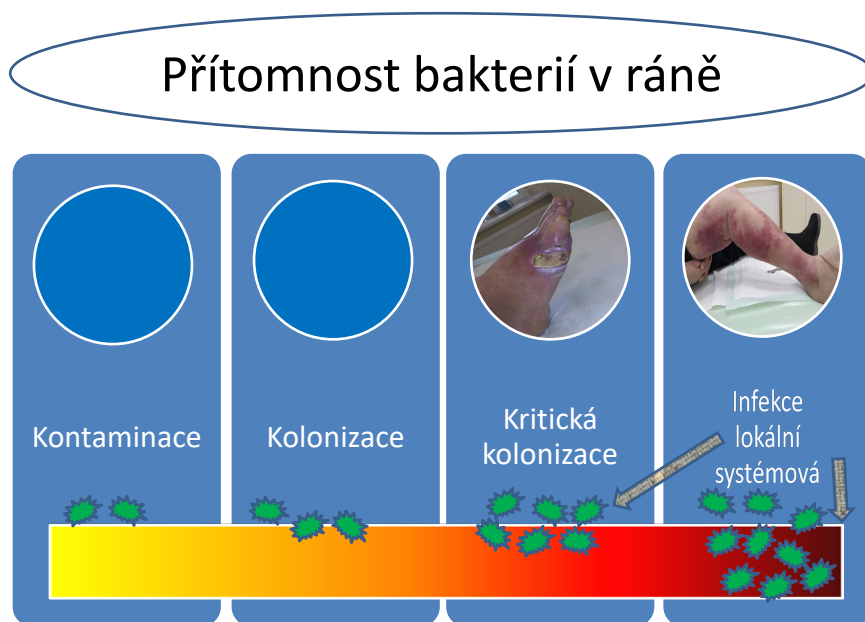


Foto: archiv autorek

Edwards a Harding zahrnují ještě dvě další úrovně, a to šíření invazivní infekce a sepsi, kdy je hojení rány jednoznačně narušeno. K infekci dochází, pokud mikroorganismy úspěšně překonají hostitelovy obranné mechanismy (Edwards, Harding, 2004)

M = Moisture balance = rovnováha vlhkosti

Rovnováha vlhkého prostředí v ráně je ovlivňována zejména prostřednictvím ovlivnění exsudace. Exsudát v ráně se vytváří v návaznosti na složité interakce mezi etiologií rány, fyziologií hojení rány a aktuálním prostředím na spodině rány. Ranná sekrece je jedním z klasických projevů nehojící se ran. Nadměrná produkce exsudátu vede k maceraci okrajů rány a jejího okolí a může vést k zánětlivým reakcím. Naopak nízká exsudace z rány vede k vysušování spodiny a zpomaluje tak proces hojení. (Edwards, Harding, 2018). Nadměrná vlhkost na spodině rány může proces hojení negativně ovlivnit, a proto je třeba používat takové materiály, které mají dostatečnou savou schopnost odvést nadbytečný exsudát a zajistit tak vhodné prostředí pro hojení rány. Kontrola materiálu při převazu zahrnuje hodnocení nejen vzhledu primárního a sekundárního krycího materiálu, ale také vzhled a charakter exsudátu (barva, viskozita aj. – tab. 4), které mohou ovlivnit další rozhodování o režimu převazů. Pro objektivnější hodnocení množství rozsahu exsudátu je vhodné využít škálu dle prosáknutí krytí (tab. 3), která vychází z **Wound Exudate Continuum (WEC) - Hodnocení rozsahu exsudace** (Pokorná, 2012).

Tabulka 3: Hodnocení rozsahu exsudace

Označení rozsahu exsudace	Identifikační znaky – prosáknutí krytí	Cíl péče
Žádná sekrece	Primární krytí je suché, nespotřebované, bez viditelných stop sekrece, často „přisychá“ ke spodině rány	Za normálních okolností podpora exsudace (výjimka onkologické rány a mumifikace ischemických akrálních částí těla)
Mírná sekrece	Vlhkost a otisk na primárním krytí (25 % krytí zvlhčeno exsudátem)	Udržení „optimální vlhkosti“
Střední sekrece	Prosáklé primární krytí a částečně sekundární krytí – otisk na sekundárním krytí	Udržení „optimální vlhkosti“
Rozsáhlá sekrece	Prosáklé sekundární krytí (25–70 % krytí zvlhčeno exsudátem)	Udržení „optimální vlhkosti“, zabránění macerace okolní tkáně
Profuzní sekrece	Vytékání sekretu z obvazu/promáčení fixačního krytí a materiálu	Udržení „optimální vlhkosti“, zabránění macerace okolní tkáně

(Pokorná, Mrázová, 2012)

Tabulka 4: Kontinuum exsudátu v ráně (Wound Exudate Continuum)

Množství exsudátu	Viskozita		
	Vysoká 5	Střední 3	Nízká 1
Vysoké/rozsáhlé exsudace 5			
Střední/mírná exsudace 3			
Nízká exsudace 1			

Pokorná uvádí, že rizikem pro proces hojení je exsudát s vyšší viskozitou, vylučovaný v nadměrném množství (červená barva v tabulce). Exsudát s nižší viskozitou a malým množstvím sekrece je považován za pozitivnější (zelené pole tabulky) (Pokorná, 2012). Gray uvádí příklad, rány s exsudátem o nízkém objemu a střední viskozitě, kdy zápis v dokumentaci by byl „nízká / střední kategorie a skóre 4“ (umístění v nízkém exsudátu (zelené části) a střední viskozitě (zelené části)). Dále se shoduje s Pokornou a uvádí,

že exsudace a viskozita v zelených polích tabulky je pro proces hojení výhodná, a naopak určení viskozity a exsudace v červených polích jsou pro proces hojení negativní (Gray, White, Cooper, 2010).

E = Epithelisation = epitelizace, edge of wound = péče o okraje rány

PREVENCE PODMINOVANÝCH OKRAJŮ A NAVALITÝCH OKRAJŮ S NAVALITÍM

Epitelizace představuje konečné stadium uzavření rány. K epitelizaci dochází během diferenciační fáze tedy fáze přestavby. Tato fáze může být narušena přímo i nepřímo. Přímé narušení epitelizace nehojící se rány spočívá v předčasném stárnutí fibroblastů na spodině rány, v poruše přechodu rány z jedné fáze hojení do druhé a v narušení proliferace, migrace a adheze keratinocytů. Mezi faktory jež narušují epitelizaci, nepřímo se řadí ischémie a prodloužená hypoxie okrajů a spodiny rány při nevhodných převazech (Pokorná, Mrázová, 2012).

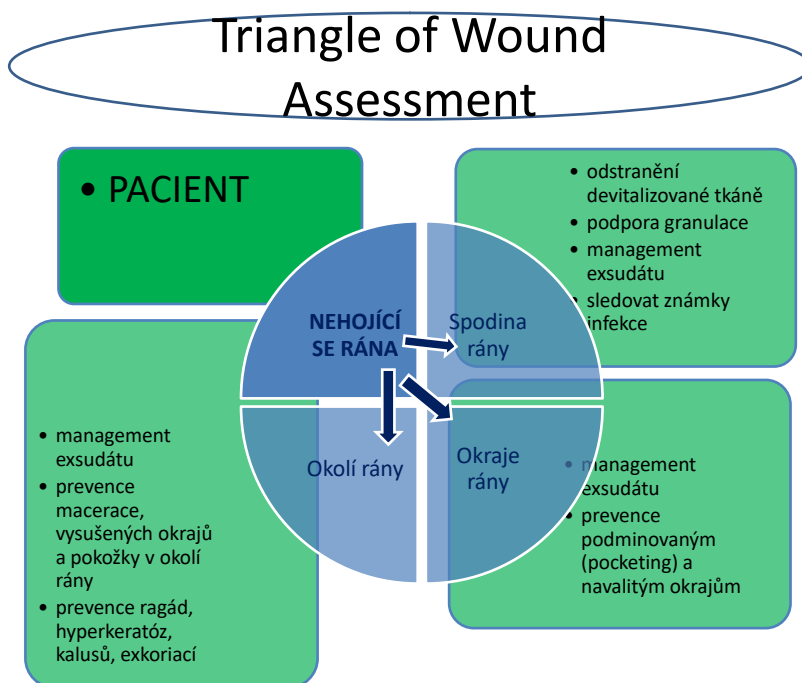
V roce 2015 publikovali zástupci a odborníci z EWMA ***Triangle of Wound Assessment***

TRIANGLE OF WOUND ASSESSMENT

Nástroj hodnocení rány rozšiřuje současné koncepce přípravy rány a TIME model. Toto nové doporučení obsahuje hodnocení těchto oblastí, a to: *spodiny rány* (wound bed), *okrajů rány* (wound edge) a *okolí rány* (periwound skin) (Dowsett, Gronemann, Hardink, 2015).

Romanelli uvádí, že je velmi důležité, aby hodnocení rány bylo komplexní, systematické a založené na důkazech. Vyzdvihuje ***Triangle of Wound Assessment*** jako nový nástroj, který rozšiřuje současné koncepce přípravy rány a TIME mimo okraj rány. Rozděluje posouzení rány na tři oblasti: spodinu rány, okraje rány a okolí rány (obr. č. 4). Tento nástroj by měl být použit v kontextu holistického hodnocení, které zahrnuje nejen pacienta, ale i pečovatele a rodinu (Romanelli, Dowsett, Dought, 2016).

Obr. č. 4: Triangle of Wound Assessment

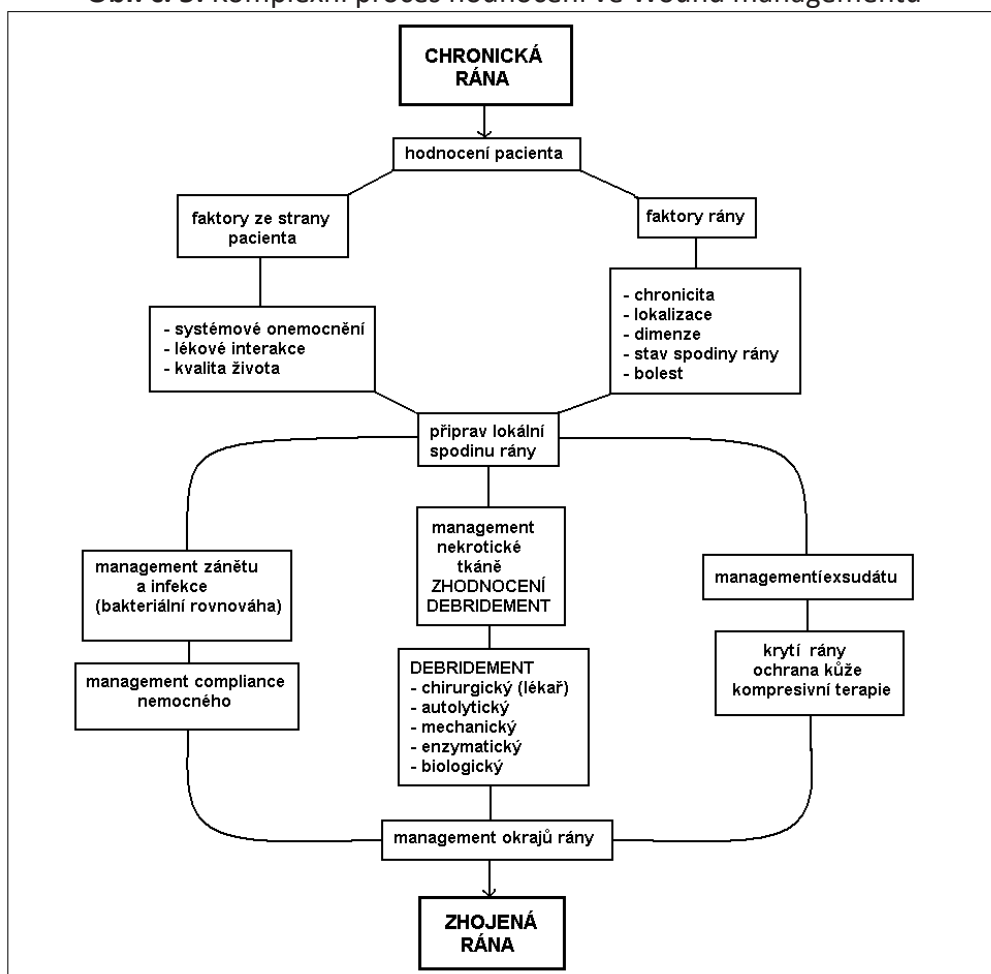


Zdroj: upraveno podle (Dowsett, Gronemann, Hardink, 2015)

Holistické hodnocení pacienta a jeho nehojící se rány je klíčovým prvkem k správné rozpoznání etiologie rány, určení vhodné lokální terapie a nataveného správného procesu hojení. Správné hodnocení jak pacienta, tak nehojící se rány nakonec vede k zhojení defektu a to s sebou nese i menší finanční zátěž pro zdravotnický systém (Ousey, Cook, 2012).

Základem wound managementu je zhodnocení jednak celkového stavu nemocného a lokální posouzení nehojící se rány včetně hlubších struktur a na jejich podkladě volba vhodných terapeutických strategií (obr. č. 5) (Pokorná, 2014).

Obr. č. 5: Komplexní proces hodnocení ve Wound managementu



Zdroj: Pokorná 2012

HODNOCENÍ CELKOVÉHO ZDRAVOTNÍHO STAVU PACIENTA

Proces péče o nemocné s nehojící se ránou by měl být zahájen kvalitním zhodnocením jak celkového stavu nemocného, tak vlastní rány. Primární hodnocení celkového stavu nemocného a rány je vždy v kompetenci lékaře. Průběžné hodnocení a záznam změn v procesu hojení rány je v kompetenci všeobecné sestry s odbornou způsobilostí či sestry specialistky (dle Vyhlášky č. 55/2011 Sb. ve znění pozdějších předpisů) (Pokorná, 2012).

Nezbytným předpokladem pro správné hodnocení rány je zhodnocení celkového stavu pacienta. Posouzení by mělo zahrnovat důkladnou zdravotnickou anamnézu, včetně „chirurgické historie“, psychický a nutriční stav pacienta, přítomnost bolesti, farmakologickou anamnézu, tak aby bylo možné posoudit a naplánovat komplexně proces léčby rány.

Posouzení celkového zdravotního stavu pacienta s nehojící se ránou zahrnuje také posouzení úrovně sebeděle pacienta za pomoci objektivizujících testů, jež slouží k odhalení případné neschopnosti v sebeděli různém stupni a dále napomůže v plánování rozsahu dopomoci pacientovi v sebeděli. K posouzení úrovně sebeděle je nejvhodnější **test všedních denních činností** (Activity of Daily Living test – ADL) dle Barthelové a test instrumentálních denních činností (Instrumental Activity of Daily Living test – IADL).

Dále je vhodné, především u seniorů, provedení testů pro evaluaci **kognitivních funkcí**, s cílem na zaměření odhalení rizika nespolupráce a možné ovlivnění compliance pacienta či edukace (Pokorná, Mrázová, 2012).

Dalším důležitým bodem hodnocení je **vyhodnocení aktuálního nutričního stavu a vývoje stavu výživy v časové ose** (Pokorná, Mrázová, 2010).

Vstupní fyzikální vyšetření, primární hodnocení celkového stavu nemocného s nehojící se ránou je v kompetenci lékaře, avšak průběžné hodnocení a záznam změn v procesu hojení rány je v kompetenci všeobecné sestry s odbornou způsobilostí či sestry se zvláštní odbornou způsobilostí získanou absolvováním certifikovaného kurzu v rozsahu vzdělávacího programu. Dále je sestra velice důležitá při správném provádění odběru biologického materiálu v rámci jeho preanalytické fáze.

Další velmi důležitou skupinou v hodnocení je **posouzení přítomnosti bolesti**.

Řešení bolesti a bolest samotná je výrazná u akutní i nehojící se rány. Bolest pacientů s nehojícími se ranami je dlouhodobě podceňovaným faktem. V souvislosti s nehojícími se ranami je častěji popisována bolest chronická, ale zároveň je doprovázena atakami akutní bolesti, a to v souvislosti s realizací převazu rány. Hlavním důvodem, proč je bolest negativním jevem, je její patofyziologická etiologie a dopad bolesti (Pokorná, Mrázová, 2012).

HODNOCENÍ KONKRÉTNÍCH PARAMETRŮ NEHOJÍCÍ SE RÁNY

Rozhodujícím prvkem ve wound managementu je efektivní zhodnocení a posouzení celkového stavu pacienta s nehojící se ránou (Ousey, Cook, 2012). Pro hodnocení rány lze využívat různé nástroje a pomůcky, které jsou detailně popsány již výše jako např. Wound Healing Continuum (WHC), Wound Infection Continuum (WIC), Wound Exsudate Continuum (WEC) aj. Všechny tyto pomůcky k hodnocení ran považujeme za objektivní nástroje. Hodnocení rány rozlišujeme na: vstupní, průběžné a výstupní hodnocení. (Pokorná, Mrázová, 2012).

Hodnocení rány musí zahrnovat tyto základní položky:

1. **Lokalizaci rány** zakreslujeme/zaznamenáváme na obrázku lidského jedince (obdoba Margolesovy mapy), v případě potřeby doplňujeme slovním komentářem, s detailnějšími informacemi o umístění rány.
2. **Etiologii – její příčinu** ne vždy je jednoznačně známá příčina vzniku poškození integrity kůže. Pokud je však známá etiologie rány je vhodné ji popsat. Navazující informace doplňují přehled o trvání defektu. Většinou postačí alespoň přibližná doba trvání poruchy integrity kůže (dny/měsíce/roky).
3. **Klasifikaci rány – zahrnuje** především popis spodiny rány a její klinické známky vzhled rány. Spodinu popisujeme dle jejího vzhledu jako: nekrotickou (přítomnost nekrózy suché gangrény gangraena sicca, eschara či vlhké – gangraena humida), povleklou (přítomnost povlaků), čistou (bez povlaků, se známkami stagnace granulace), granulující (novotvorba tkáně), epitelizující (překrytí rány novou tkání – epitelem). Při popisu vycházíme z klasifikace WHC (Wound Healing Continuum), která je detailně popsána výše.
4. **Klinické známky** vzhled – v rámci popisu příslušného typu rány (od černé po růžovou) popisujeme další klinické známky jako stopy lokální infekce (Celsovy příznaky).
5. **Stav kůže okolí rány** – je dalším zdrojem informací o hojivém procesu a o případných komplikacích či inhibujících faktorech hojení. Projevy v okolí rány lze rozdělit do několika skupin, a to změny barevné, změny pigmentové (hyperpigmentace, erytém aj.), ekzémové, projevy, mikrobiální komplikace, plísňová onemocnění, hypertrofické projevy (hyperkeratóza, xeróza), atrofické projevy (atrofia cutis, atrofia blanche).
6. **Hodnocení bolesti** – hodnocení provádíme nejčastěji pomocí vizuální analogové škály VAS či numerické škály NRS. Vhodnější však je, aby byla intenzita bolesti hodnocena v souvislosti s denními aktivitami pomocí dotazníku interference bolesti s denními aktivitami – DIBDA (viz kapitola hodnocení bolesti u pacienta s nehojící se ránou). Další informace např. o analgetické terapii jsou součástí běžné zdravotnické dokumentace nemocného a není nutné je uvádět v záznamu nehojící se rány (postačí zmínka, že jsou podávány a v jaké formě, protože je nutno zajistit kontinuitu frekvence hodnocení bolesti).
7. **Hodnocení velikosti rány** – hodnocení velikosti rány provádíme v tomto pořadí: délka, šířka, hloubka vždy v cm. Měření provádíme pomocí jednorázového pravítka, které nikdy nepřikládáme na kůži nemocného.
8. **Hodnocení cirkulace distální části těla** – nedílnou součástí komplexního a průběžného hodnocení nemocného s nehojící se ránou je také posouzení cirkulace (prokrvení) v distální části těla (týká se nejčastěji defektů dolních končetin). Hodnotíme nejen pohledem, při němž se zaměřujeme na projevy otoků či barevné změny v důsledku ischemie, ale využíváme také palpaci. Snažíme se také o další objektivizující metody hodnocení (fyzikálního vyšetření) – teplotu končetiny, identifikace typu otoků (kongestivní – městnavý, posttraumatický po úrazu anebo

v důsledku probíhajícího infekčního procesu atd.), hodnocení pulzace na dolních končetinách, výskyt klaudikační bolesti atd.

9. Režim převazů – v záznamu se zaměřujeme na uvedení terapeutických prostředků zahrnujících také čistící a lokální oplachové prostředky, data předpokládaných kontrol a frekvenci výměny terapeutického materiálu v domácím prostředí anebo za hospitalizace či v první linii – zajištěné agenturami domácí péče anebo praktickým lékařem (požadavky na rozsah a obsah dokumentování uvádí přesně vyhláška č. 98/2012 Sb.).

10. Percepce nemocného s ohledem na proces hojení rány – posouzení náhledu nemocného na léčebný proces a zhodnocení jeho očekávání a požadavků je významnou součástí účelné terapie. Ne vždy má pacient stejnou představu o cílech terapie a o celkové době léčby jako zdravotnický pracovník. Současně hodnotíme také complaince nemocného (např. bariéry, které by mu bránily v dodržování doporučeného režimu apod.).

ZÁVĚR

Pro hodnocení rány lze využívat různé nástroje a pomůcky, které jsou detailně popsány již výše jako např. Wound Healing Continuum (WHC), Wound Infection Continuum (WIC), Wound Exsudate Continuum (WEC) aj. Všechny tyto pomůcky k hodnocení ran považujeme za objektivní nástroje. Správné vyhodnocení a dokumentace jednotlivých parametrů rány je nezbytným základem pro účelnou péči a také slouží ke kontinuálnímu posouzení procesu terapie i při zpětném posouzení použitých diagnosticko-terapeutických postupů.

V průběhu sledování a dlouhodobé péče je nezbytné provádět průběžné a opakované hodnocení ve stanovených intervalech. Toto opakované posuzování stavu nemocného umožní vyhodnotit průběh a efektivitu léčebného procesu. (Pokorná, 2012).

Autorky článku deklarují, že nemají žádné komerční zájmy v souvislosti s publikovaným textem a nejsou pracovně spjaty se společností Mölnlycke Health Care, jejíž produkty jsou v příspěvku zmiňovány a byly využívány pro terapii prezentovaných pacientek.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] BUREŠ, I. a kol., 2006. *Léčba rány*. Praha: Galén. 78 s. ISBN 80-7262-413-X.
- [2] DOLÁK, F., SCHOLZ, P., TÓTHOVÁ, V., 2012. Postoj sester k ošetrovatelským kvalifikačním systémům. *Kontakt*. 14(4), 434-443. ISSN 1212-4117.
- [3] DOWSETT, C., GRONEMANN, M.N., HARDING, K. 2015. Triangle of Wound Assessment Made Easy. [online]. *Wounds Internationals*. [cit. 2018-07-25]. 6 (1). Dostupné z: http://www.wintjournal.com/media/journals/_/1165/files/7wint_6-1_dowsett_etal.pdf
- [4] DOWSETT, C., NEWTON, H., 2005. Wound bed preparation:TIME in practice. [online] *Wounds UK*. [cit. 2018-07-24]. 58-70.Dospupné z: <http://baynav.bopdhb.govt.nz/media/1544/clin-assess-time-in-practice.pdf>
- [5] EDWADS, R., HARDING, K., 2018. Bacteria and wound healing. *Current opinion ininfectious diseases*. 17 (2). 91-96. ISSN 0951-7375.
- [6] ENOCH, S., HARDING, K., 2003. Wound Bed Preparation: The Science Behind the Removal of Barriers to Healing. [online]. *Wounds*. [cit. 2018-07-25]. 1-16. Dostupné z: http://www.manukahonning.no/uploads/3/9/6/3/39639435/2003_wound_bed_preparation-_the_science_behind_the_removal_of_barriers_to_healing.pdf
- [7] GRAY, D., WHITE, R., COOPER, P. et al. 2010. Applied wound management and using the wound healing kontinuum in practice. [online]. *Wound essentials*. [cit. 2018-07-24]. 131-139. Dospupné z: <https://pdfs.semanticscholar.org/21b8/6ad2d6a6d9c057c5aba528b12914867ec40e.pdf>
- [8] GRAY, D., WHITE, R., COOPER, P. et al. 2005. Undersanding Applied Wound management. [online]. *Wounds UK*. [cit. 2018-07-24]. 62-68. Dospupné z: https://www.researchgate.net/profile/Richard_White3/publication/265578748_Understanding_Applied_Wound_Management/links/54b2a1620cf220c63cd2725b/Understanding-Applied-Wound-Management.pdf
- [9] HERDMAN, H.T. a kol., 2015. *NANDA International. Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015-2017*. Překlad KUDLOVÁ, P. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.
- [10] HOLÁ, M., 2011. Jak ošetrovat bércový vřed. *Podiatrické listy*. 1(10). ISSN 2336-7725.
- [11] OUSEY, K., COOK, L., 2012. Understanding the importance of holistic wound assessment. [online]. *Pratice nursing*. [cit. 2018-07-25]. 22(6), 1-4. Dostupné z: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/10.12968/pnur.2011.22.6.308>
- [12] POKORNÁ, A., 2014. Proces hodnocení nehojící se rány v ČR – průřezová studie. *Hojení ran*. 8(1), 7. ISSN 1802-6400.
- [13] POKORNÁ, A., 2012. Úvod do *wound managementu – příručka k hojení chronických ran pro studenty nelékařských studijních oborů*. Brno. Brno MU. 126 s. ISBN 978-80-210-6048-7.
- [14] POKORNÁ, A., MRÁZOVÁ, A., 2012. *Kompendium hojení ran pro sestry*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3371-5.

- [15] POKORNÁ, A., MRÁZOVÁ, R., KUNSTOVÁ, M., 2010. Nutritional assessment as a part of comprehensive approach to the chronic wound treatment. *The Journal of the European Wound Management Association (EWMA)*. 10, Suppl, 65. ISSN 1609-2759.
- [16] POSPÍŠILOVÁ, A. 2010. Přístupy k léčbě chronických ran. [online]. *Medicína pro praxi*. [cit. 2018-07-23]. Olomouc: Solen. 12-24.Supp. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2010/88/03.pdf>
- [17] ROMANELLI, M., DOWSETT, C., DOUGHT, D., et al. 2016., World Union of Wound Healing Societies (WUWHS), Florence Congress, Position Document. Advances in wound care: the Triangle of Wound Assessment Wounds International. [online]. *Wounds Internationals*. [cit. 2018-07-25]. 6(1). Dostupné z: https://www.coloplast.sg/Documents/Wound/WUWHS_POSITION%20DOCUMENT.pdf
- [18] STRYJA, J. a kol., 2011. *Repetitorium hojení ran 2*. Praha: Geum. 371 s. ISBN 978-80-86256-79-5.
- [19] SWEZEY, L., 2017a. Identifying Infection in Wounds: Overview and Assessment. In: *Wound Assessment and Documentation. Practical Guidance for Health Care Professionals*. Wound Source. Dostupné z: www.woundsource.com
- [20] TOŠENOVSKÝ, P., ZÁLEŠÁK, B. 2007. *Trofické defekty dolních končetin*. Praha: Galén: Karolinum. 208 s. ISBN 978-80-7262-439-3.
- [21] WARINNER, R., BURRELL, R., 2005. Advances in Skin & Wound Care: The Journal for Prevention and Healing. [online]. *NursingCenter*. [cit. 2018-07-25]. 18 (8). Supp.: Infection and the Chronic Wound: A Focus on Silver. 2-12. Dostupné z: https://www.nursingcenter.com/journalarticle?Article_ID=608156&Journal_ID=54015&Issue_ID=60815
- [22] Zákon 96/2004 Sb. ve znění pozdějších předpisů, ze dne 4. února 2004, o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).

CARE OF PATIENTS WITH NON-HEALING WOUNDS



ABSTRACT

Specialized centres for the treatment of non-healing wounds dispensarize a broad spectrum of patients who come with different types of wounds and with different etiologies of wounds, but the most common types of wounds can include venous insufficiency ulcers and defects in the field of diabetic foot syndrome (DFS). Assessment of the overall condition of the patient, local assessment of the non-healing wound and surrounding tissues as well as assessment of deeper tissue structures serve as a basis for good wound management. On the basis of a comprehensive assessment and evaluation, a suitable material is selected to start local therapy using materials for phase wound healing. In most cases, therapy is time consuming and requires a change of suitable material according to the healing process and, in particular, with regard to the state of wound (change in wound bed) (Holubová, Pokorná, 2019). Debridement of wound bed, compressive therapy for venous ulcers of venous or mixed etiology, and suitable relief for DFS defects form an integral part of good wound management. The objective of the statement is not to provide a detailed description of a particular disease or present a detailed case study, but

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

PhDr. Adéla Holubová
ResTrial, spol s r.o.
Diabetologická a podiatrická
ambulance Soběslav
Poliklinika Soběslav
P. Voka 159
392 01 Soběslav
e-mail: adela.holubova@restrial.com

prof. PhDr. Andrea Pokorná, Ph.D.
Masarykova univerzita
Lékařská fakulta
Katedra ošetřovatelství
Kamenice 3
625 00 Brno
e-mail: apokorna@med.muni.cz

show the process of selecting material for phase wound healing (individual products are given with their company names, with the addition of product categorization) and other procedures in the context of comprehensive care for each type of non-healing wound.

KEYWORDS:

local therapy, non-healing wound,
phase wound healing



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:

Mgr. Markéta Dubnová, 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: 31. srpna 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 2/2019

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

Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D. (Univerzita Palackého v Olomouci)

PhDr. Terézia Fertaľová, PhD. (Prešovská univerzita v Prešově)

Mgr. Petra Chymová (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

Mgr. Jana Kačorová, Ph.D. (Ostravská univerzita)

doc. PhDr. Jarmila Kristová, PhD. MPH, mim. prof. (Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave)

doc. PhDr. Kateřina Kubalčíková, Ph.D. (Masarykova univerzita)

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

doc. PhDr. Ľuba Pavelová, PhD. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

PhDr. Monika Punová, PhD. (Masarykova univerzita)

Mgr. Pavlína Rabasová, Ph.D. (Slezská univerzita v Opavě)

doc. PhDr. Mária Šupínová, PhD. (Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave)

doc. PhDr. Milan Tomka, PhD. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

Mgr. Jana Vácová (Vysoká škola polytechnická Jihlava)