

Recenzovaný zborník príspevkov
a abstraktov z medzinárodnej
vedeckej konferencie

Ošetrovateľstvo a zdravie XIII.



„Jedna malá prasklina neznamená, že sme zlomení.
Znamená len, že sme si prešli skúškou a zostali sme celí.“

– Linda Poindexter –

Trenčín
2022

Ošetrovateľstvo a zdravie XIII.

Recenzovaný zborník príspevkov a abstraktov
z medzinárodnej vedeckej konferencie
konanej dňa 9. novembra 2022 v Trenčíne

Editori:

PaedDr. Eva Kráľová, Ph.D.
PhDr. Nikoleta Poliaková, PhD.
PhDr. Katarína Gerlichová, PhD.
PhDr. Pavel Grabczak, PhD.

Recenzenti:

doc. PhDr. Ľubica Ilievová, PhD.
doc. PhDr. Iveta Matišáková, PhD.
PhDr. Katarína Kašlíková, PhD., MPH.
Mgr. Michaela Bobkowska, PhD.

Všetky práva vyhradené. Autori zodpovedajú za obsahovú a jazykovú stránku svojich príspevkov.

Vydal: Fakulta zdravotníctva
Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne

Počet strán: 201
Rok vydania: 2022

ISBN 978-80-8075-982-7
EAN 9788080759827

OBSAH

I. PRÍSPEVKY 6

CWAJDA-BIAŁASIK J., MOŚCICKA P., ARKADIUSZ J., SZEWCZYK M. Quality of life in patients with venous leg ulcers – experiences of the Specialist Chronic Wound Management centre in Bydgoszcz, Poland	7
ČAPSKÁ J., CIBULOVÁ M., HANULIAK J. Náročnosť ošetrovateľskej starostlivosti sestry o pacienta v terminálnom štádiu ochorenia	19
DUBOVCOVÁ M. Prevenca konfliktov v manažmente bezpečnej starostlivosti na psychiatrických pracoviskách	26
GULÁŠOVÁ I., HRUŠKA J. Etické aspekty vyšetrenia tehotnej ženy	36
GULÁŠOVÁ I., HRUŠKA J. Vplyv stresu na pôrod	45
HUDÁKOVÁ A., TKÁČOVÁ Ľ., MAJERNÍKOVÁ Ľ. Motivačné a demotivačné činitele v práci sestier na Slovensku a v Čechách	53
HULKOVÁ V. Psychosociálne riziká v meniacom sa svete práce	62
MICHÁLIKOVÁ Z., MELUŠ V. Vplyv osteoporózy na emocionalitu a spoločenský život	73
MOŚCICKA P., CWAJDA-BIAŁASIK J., ARKADIUSZ J., SZEWCZYK M. Evaluation of the occurrence of pain in patients with venous ulceration of the lower limb. A review of selected studies conducted at the Outpatient Clinic for the Treatment of Chronic Wounds in Bydgoszcz	80
ORAVIKOVÁ M., POLIAKOVÁ N., GERLICOVÁ K. Postoje sestier k starostlivosti o svoje zdravie	88
ŠEVČOVIČOVÁ A., ŽELONKOVÁ L. Vykonávanie pohybových aktivít v komunite sestier ako forma psychohygieny	97
VELKOVÁ S. Dojčenie ako súčasť vzťahovej výchovy – jeho trendy na Slovensku.	104
WOJDA P. Stress management versus escalation of suicidal thoughts among psychiatric nurses in Poland.	116
BUČKOVÁ B., KRÁLOVÁ E. Reprodukovaná hudba a inštrumentálne aktivity vo fyzioterapii zameranej na relaxáciu u pacientky s cervikobrachiálnym syndrómom a depresiou	129
ČERNICKÝ M., MALAY M., ZVERBÍKOVÁ J., ORAVCOVÁ P. Proces udržiavania rovnováhy a jeho vplyv na strach z pádu u seniorov	142

TAMPÍROVÁ L., STUPKOVÁ D.

Konflikt rodinného a pracovného prostredia u nelékařských zdravotnických povolání . 155

KUŠNÍROVÁ E., KRÁLOVÁ E.

Arteterapia, paradivadelné systémy terapeutickéj povahy 173

II. ABSTRAKTY

. 177

CZARNECKI D., ZIÓŁKOWSKI M., DŁUGOSZ A., CHODKIEWICZ, J., WASZKIEWICZ N., KUŁAK-BEJDA A., GORZKIEWICZ M., BUDZYŃSKI J., JUNKIERT-CZARNECKA A., SIOMEK-GÓRECKA A.

The mental health of persons with alcohol dependence – Polish population . 178

CWAJDA-BIAŁASIK J., MOŚCICKA P., JAWIEŃ A., SZEWCZYK M. T.

Quality of life of patients with venous leg ulcers treated with fish tropocollagen gel . 179

CWAJDA-BIAŁASIK J., MOŚCICKA P., SZEWCZYK M. T.

Screening the risk of diabetic foot syndrome in the population of people over 40 years of age 180

ČERVENÝ M., TÓTHOVÁ V., NOVOTNÝ L., DRÁBEK J., HLADÍK J., TÓTH A.

Zdravotní a sociální péče o děti za první Československé republiky (1918-1938). . 181

GURKOVÁ E.

Nedokončená ošetrovateľská starostlivosť v Slovenskej republike – aktuálny prehľad výskumu a jeho nové perspektívy 182

LIBEŠOVÁ L., STUPKOVÁ D., LAMKOVÁ I.

Sebehodnocení kompetentnosti studentů ošetrovatelství na odborné praxi. . 183

LIZÁKOVÁ Ľ., GREŠŠ HALÁSZ B., HORANSKÁ V.

DREEM – Validný nástroj hodnotenia vzdelávacieho prostredia v nelekářských študijných programoch. 184

MAZÚCHOVÁ L., PÁRNIČANOVÁ M., FARSKÝ I.

Prenatálna úzkosť a jej súvisiace faktory. 185

MIERTO VÁ M., ČÁP J.

Ľudský verzus povýšenecký prístup – integratívno fenomenologická prípadová štúdia dôvery 186

POLIAKOVÁ N., LEHOCKÁ D., BOBKOWSKA M.

Profesijná kvalita života sestier v kontexte výkonu pomáhajúcej profesie . . . 187

ŠIMOVCOVÁ D.

Prevenca duševných porúch a podpora duševného zdravia.. . . . 188

ZRUBCOVÁ D., SOLGAJOVÁ A., PAVELOVÁ Ľ., VÖRÖSOVÁ G.

Stres a zvládanie záťaže u študentov ošetrovatelstva počas pandémie Covid-19 . 189

ULLMANOVÁ J. BARTLOVÁ K., MIČÍKOVÁ L.

Psychosociální rizika u zaměstnanců ve zdravotnictví 190

ZEMANOVÁ M., ŠANDOVÁ D., LIBEŠOVÁ L., STUPKOVÁ D.

Nutričný stav seniorů žijících ve vybrané instituci 191

ZEMANOVÁ M., MIČÍKOVÁ L., STUPKOVÁ D., KŘÍŽOVÁ J.

Problematika očkování dětí z pohledu sestry 192

SEDLÁČEK J.

Vztahová osoba lékaře a zdravotníka ve vztahové vazbě k pacientovi: Je možný a dovolený "lege artis"? 193

POLIAKOVÁ N., KRÁLOVÁ E., GRABCZAK P., BOBKOWSKA M., GERLICOVÁ K.

Pády u seniorov – příčiny, následky a prevencia 194

BOBKOWSKA M.

Strach z pádu – perspektíva ošetrovateľského výskumu, teórie a praxe. 195

BOBKOWSKA M., NEMČEK D., KURKOVÁ P.

Strach z pádu v skupine aktívnych seniorov vo vybraných komunitách ČR vo vzťahu k pádovej anamnéze a morbidite. 196

BOBKOWSKA M., POLIAKOVÁ N., MATIŠÁKOVÁ I., KRÁLOVÁ E., MELUŠ V., GRABCZAK P.

Slovenská adaptácia the fall efficacy scale – international. 197

BOBKOWSKA M., MELUŠ V.

Self-efficacy, mobilita a strach z pádu u seniorov v zariadení a komunite. 198

MATIŠÁKOVÁ I., MELUŠ V., GERLICOVÁ K.

Strach z pádu ako príčina depresie alebo depresia ako príčina strachu z pádu u seniorov? 199

POLIAKOVÁ N., MELUŠ V., ŠIMOVCOVÁ D.

Strach z pádu u seniorov a jeho súvislosť s pádom v anamnéze. 200

I. Príspevky

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH VENOUS LEG ULCERS - EXPERIENCES OF THE SPECIALIST CHRONIC WOUND MANAGEMENT CENTER IN BYDGOSZCZ, POLAND

CWAJDA-BIAŁASIK Justyna^{1,2}, MOŚCICKA Paulina^{1,2}, ARKADIUSZ Jawień³,
SZEWCZYK Maria T.^{1,2}

¹*Department of Perioperative Nursing, Nicolaus Copernicus University in Toruń,
Ludwik Rydygier Collegium Medicum in Bydgoszcz, Poland*

²*Outpatient Department for Chronic Wound Management, University Hospital No 1 in
Bydgoszcz, Poland*

³*Department of Vascular Surgery and Angiology, Nicolaus Copernicus University in
Toruń, Ludwik Rydygier Collegium Medicum in Bydgoszcz, Poland*

Abstract

Venous leg ulcers are among the most common chronic wounds, occurring in about 3% of the adult population. Advanced venous disorders may affect the daily functioning of patients, and the accompanying symptoms cause numerous limitations in the physical, mental, and social sphere, reducing the quality of life and subjective satisfaction with the therapy. The aim of the study was to analyze data on the quality of life of patients with venous leg ulcers based on many years of research conducted at a specialist chronic wound treatment center in Bydgoszcz. Material and method. We conducted the review with the use of the Omega-PSIR System, indexing the publications and scientific achievements of researchers at one of the medical universities in Poland. We used a combination of two keywords: "leg ulcer" or "venous leg ulcer" and "quality of life". Results. In total, we included 16 research articles published in the period from 2005 to 2022. They included 11 observational studies (prospective and retrospective cohort studies) that assessed or compared the quality of life of patients with leg ulcers and 5 interventional studies (including 3 randomized with control group) that assessed the impact of the intervention on the quality of life or its components in patients with VLUs. In total, 1861 patients were studied in all analyzed articles. To assess the quality of life, both general instruments (eg WHOQoL-BREF) and disease-specific instruments, including the Chronic Venous Insufficiency Questionnaire (CIVIQ) and Skindex-29, were used. Wnioski. This analysis showed that managing chronic ulcers is not only about healing the wound, but also about improving comorbid functional disorders. Comprehensive care should be based on the diagnosis and correction of the causes of ulceration, but also include the assessment of the quality of life and its individual areas, and then correct them.

Keywords: Chronic venous insufficiency (CVI). Venous leg ulcer (VLU). Quality of life (QoL). Skindex-29. Chronic Venous Insufficiency Questionnaire (CIVIQ).

INTRODUCTION

A multicentre epidemiological study conducted in Poland showed that venous diseases of the lower extremities affect a large part of the society. As in other highly industrialized countries [1,4,14,], their occurrence was found in half of adult Poles, while the most advanced forms of chronic venous insufficiency (CVI), i.e., ulceration, were present in over 3% of adults (active and healed) [14]. It should be emphasized that venous leg ulcers (VLUs) are the most common type of chronic wounds, accounting for approximately 70-80% of all leg ulcers, and therefore VLUs are considered a serious medical, social, and economic problem worldwide. They are difficult to treat, they have a long healing time, and in many cases, they relapse (even 50-70% within 5 years of healing) [29]. It is true that the presence of VLUs rarely poses a direct threat of limb amputation or sudden death, but it should not be underestimated for this reason. Advanced venous disorders may affect the daily functioning of patients.

Symptoms of the disease can cause numerous limitations, including physical and functional (disability), emotional (a source of negative emotions, anger, anxiety, depression) and social (feeling embarrassed with one's appearance, fear of stigmatization, rejection, lack of acceptance of the environment, withdrawal). Coexisting disorders include edema, tissue trophic changes (haemosiderosis, lipodermatosclerosis, muscle atrophy) and osteoarticular dysfunctions. Inflammation and loss of skin integrity are manifested not only by the presence of a wound, but also by pain, persistent itching, burning and stinging sensations [6,7,15,16,29,30,33]. Currently, the main component of the treatment of VLU is the improvement of venous hemodynamics and local wound healing conditions. However, practice should be multi-directional and complex, based on a holistic diagnosis, and cover all aspects of a chronic disease. The reduction approach and focusing solely on physical disorders (injury) portends negative reactions of the patient and leads to maladaptive mechanisms of coping with the disease [8,26,40]. We believe that the patient must be treated as a person composed of many elements, not only biological but also psychosocial. Therapy should consider the impact of the disease and its treatment on the patient's physical, mental, and emotional condition as well as the socio-economic situation of the patient, analyze it on the spiritual level, functional well-being, satisfaction with therapy, as well as in the sphere of sexual experiences, intimacy and self-image [8,15,26,28,34,41].

The aim of the study was to analyze data on the quality of life of patients with venous leg ulcer based on many years of research conducted at a specialist chronic wound management center in Bydgoszcz.

Material and methods

We conducted the review with the use of the Omega-PSIR System, indexing the publications and scientific achievements of the employees of the Nicolaus Copernicus University in Toruń, Poland. We selected research reports that were conducted in or in cooperation with the specialist chronic wound management center in Bydgoszcz. We used a combination of two keywords: "leg ulcer" or "venous leg ulcer" and "quality of life". Based on the initial analysis of titles and abstracts, we eliminated descriptive / review articles, case studies and conference reports (abstracts). We had no restrictions on the publication date and language. We subjected the studies that met the inclusion criteria to a qualitative analysis.

Results

In total, we included 16 research articles published in the period from 2005 to 2022. They included 11 observational studies (mostly prospective cohort studies and one retrospective study) that assessed or compared the quality of life of patients with leg ulcers [9,10,11,15,19,33,34,35,36,39,40]. The next 5 studies were interventional (including 3 randomized with control group) and assessed the impact of the intervention on the quality of life or its components in patients with VLUs [20,21,22,37,38]. In total, 1861 patients with leg ulcers were studied in all analyzed articles. Most of the studied patients had venous ulcers (VLUs), but they were also compared with arterial and mixed arteriovenous leg ulcers [9,10,11], with trophic skin disorders during chronic venous insufficiency [39] or no ulcers in the elderly patient group [15,33,34,35,36]. Intervention studies assessed the effects of standard of care (SOC) [20], fish tropocollagen gel applied to the skin around the wound [22],

polyurethane dressing [38], oral nutritional supplementation (ONS) [21], and ankle and calf muscle exercises [37].

General tools such as Quality of Life Measurement Instrument (WHOQoL-BREF) [21], Acceptance of Illness Scale (AIS) [9,10] and Coping Strategy Questionnaire (CSQ) [10] were used to assess the quality of life. Instruments specific to a given disease were also used, including the Chronic Venous Insufficiency Questionnaire (CIVIQ) [22] and Skindex-29 [10,22,39], designed to assess the quality of life during skin diseases. Selected components of quality of life and their determinants, such as pain, were assessed using the Visual Analogue Scale or Numeric Rating Scale [21,19,20,37,38], Beliefs about Pain Control Questionnaire (BPCQ) [10,11]. In addition, the following were assessed: Activity of Daily Living (by ADL), risk of falling (with the Tinetti test), risk of depression (using the Geriatric Depression Scale, GDS), and physical, mental, and social functioning, unmet health, and social needs (using EASY-Care tool used as part of a comprehensive geriatric assessment) [15,33,34,35,36]. Due to the varied methodology of the research, the assessed parameters, and the different follow-up time in interventional studies, we were not able to perform a statistical evaluation in the form of a meta-analysis, but only a descriptive analysis. Detailed results are presented in Table 1.

Table 1 Summary of data from the analysis of studies assessing the quality of life of patients with VLUs

Author(s), year [reference]	Sample size	Type of wound	Intervention/aim of the study	QoL assessment tools used	Results and conclusions
Mościcka P. at al., 2022 [22], 12-Week Randomized Single-Center Study	n1 = 47 n2 = 45	1. venous leg ulcers (with and without intervention)	Intervention*: tropocollagen gel. Aim: to evaluate the impact of interventions on the healing process of VLUs, pain and quality of life.	• Skindex-29 questionnaire • Chronic Venous Insufficiency Questionnaire (CIVIQ) scales.	Improvement in the quality of life observed in both study groups. Significantly greater improvement in pain and physical symptoms, including skin soreness, skin burning, stinging, sleep quality, and skin sensitivity, was achieved in the intervention group.
Mościcka P. at al., 2021 [21], 12-week prospective study (preliminary results)	n = 35	1. venous leg ulcers	Intervention*: oral nutritional supplementation with an energy-dense, high-protein Cubitan formula. Aim: to assess the impact of ONS on the dynamics of healing VLU and QoL.	• WHOQoL-BREF questionnaire • Numeric Rating Scale (NRS, 0-10)	Reduction of pain intensity from 5 to 2 (NRS scale) after the intervention and improvement of QoL, significantly in the general and environmental dimensions.

Mościcka P. at al., 2020 [19], retrospective cohort study	n = 337	1. venous leg ulcers	Intervention: none (retrospective analysis); Aim: To assess the factors influencing the physical activity of patients with recurrent VLUs.	- Visual Analogue Scale (VAS, 0-10) 4-point scale of physical limitations (walking, running, flexing, lifting, sitting, climbing down, resting and working);	Limitation of physical activity increased with age, pain intensity, and wound area, but decreased in patients with recurrent VLUs.
Mościcka P. at al., 2020 [20], 12-week longitudinal study	n=754	1. venous leg ulcers	Intervention: SOC (standard of care) Aim: to analyze the dynamics of pain severity and its predictors.	- Visual Analogue Scale (VAS, 0-10) - Clinical scoring of ulcerated patients (CEAP-C6)	The implementation of comprehensive holistic care helps to reduce the occurrence and intensity of pain. Presence of posterior and / or circumferential ulcers and pus and / or foul odor from the ulcer are independent predictors of greater pain severity.
Cwajda-Białasik J. at al., 2018 [9], cohort study	n1 = 101 n2 = 98 n3 = 99	1. venous leg ulcer, 2. arterial leg ulcer, 3. arteriovenous leg ulcers	Intervention: none Aim: to verify the psychometric characteristics and usefulness of the Skindex-29 instrument for quality of life assessment in patients with vascular leg ulcers.	- Skindex-29 questionnaire - Acceptance of Illness Scale (AIS)	Skindex-29, the instrument for quality of life assessment in individuals with dermatological disorders, was characterized by good psychometric parameters in the sample of patients with lower-limb ulcers.
Cwajda-Białasik J. at al., 2017 [10], cohort study			Intervention: none Aim: to compare the quality of life and its specific dimensions (disease acceptance and pain coping strategies) in patients with venous, arterial	- Skindex-29 questionnaire - Acceptance of Illness Scale (AIS), - Beliefs about Pain Control Questionnaire (BPCQ), - Coping Strategy	This study showed that physical complaints represent the basic determinant of the quality of life in patients with lower limb ulcerations of

			and arteriovenous leg ulcers.	Questionnaire (CSQ).	various etiology. Poorer quality of life related to physical symptoms, documented in patients with ulcerations of arterial and mixed etiology, results from the utilization of suboptimal pain coping strategies: passive acceptance and catastrophizing.
Szewczyk MT at al., 2015 [39]	n1=30 n2=30 n3=30	1. venous leg ulcer, 2. arterial leg ulcer, 3. trophic skin disorders associated with chronic venous insufficiency	Intervention: none Aim: to compare the quality of life of patients with leg ulcers with patients with skin lesions of the lower extremities during chronic venous insufficiency.	Skindex-29 questionnaire	Ulcers exerted a significantly stronger negative effect on the global quality of life and functioning in the physical sphere as compared to trophic lesions without the loss of tissue and disrupted continuity of the skin.
Cwajda-Białasik J. at al, 2012 [11], cohort study	n1 = 101 n2 = 98 n3 = 99	1. venous leg ulcer, 2. arterial leg ulcer, 3. arteriovenous leg ulcers	Intervention: none Aim: to analyze the distribution of pain control profiles, sociodemographic and clinical factors determining the site of pain control in patients with leg ulcers.	Beliefs about Pain Control Questionnaire (BPCQ),	The control of pain in ulceration patients is mostly determined by the support of medical personnel, which generally should be considered a negative finding. The aetiology of lower limb ulceration did not affect significantly any of the dimensions of pain control.

Szewczyk MT at al., 2010 [37], randomized control study	n1=16 n2=16	1. venous leg ulcer (with and without intervention)	Intervention: exercises which stimulate the ankle-leg joint and calf muscles; Aim: to evaluate the impact of a supervised exercise program on the functioning and physical fitness of patients with VLUs, including ankle mobility.	- Visual Analogue Scale (VAS, 0-10) - Clinical scoring of ulcerated patients (CEAP-C6) - Plastic goniometer to measurement of the range of tarsocrural joint movements.	Supervised physical exercises broaden the range of ankle joint mobility and improve the functional performance of patients with VLUs.
Szewczyk MT at al., 2007 [38]	n=20	1. venous leg ulcer	Intervention: polyurethane dressing (Biatain); Aim: to evaluate the effectiveness of polyurethane dressings in the treatment of venous ulcers and the assessment of wound pain.	Numeric Rating Scale (NRS, 0-10)	Use of absorbent polyurethane dressings in the treatment of heavily exudative ulcers was associated with significant reduction of pain. Biatain dressing did not cohere to the wound surface and did not generate bleeding or allergy.
Szewczyk MT at al., 2007 [40]	n=50	1. skin problems associated with CVD – phase C4-C6 in CEAP classification (including active and healed VLUs)	Intervention: none Aim: to assess psychological and social problems in patients with skin symptoms of chronic venous disease.	proprietary diagnostic questionnaire containing 30 items	Presence of chronic disease and associated skin changes had a significant influence on psychosocial functioning, and were also associated with restricted social contacts and worse social life (shame, limitations in the performance of daily duties at home and at work).

Szewczyk MT at al, 2008 [35], a comparative, descriptive study	n1 = 37 n2 = 40	1. outpatients with VLUs (mean age 70,41), 2. patients without VLUs of the geriatric ward (mean age 77,13)	Intervention: none Aim: to assess physical and psychosocial problems, including functioning, downfall risk, nutritional status and prevalence of depression.	• Short form of the Tinetti test • Geriatric Depression Scale (GDS) • Mini Nutritional Assessment (MNA) form • III part of EASY-Care 1997-8 questionnaire	Chronic venous insufficiency and ulcers increase the risk of functional disorders in every sphere of patient's activity – physical, psychological and emotional or social. Patients with an ulcer more often had the following problems: depression, downfall risk, malnutrition (and functional disorders).
Jawień A at al, 2006 [15]					
Szewczyk MT at al., 2006a [33]					
Szewczyk MT at al., 2006b [34]					
Szewczyk MT at al., 2005 [36]	n1=37 n2=39	1. outpatients with VLUs, 2. patients without VLUs of the geriatric ward	Intervention: none Aim: to assess the activity of elderly patients in terms of everyday functioning and the degree of their independence.	• III part of EASY-Care (Elderly Assessment System) 1997-8 questionnaire • Activity of Daily Living (ADL)	

Discussion

All studies assessing the quality-of-life level, regardless of the instruments used, have shown that the venous leg ulcer (i.e., the most advanced and severe stage of chronic venous insufficiency) reduces the overall quality of life and increases the risk of functional disorders in the physical, mental, and social spheres. Patients without ulcers showed a better quality of life. This observation concerned both elderly patients of the geriatric ward (despite older age and related limitations) [15,33,34,35,36], as well as patients in less advanced stages of CVI, i.e., with skin and trophic disorders, but without ulcers [39,40].

Patients with leg ulcers were shown to be significantly less independent during physical activity and had a higher risk of downfall. They more often needed specialist referral of the physiotherapist and additional exercises [15,33]. They also had greater limitations of activity in the aspect of everyday life, eg: significantly more often than patients without an ulcer, they required assistance while walking outside the home; more frequently reported being unable to do most of the housework; required the support and supervision of other people while bathing / showering; they needed help with getting dressed, protection while using the toilet, moving from bed to chair and others [15,36]. The presence of similar functional limitations in patients with VLUs compared to population norms is common, as also indicated by other authors [5,12,13,17,18,27,43].

One of the reasons is the dysfunctions of the musculoskeletal system accompanying chronic venous insufficiency. Chronic inflammation and lipodermatosclerosis cause fibrosis of the periarticular tissues, the Achilles tendon, and the joints of the foot. Their stiffness limits mobility and walking and increases the risk of falling [2,3,18,23,31]. The greater the clinical advancement of the CVI and the longer the ulcer duration, the

greater the limitations. Research has shown that it is also difficult to be active and move because of the pain associated with ulcers. Pain was one of the most bothersome symptoms reported by patients. In the analyzed studies, the mean intensity of the initial pain was higher than moderate, it was in the middle of the 0-10 scale and above (mean 5-7.5).

Emotional and social disorders were indicated as another cause of disturbed quality of life. Suspicion of mild and moderate depression (72.7 vs 13.2%) was more common in the group with than without VLU [15,33]. Patients also reported high levels of anxiety, incl. related to fears for your future and prognosis. It is emphasized that any somatic disease, especially a chronic one, increases the risk of anxiety and depression. During ulcers, additional disturbing factors were temporary sickness absenteeism or complete loss of job, deliberate isolation of patients and limitation of social contacts, moreover, shame due to extensive wounds, dressings and bandages, smelly wound exudate, edema and increasing frustration due to the nuisance of skin symptoms [9,10,21,22,34,36,38,39].

In several studies [9,10,22,39], the authors used a specific instrument designed to assess the quality of life in skin diseases - the Skindex-29 questionnaire. They assessed the psychometric properties of the Polish version of the questionnaire, adjusted by K. Janowski [6,7,31], and then used it in a group of patients with leg ulcers. The values of Cronbach's alpha ($\alpha = 0.94$) and split-half reliability indices ($r_{tt} = 0.92$), documented in this sample, were high. This pointed to high internal consistency and reliability of the method [9]. The use of this tool made it possible to see what a serious and usually neglected problem are the changes in the skin around the wound, and sometimes the entire limb [10,22,39]. Patients experienced severe skin symptoms like dermatological conditions such as soreness of the peri wound skin, burning and stinging, tenderness and itching and related sleep disorders. The use of this tool made it possible to see what a serious and usually neglected problem are the changes in the skin around the wound, and sometimes the entire limb [10,22,32,39].

In all the analyzed intervention studies [20,21,22,37,38], it was shown that effective ulcer therapy reduces the nuisance of physical symptoms and improves the functioning of patients in everyday life. Patients' well-being improved as healing progressed, but complete closure of the ulcer was not a necessary condition for improving the patients' quality of life. The improvement was related to, inter alia, with a reduction in the intensity of exudate and bad smell [38], reduction of pain intensity [20,21,22,37,38], reduction of skin symptoms [22], improvement of sleep quality [21,22], improvement of the biomechanics of gait and ankle joint function [37]. Other authors emphasize that the mere fact of providing patients with professional care, showing support and showing ways of coping with their ailments [11,16,25] increases the patient's satisfaction with the treatment. Therefore, the improvement of QoL was also observed in the placebo groups [22,16] and in the groups treated "only" under the so-called standard care (SOC). According to current medical knowledge, it includes 2nd class compression therapy as well as wound hygiene and peri wound skin treatments (including debridement, debridement, wound edge renewal, application of a dressing appropriate to the healing and exudation phase) [24,30,41]. Pain therapy, if present, physical activity to improve muscle pump function and adequate nutritional support are also recommended [21,24,30,33,35]. Interesting results were obtained in the study which assessed the effect of fish collagen in gel on the healing of ulcers [22]. The gel

was applied to the peri wound skin twice a day for 12 weeks. Adding this intervention to the standard of care had better results in both the healing process and the reduction of local inflammation and the most troublesome physical symptoms (mainly pain and local skin symptoms, such as skin soreness, burning, stinging and sensitivity). The results showed that such therapy should be considered in patients with severe inflammation and skin symptoms.

This analysis showed that managing chronic ulcers is not only about healing the wound, but also about improving comorbid functional disorders. Comprehensive care should be based on the diagnosis and correction of the causes of ulceration, but also include the assessment of the quality of life and its individual areas, and then correct them. It is worth considering any supportive therapy that is proven effective and safe if it brings the additional benefit of the patient in terms of reducing unpleasant symptoms, improving comfort in everyday life and overall quality of life.

References

- [1] Adhikari A, Criqui M, Wooll V, et al. The epidemiology of chronic venous diseases. *Phlebology* 2000; 15: 2.
- [2] Back TH, Padberg FT Jr, Araki CT, Thompson PN, Hobson RW. Limited range of motion is a significant factor in venous ulceration. *J Vasc Surg* 1995; 22: 519-23.
- [3] Belczak CEQ, Cavalheri G Jr, de Godoy JMP, Caffaro RA, Belczak SQ. Relação entre a mobilidade da articulação talocrural e a úlcera venosa [Spanish]. *J Vasc Bras* 2007; 6: 149-55.
- [4] Callam MJ. Epidemiology of varicose veins. *Br J Surg* 1994; 81: 167-73.
- [5] Charles H. The impact of leg ulcers on patients' quality of life. *Prof Nurse*. 1995;10(9):571-572, 574.
- [6] Chren MM, Lasek RJ, Flocke SA, Zyzanski SJ. Improved discriminative and evaluative capability of a refined version of Skindex, a quality-of-life instrument for patients with skin diseases. *Arch Dermatol* 1997; 133: 1433-1440.
- [7] Chren MM, Lasek RJ, Quinn LM, Mostow EN, Zyzanski SJ. Skindex, a quality-of-life measure for patients with skin disease: reliability, validity, and responsiveness. *J Invest Dermatol* 1996; 107: 707-713
- [8] Cole-King A, Gordon Harding K. Psychological factors and delayed healing in chronic wounds. *Psychosom Med* 2001; 216-20.
- [9] Cwajda-Białasik J, Mościcka P, Szewczyk M, Cierzniakowska K. Usefulness of the Skindex-29 questionnaire for quality-of-life assessment in patients with lower-limb ulcers of vascular aetiology. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne/Surgical and Vascular Nursing*. 2018; 12(2): 64-70.
- [10] Cwajda-Białasik J, Szewczyk MT, Jawień A, Ślusarz R. Influence of ulceration etiology on the global quality of life and its specific dimension, including the control of pain, in patients with lower limb vascular insufficiency. *Adv Dermatol Allergol* 2017; XXXIV (5): 471–477.

- [11] Cwajda-Białasik J, Szewczyk MT, Mościcka P, Cierzniakowska K. The locus of pain control in patients with lower limb ulcerations. *J Clin Nurs*. 2012 Dec;21(23-24):3346-51.
- [12] Douglas V. Living with a chronic leg ulcer: an insight into patients' experiences and feelings. *J Wound Care*. 2001;10(9):355-360. DOI: 10.12968/jowc.2001.10.9.26318
- [13] Ebbeskog B, Ekman S-L. Elderly persons' experiences of living with venous leg ulcer: living in a dialectal relationship between freedom and imprisonment. *Scand J Caring Sci*. 2001;15(3):235-243. DOI: 10.1046/j.1471-6712.2001.00018.x
- [14] Jawień A, Grzela T, Ochwat A. Prevalence of chronic venous insufficiency in man and woman of Poland. Multicenter cross-sectional study of 40095 patients. *Phlebology* 2003; 18: 110-22.
- [15] Jawień A, Szewczyk MT, Kędziora-Kornatowska K, Mościcka P, Cierzniakowska K, Cwajda J, Polak A, Grzeszczak I. Functional and biopsychosocial restrictions among patients with a venous ulcer. *Arch Med Sci* 2006; 2, 1: 36-41.
- [16] Jockenhöfer F, Knust C, Benson S, Schedlowski M, Dissemond J. Influence of placebo effects on quality of life and wound healing in patients with chronic venous leg ulcers. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2020 Feb;18(2):103-109. doi: 10.1111/ddg.13996.
- [17] Jull A, Muchoney S, Parag V, Wadham A, Bullen C, Waters J. Impact of venous leg ulceration on health-related quality of life: A synthesis of data from randomized controlled trials compared to population norms. *Wound Repair Regen*. 2018. doi: 10.1111/wrr.12636.
- [18] Jull A, Slark J, Parsons J. Prescribed Exercise with Compression vs Compression Alone in Treating Patients With Venous Leg Ulcers: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Dermatol*. 2018 Nov 1;154(11):1304-1311. doi: 10.1001/jamadermatol.2018.3281.
- [19] Mościcka P, Cwajda-Białasik J, Jawień A, Sopata M, Szewczyk MT. Do recurrent venous leg ulcers affect the reduction the certain forms of physical activity? *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne/Surgical and Vascular Nursing* 2020; 14(2): 84-91. https://issuu.com/termedia/docs/pchia_2_2020_issuu/46
- [20] Mościcka P, Cwajda-Białasik J, Jawień A, Sopata M, Szewczyk MT. Occurrence and Severity of Pain in Patients with Venous Leg Ulcers: A 12-Week Longitudinal Study. *J. Clin. Med*. 2020, 9(11), 3399; DOI: <https://doi.org/10.3390/jcm9113399>
- [21] Mościcka P, Cwajda-Białasik J, Jawień A, Szewczyk MT. Complex treatment of venous leg ulcers including the use of oral nutritional supplementation: results of 12-week prospective study. *Adv Dermatol Allergol* 2022; XXXIX (2): 336-346. DOI: <https://doi.org/10.5114/ada.2021.104730>
- [22] Mościcka P, Cwajda-Białasik J, Szewczyk MT, Jawień A. Healing Process, Pain, and Health-Related Quality of Life in Patients with Venous Leg Ulcers Treated with Fish Collagen Gel: A 12-Week Randomized Single-Center Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022; 19(12): 7108. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph19127108>
- [23] Nepomuceno de Souza I, Fernandes de Oliveira LF, Geraldo Izalino de Almeida IL, Ávila MR, Silva WT, Trede Filho RG, Pereira DAG, de Oliveira LFL, Lima VP,

Scheidt Figueiredo PH, Costa HS. Impairments in ankle range of motion, dorsi and plantar flexors muscle strength and gait speed in patients with chronic venous disorders: A systematic review and meta-analysis. *Phlebology*. 2022 Aug;37(7):496-506. doi: 10.1177/02683555221094642

[24] O'Donnell TF Jr, Passman MA, Marston WA, Ennis WJ, Dalsing M, Kistner RL, Lurie F, Henke PK, Gloviczki ML, Eklöf BG, Stoughton J, Raju S, Shortell CK, Raffetto JD, Partsch H, Pounds LC, Cummings ME, Gillespie DL, McLafferty RB, Murad MH, Wakefield TW, Gloviczki P; Society for Vascular Surgery; American Venous Forum. Management of venous leg ulcers: clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery® and the American Venous Forum. *J Vasc Surg*. 2014 Aug;60(2 Suppl):3S-59S. doi: 10.1016/j.jvs.2014.04.049.

[25] Ograczyk A, Miniszewska J, Kepska A, Zalewska-Janowska A. Itch, disease coping strategies and quality of life in psoriasis patients. *Advances in Dermatology and Allergology*. 2014; XXXI, 5: 299–304. doi: 10.5114/pdia.2014.40927.

[26] Opozda K, Ziolkowski KM, Langowska-Grodzka B. Nursing care for elderly subjects with psychiatric disorders. *Pieleg Pol* 2005; 1: 138-41.

[27] Padberg FT Jr, Johnston MV, Sisto SA. Structured exercise improves calf muscle pump function in chronic venous insufficiency: a randomized trial. *J Vasc Surg*. 2004;39(1):79-87. DOI: 10.1016/j.jvs.2003.09.036

[28] Phillips T, Stanton B, Provan A, Lew R. A study of the impact of leg ulcers on quality of life: financial, social, and psychologic implications. *J Am Acad Dermatol* 1994; 31: 49-53.

[29] Raffetto JD, Ligi D, Maniscalco R, Khalil RA, Mannello F. Why Venous Leg Ulcers Have Difficulty Healing: Overview on Pathophysiology, Clinical Consequences, and Treatment. *J Clin Med* 2020; 10(1): 29. doi: 10.3390/jcm10010029.

[30] Raffetto JD, Ligi D, Maniscalco R, Khalil RA, Mannello F. Why Venous Leg Ulcers Have Difficulty Healing: Overview on Pathophysiology, Clinical Consequences, and Treatment. *J Clin Med* 2020; 10(1): 29. doi: 10.3390/jcm10010029.

[31] Smith D, Lane R, McGinnes R, O'Brien J, Johnston R, Bugeja L, Team V, Weller C. What is the effect of exercise on wound healing in patients with venous leg ulcers? A systematic review. *Int Wound J*. 2018 Jun;15(3):441-453. doi: 10.1111/iwj.12885.

[32] Steuden S, Janowski K. The employment of Skindex questionnaire to measure quality of life in patients with psoriasis. *Przegl Dermatol* 2001; 88: 41-48 [In Polish].

[33] Szewczyk Maria T., Jawień Arkadiusz, Kędziora-Kornatowska K, Cwajda J, Grzeszczak I. Elderly patient with venous leg ulcers. 1. Assessment of mobility, balance and gait. *Przegląd Flebologiczny*, 2006; 14(1): 11-17.

[34] Szewczyk Maria T., Jawień Arkadiusz, Kędziora-Kornatowska K, Cwajda J, Grzeszczak I. Elderly patient with venous leg ulcers. 2. The risk of depression. *Przegląd Flebologiczny*, 2006; 14(1): 19-25.

[35] Szewczyk Maria T., Jawień Arkadiusz, Kędziora-Kornatowska K, Mościcka P, Cwajda J, Cierzniakowska K, Brazis P. The nutritional status of older adults with and without venous ulcers: a comparative, descriptive study. *Ostomy Wound Management*, 2008; 54 (9): 34-42.

- [36] Szewczyk MT, Jawień A, Cierzniakowska K, Cwajda J, Kędziora-Kornatowska K, Mościcka P, Grzeszczak I. Evaluation of functional activity of patients with chronic venous insufficiency and leg ulcer. *Adv Dermatol Allergol* 2005; XXII, 6: 265-270.
- [37] Szewczyk MT, Jawień A, Cwajda-Białasik J, Cierzniakowska K, Mościcka P, Hancke E. Randomized study assessing the influence of supervised exercises on ankle joint mobility in patients with venous leg ulcerations. *Arch Med Sci* 2010; 6, 6: 956-963. DOI: <https://doi.org/10.5114/aoms.2010.19308>
- [38] Szewczyk MT, Mościcka P, Cwajda J, Piotrowicz R, Jawień A. Evaluation of the effectiveness of new polyurethane foam dressing in the treatment of heavily exudative venous ulcers. *Acta Angiologica* 2007; 13(2): 85-93.
- [39] Szewczyk MT, Mościcka P, Jawień A, Cwajda-Białasik J, Cierzniakowska K, Ślusarz R, Hancke E. Quality of life in patients with leg ulcers or skin lesions – a pilot study. *Adv Dermatol Allergol* 2015; XXXII (6): 465–469.
- [40] Szewczyk MT, Rogala J, Cwajda J, Cierzniakowska K, Jawień A. Psychological and social problems of patients with chronic venous disease. *Adv Dermatol Allergol* 2007; XXIV, 5: 207–210.
- [41] Weller CD, Team V, Ivory JD, Crawford K, Gethin G. ABPI reporting and compression recommendations in global clinical practice guidelines on venous leg ulcer management: A scoping review. *Int Wound J*. 2019 Apr;16(2):406-419. doi: 10.1111/iwj.13048. Epub 2018 Nov 28.
- [42] Yim E, Kirsner RS, Gailey RS, Mandel DW, Chen SC, Tomic-Canic M. Effect of physical therapy on wound healing and quality of life in patients with venous leg ulcers: a systematic review. *JAMA Dermatol*. 2015 Mar;151(3):320-7. DOI: 10.1001/jamadermatol.2014.3459.
- [43] Žulec M, Rotar Pavlič D, Žulec A. The Effect of an Educational Intervention on Self-Care in Patients with Venous Leg Ulcers-A Randomized Controlled Trial. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Apr 12;19(8):4657. doi: 10.3390/ijerph19084657.

NÁROČNOSŤ OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI SESTRY O PACIENTA V TERMINÁLNOM ŠTÁDIU OCHORENIA

THE DIFFICULTY OF A NURSE'S NURSING CARE FOR A PATIENT IN THE TERMINAL STAGE OF THE DISEASE

ČAPSKÁ Jana, CIBULOVÁ Mária, HANULIAK Jakub

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

Abstrakt

Východiská: Terminálne štádium ochorenia je sprevádzané destabilizáciou ochorenia, zrýchlením niektorých príznakov ochorenia, je viditeľné, že ochorenie sa blíži ku koncu. Jedná sa o posledné mesiace života. Pri kontakte so zomierajúcim je vhodné aby bol zdravotnícky personál ústretový, slušný a zdvorilý. Dôležité je vytvoriť pocit bezpečia, zaujímať sa o daného človeka. Dôležitá je príprava a edukácia sestry v oblasti ošetrovania pacienta v terminálnom štádiu ochorenia.

Ciele: Analyzovať pripravenosť sestry v oblasti ošetrovateľskej starostlivosti u pacienta v terminálnom štádiu ochorenia.

Súbor a metodika: Pri výbere prieskumnej vzorky sme sa zamerali na sestry pracujúce na štandardných oddeleniach nemocníc. Pre realizáciu prieskumu bolo rozdáných 123 dotazníkov vlastnej konštrukcie. Prieskumný súbor tvorilo 116 respondentov.

Výsledky: Sestry pracujúce na štandardných oddeleniach nemocníc pravidelne poskytujú ošetrovateľskú starostlivosť u pacientov v terminálnom štádiu ochorenia. Na základe výsledkov prieskumu môžeme skonštatovať mimoriadnu náročnosť práce sestry v starostlivosti o pacienta v terminálnom štádiu ochorenia.

Záver: Odporúčame sestrám rozširovať si svoje vedomosti a zručnosti v problematike starostlivosti o pacienta v terminálnom štádiu ochorenia

Kľúčové slová: Terminálne štádium ochorenia. Paliatívna ošetrovateľská starostlivosť. Edukácia. Pacient. Sestra.

Abstract

Background: The terminal stage of the disease is accompanied by the destabilization of the disease, the acceleration of some symptoms of the disease, it is visible that the disease is approaching the end. When in contact with a dying person, it is advisable for the medical staff to be accommodating, polite and courteous. It is important to create a feeling of security, to be interested in the given person. The preparation and education of the nurse in the field of treating patients in the terminal stage of the disease is important.

Objectives: to analyze the preparedness of the nurse in the field of nursing care for a patient in the terminal stage of the disease

Research sample and methodology: When selecting the survey sample, we focused on nurses working in standard hospital departments. For the implementation of the survey, 123 self-designed questionnaires were distributed. The survey group consisted of 116 respondents.

Results: nurses working in standard hospital departments regularly provide nursing care for patients in the terminal stage of the disease. Based on the results of the survey, we can state that the work of a nurse in caring for a patient in a terminal study of the disease is extremely difficult.

Conclusion: We recommend nurses to expand their knowledge and skills in the issue of patient care in the terminal stage of the disease.

Key words: Terminal stage of the disease. Palliative nursing care. Education. Patient. Nurse.

Úvod

Problematika zomierania patrí medzi základné otázky ľudstva, pretože sa dotýka každého z nás, bez ohľadu na vek, rasu, náboženstvo. Smrť je najnepreskúmanejším momentom našich životov. Každý vníma smrť inak. Niektorí ju vníma ako odchod do iného sveta, ďalší ako desivý moment alebo ako zlom v živote, kedy sa všetko končí. V dnešnej covidovej dobe sa so smrťou stretávame denne. Stretávame sa s ňou v médiách, na internete a predovšetkým ľudia v prvých líniiach boja proti covidu – sestry, ktoré poskytujú ošetrovateľskú starostlivosť pacientom. Sestry zodpovedajú za dôstojné umieranie až do konca života pacienta a snažia sa zachovať, čo najvyššiu možnú kvalitu života zomierajúceho pacienta. Prežívajú s pacientmi posledné chvíle. Sestry pri poskytovaní paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti musia mať poznatky o patológii ochorenia aby porozumeli, ako ochorenie ovplyvňuje nielen pacienta, ale aj rodinných príslušníkov. Paliatívna ošetrovateľská starostlivosť sa usiluje o uspokojovanie potrieb a riešenie problémov pacienta a príbuzných. Pacient má kľúčové postavenie a zachováva sa jeho autonómia v rozhodovaní. Ošetrovateľská starostlivosť o zomierajúcich pacientov vychádza z koncepčného holistického modelu utrpenia osoby ako celku vo fyzickej, psychickej, sociálnej a spirituálnej dimenzii. Cieľom ošetrovateľskej starostlivosti o zomierajúceho pacienta je dosiahnutie maximálnej úrovne fungovania vo všetkých dimenziách a uchovanie komfortu a kvality života do poslednej chvíle (Gulášová, 2009; Kränzle, Weihrauch, 2014; Kurucová, Žiaková, Nemcová a kol., 2017).

Terminálne štádium ochorenia je sprevádzané destabilizáciou ochorenia, zrýchlením niektorých príznakov ochorenia, je viditeľné, že ochorenia sa blíži ku koncu. Jedná sa o posledné mesiace života. S pacientom v terminálnom štádiu ochorenia je nevyhnutné konzultovať progresiu ochorenia a ďalšie postupy pri ohrození života. Dĺžka terminálneho štádia závisí od ochorenia, potrieb pacienta a jeho rodinných príslušníkov a príznakov. V tejto záverečnej fáze života pacienta sa ponúka priestor na posudzovanie a uspokojovanie potrieb pacienta a jeho príbuzných, ktoré by mali smerovať k dosiahnutiu čo najvyššej kvality života až do konca (Kabelka, 2018). Určiť dĺžku terminálneho štádia je veľmi náročné, závisí od mnohých faktorov a musí sa vykonávať prísne individuálne. Klinický priebeh závisí od rozsahu a pokročilosti ochorenia ako aj pridružených ochorení (Jonáš, Križanová, 2012).

Pacienti v terminálnom štádiu ochorenia sú konfrontovaní so smrťou a utrpením, ktoré patria medzi najťažšie otázky ľudstva. Je veľmi náročné až nemožné ponúknuť odpovede na tieto otázky, ktoré by uspokojili neistotu so smrťou a utrpením. K fyzickému utrpeniu sa pridáva psychologická a duchovná dilema vyvolaná blížiacou sa smrťou. Tvárou v tvár blížiacej a neodkladnej smrti si človek nemôže nepoložiť otázky vlastnej existencie (Thurzo, 2015; Černý, 2019). Ak pacient prestáva reagovať na liečbu a jeho život smeruje do terminálneho štádia, je potrebné ukončiť kuratívnu liečbu a prejsť k paliatívnej starostlivosti. V tomto období sa pacienti dostávajú do fázy odovzdanosti a zmierenia so smrťou. Je to posledná fáza, v ktorej dochádza u pacientov k rezignácii a postupne sa začínajú zmierovať so skutočnosťou vlastnej smrti. V tomto štádiu je dôležité aby pacienti mali pocit bezpečia, a aby im bol zdravotnícky personál k dispozícii. Kontakt a porozumenie zabraňuje rozvíjaniu strachu a neistoty. Väčšina pacientov má väčší strach zo zomierania ako so smrťou samotnej. Zomierajúcim vyvoláva strach napr. telesné utrpenie, poníženie, strata dôstojnosti, osamelosť (Bencová, 2016, Kalvach, 2019). V predterminálnej a terminálnej fáze života sa pacienti často uťahujú k spiritualite. Pacienti, u ktorých ochorenie progreduje, sa

začínajú zaoberať zmyslom života. Uzmierenie sa s Bohom im napomáha vyrovnať sa s koncom života. Viera v Boha napomáha zmierniť strach z obdobia zomierania a zo smrti (Bencová, 2019). U pacientov, ktorí prežívajú posledné týždne alebo dni života, je možné sledovať určité javy. Pacienti sa vzdávajú od vonkajšieho sveta, uťahujú sa do seba. Často si želajú byť osamote, častejšie spia. Pacienti rekapitulujú svoj život a bilancujú. Neskôr prevláda mlčanie. Ticho sa pre umierajúcich stáva dôležité a postupne zaniká zmysel pre čas. Tesne pred smrťou sa vyskytuje tzv. terminálny nepokoj, ktorý sa prejavuje napr. ako bezcieľne pohyby končatín, záškľby svalstva, stonanie, výkriky. Niekoľko dní pred smrťou môže u niektorých pacientov nastať stav eufórie – posledný rozkvet síl. Umierajúci je náhle v bdelom stave, zaujíma sa o okolie, má posledné priania. Tento stav eufórie často strieda smrteľná kóma (Plevová, 2021). Pri kontakte so zomierajúcim je vhodné aby zdravotnícky personál bol ústretový, slušný a zdvorilý. Dôležité je vytvoriť pocit bezpečia, zaujímať sa o daného človeka. Zomierajúci človek by si mal sám stanoviť hĺbku a spôsob komunikácie. Požiadavkám zomierajúcich by malo byť vyhovieť a nemali by byť nútení do komunikácie. V komunikácii so zomierajúcimi pacientmi si zdravotnícky personál musí uvedomiť, že vplyvom nevyliciteľnej choroby alebo blížiacej sa smrti, pacienti majú narušené vnímanie, chápanie a podobne. Vo všetkých prípadoch musí byť komunikácia prispôbena pacientovi. Ak pacient prejavuje záujem o komunikáciu, ale nevládze už rozprávať, môžeme využiť neverbálne prejavy komunikácie (Gurský, 2012; Lauková, 2019). Komunikácia sa radí medzi základné profesionálne nástroje pri poskytovaní paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti zomierajúcim pacientom. Prostredníctvom komunikácie si sestra buduje vzťah s pacientom. Používaním vhodnej komunikačnej stratégie sestra umožňuje individualizovať paliatívnu starostlivosť na základe požiadaviek a preferencií pacienta a jeho rodinných príslušníkov a sprevádzať ich v tomto ťažkom období. Výsledkom vhodne zvolenej komunikácie je posúdenie potrieb, identifikácia existujúcich a potencionálnych problémov, prevencia nerealistických očakávaní. Komunikácia je nástroj, ktorý slúži na poskytovanie informácií o zdravotnom stave, prognóze, liečbe, ošetrovateľskej starostlivosti (Gulášová, 2009; Lauková, 2019, Martinková, 2019).

Sestra plní funkciu sprostredkovateľa medzi lekárom a pacientom, je tlmočníkom lekára a jeho činností. Sestra pomáha pacientom vytvárať dôveru v lekára. Sestra má zvyčajne užší a častejší vzťah s pacientom ako lekár. Prínos nie je v tom, čo sestra povie, ale jej prítomnosť v potrebnej chvíli, v pochopení a trpezlivosti vypočuť pacienta a poradiť mu. V časovom rozpätí choroby sestra komunikuje s pacientom v určitých kritických okamihoch ochorenia, ktoré vplyvom prognózy majú dlhodobý alebo krátkodobý charakter. V terminálnej fáze sa sestra zameriava v komunikácii s pacientom na témy, ktoré súvisia s koncom života (napr. zachovanie komfortu, robenie rozhodnutí, trúchlenie). Komunikácia s rodinnými príslušníkmi pokračuje aj po smrti pacienta, teda aj v čase trúchlenia. Komunikácia je základným pilierom kvalitnej paliatívnej starostlivosti. Dobrá sestra by mala byť dobrým poslucháčom a dobrým komunikátorom (Kurucová, 2017; Lauková, 2019).

Ak chceme, aby bola poskytovaná paliatívna starostlivosť na vysokej úrovni, je potrebné zabezpečiť vzdelávanie sestier, ktoré pôsobia v danej oblasti, ako aj vzdelávanie študentov v odbore ošetrovatelstvo vo väčšej miere a zároveň tomu prispôsobiť legislatívu.

V študijnom odbore ošetrovateľstvo je v prvom a druhom stupni vysokoškolského vzdelávania problematika paliatívnej a hospicovej starostlivosti zastúpená v malej miere v spoločenskovedných a humanitných disciplínach (filozofické, sociologické, psychologické, klinické). Existujú však aj predmety zamerané konkrétne na problematiku paliatívnej starostlivosti ako napr. nepovinne voliteľný predmet Ošetrovateľstvo v paliatívnej a hospicovej starostlivosti v študijnom odbore ošetrovateľstvo.

Starostlivosť o príbuzných je neoddeliteľná zložka starostlivosti o nevyyliečiteľne chorých pacientov (Kabelka, 2018). Rodina je považovaná za základnú jednotku paliatívnej starostlivosti a podpora v tomto období je zahrnutá ako súčasť programu paliatívnej starostlivosti. V tomto období je potrebné poskytnúť príbuzným a pacientom citovú a praktickú podporu, zamerať sa na zvládnutie smútku zo straty blízkeho človeka. Špeciálnu pozornosť si vyžaduje aj prevencia vzniku a liečba depresie z vyčerpania. Intervencie v období smútku by mali byť zamerané na pomoc príbuzným vyrovnáť sa so stratami, ku ktorým dochádza počas ochorenia a aj po smrti blízkeho človeka. Podpora v tomto období znižuje riziko psychosomatických a psychických dopadov v dôsledku straty blízkeho človeka (Dobříková, 2005; Bužgová, 2011; Lauková, 2019).

Prieskum

V minulosti bolo bežným javom, že ľudia zomierali v domácom prostredí, a teda starostlivosť preberali rodinní príslušníci. V dnešnej dobe, vplyvom množstva faktorov starostlivosť o pacientov v terminálnom štádiu ochorenia a zomierajúcich pacientov prešla z domáceho prostredia do nemocničného a starostlivosť prešla z rúk príbuzných do rúk zdravotníckeho personálu (Gulášová, 2009; Kalvach, 2019).

Prieskumom sme chceli poukázať na vybrané aspekty náročnosti práce sestry v ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta v terminálnom štádiu ochorenia na štandardných oddeleniach nemocníc. Na zber dát sme využili neštandardizovaný dotazník vlastnej konštrukcie. Dotazník sme sformulovali po naštudovaní dostupnej literatúry a je tvorený 22 položkami. Prieskum sme realizovali v decembri 2020 a januári 2021.

Vzorka prieskumu

Pri výbere prieskumnej vzorky sme sa zamerali na sestry pracujúce na štandardných oddeleniach nemocníc. Pre realizáciu prieskumu bolo rozdáných 123 dotazníkov, z toho bolo 7 vyradených (sestry pracujúce v hospici, na onkológii). Prieskumný súbor tvorilo 116 respondentov.

Najviac respondentov, ktorí sa prieskumu zúčastnili tvorili sestry s 1. stupňom vysokoškolského vzdelania 49,1%, nasledovali sestry s 2. stupňom vysokoškolského vzdelania 28,4%. 18,1% tvorili sestry s stredoškolským vzdelaním a vyššie odborné vzdelanie malo 4,4% zúčastnených.

Prieskumu sa najviac zúčastnilo respondentov vo vekovom rozpätí 22 - 30 rokov, ktorí tvorili 50,0% prieskumnej vzorky, pričom 24,1% prieskumnej vzorky tvorili respondenti od 31 do 40 rokov, 16,4% tvorili respondenti od 41 do 50 rokov. Respondenti od 51 do 60 rokov tvorili 7,8% a respondenti nad 61 rokov tvorili 1,7%.

Na oddelení dlhodobó chorých pracuje 33,6% respondentov. Na chirurgických oddeleniach pracuje 27,6% a na oddeleniach vnútorného lekárstva pracuje 26,7% respondentov. OAIM predstavuje 12,1% respondentov.

Výsledky

Častý kontakt s pacientmi v terminálnom štádiu ochorenia uviedlo 59,5% a 21,6% respondentov uviedli, že sa s pacientmi v terminálnom štádiu ochorenia stretávajú niekedy. Pri výkone povolania sa 16,4% respondentov stretáva vždy s pacientmi v terminálnom štádiu ochorenia. A 2,6% respondentov uviedlo, že sa vôbec nestretávajú s pacientmi v terminálnom štádiu ochorenia na svojom pracovisku.

Viac ako polovica respondentov 58,6% uviedla, že sa cítia skôr spôsobilí a vzdelaní v paliatívnej starostlivosti. Položku skôr nie si vybralo 19,8%. Iba 20,7% respondentov sú presvedčení, že sú vzdelaní a spôsobilí v paliatívnej starostlivosti. Zároveň 0,9% respondentov uviedlo, že nie sú vzdelaní a spôsobilí v paliatívnej starostlivosti.

Pri položke, či sa na pracoviskách respondentov poskytuje paliatívna ošetrovateľská starostlivosť uviedlo 50,9% odpoveď skôr áno. 27,6% respondentov uviedlo, že sa na ich pracoviskách poskytuje paliatívna ošetrovateľská starostlivosť. 15,5% respondentov uviedlo odpoveď skôr nie a 6% respondentov uviedlo, že na ich pracoviskách sa paliatívna ošetrovateľská starostlivosť neposkytuje.

V položke, ktorá sa zaoberala monitorovaním príznakov uviedlo 56,9% respondentov, že príznaky kontrolujú častejšie u pacientov v terminálnom štádiu ochorenia, 37,1% respondentov uviedlo odpoveď skôr áno, 3,4% respondentov uviedlo, že príznaky častejšie nekontrolujú a 2,6% respondentov uviedlo odpoveď skôr nie.

V otázke zameranej na poskytovanie psychologickej podpory zo strany ošetrojúcej sestry pacientom v terminálnom štádiu ochorenia 57,8% respondentov uviedlo, že poskytujú psychologickú podporu a 35,3% respondentov uviedlo, že poskytuje čiastočnú psychologickú podporu. 3,4% respondentov uviedlo, že neposkytujú psychologickú podporu pacientom.

Záver

V dnešnej covidovej dobe sa sestry, pracujúce pri lôžku stretávajú so smrťou častejšie ako kedykoľvek predtým. S pacientmi v terminálnom štádiu sa nestretávame iba v hospicoch a na paliatívnych oddeleniach, ale neoddeliteľnou súčasťou práce sestry i na tzv. štandardných oddeleniach. Táto skutočnosť nás viedla zamerať sa na sestry, ktoré pracujú na štandardných oddeleniach a neskôr pri vyhodnocovaní sa nám táto skutočnosť aj potvrdila. Zisťovali sme, či sa naši respondenti stretávajú na svojich pracoviskách s pacientmi v terminálnom štádiu ochorenia a 59,5% respondentov uviedlo, že sa často stretávajú s pacientmi v terminálnom štádiu, odpoveď niekedy uviedlo 21,6% respondentov a odpoveď vždy uviedlo 16,4% respondentov. Odpoveď vôbec nie uviedli iba traja respondenti. Sestry poskytujú starostlivosť pacientom v terminálnom štádiu ochorenia až do konca. Naším prieskumom sme chceli posúdiť náročnosť práce sestry vo vybraných oblastiach v tomto štádiu ochorenia.

Na základe získaných údajov navrhujeme nasledujúce odporúčania pre prax :

- navrhujeme, aby sestry podporovali tímový prístup v starostlivosti o pacienta v terminálnom štádiu ochorenia prostredníctvom častejších konzílií a lepšou

komunikáciou medzi pracovníkmi, ktorí sa aktívne zapájajú do tímového prístupu,

- odporúčame sestrám, aby do starostlivosti o pacientov v terminálnom štádiu ochorenia zapájali rodinných príslušníkov pacienta,
- odporúčame sestrám, aby sa pri starostlivosti o pacienta v terminálnom štádiu ochorenia nezameriavali iba na pacienta a na rodinných jeho príslušníkov, ale aby aktívne vykonávali preventívne opatrenia na ochranu svojho duševného i fyzického zdravia,
- odporúčame sestrám pravidelne si rozširovať svoje vedomosti a zručnosti v problematike starostlivosti o pacienta v terminálnom štádiu ochorenia.

Ošetrovateľská starostlivosť o pacienta v terminálnom štádiu ochorenia je veľmi náročná po fyzickej a psychickej stránke. Sestry vynakladajú veľké úsilie pri plnení úloh v starostlivosti o pacienta v konečnom štádiu jeho života. Cieľom tejto starostlivosti je dosiahnutie maximálnej úrovne fungovania vo všetkých dimenziách v záujme naplnenia komfortu a kvality života v posledných dňoch života, vrátane obdobia smútenia rodiny.

Vyhodnotením zozbieraných dát sme získali potrebné informácie na zodpovedanie cieľov, ktoré sme si na začiatku prieskumu určili. Ciele, ktoré sme si určili, sa nám podarilo splniť.

Rola sestry v starostlivosti o pacienta v terminálnom štádiu ochorenia je nezastupiteľná. Sestry ako najväčšia skupina poskytovateľov zdravotnej starostlivosti sú v jedinečnej pozícii ovplyvniť kvalitu starostlivosti na konci života celoživotným vzdelávaním v oblasti poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti, ale v neposlednom rade i v oblasti preventívnych opatrení ako prevencie vyhorenia.

Zoznam bibliografických odkazov

BENCOVÁ, V. Základné princípy prístupu k pacientovi a jeho rodine v terminálnom štádiu nádorovej choroby. *Paliatívna medicína a liečba bolesti*, 2016, 11(1): 40-43.

BENCOVÁ, V., 2019. Osamelosť pacientov v predterminálnom a terminálnom štádiu nádorovej choroby. Sociálny rozmer zomierania. In: *Klinická onkologie*, 2019, 32 (3): 220 – 223.

ČERNÝ, D. Co je to eutanázie? In PTÁČEK, R., BARTUNĚK, P.(eds): *Eutanazie pro a proti*. Praha: Mladá fronta. EDICE CELOŽIVOTNÍ VZDĚLÁVÁNÍ ČLK. 2019. 445 s. ISBN 978-80-204-5339-6.

DOBŘÍKOVÁ-PORUBČANOVÁ, P. et al. *Nevyliečiteľne chorý v súčasnosť. Význam paliatívnej starostlivosti*. 1.vyd. Trnava: sv.Vojtech s.r.ro, 2005.280 s. ISBN 80-7162-581-7

GULÁŠOVÁ, I. *Telesné, psychické, sociálne a duchovné aspekty onkologických ochorení*. Martin: Osveta, 2009. 100s. ISBN 978-80-8063-305-9.

GURSKÝ, J., 2012. Terminálne štádium života a komunikácia. In: HANOBNÍK, F., et al. Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie, Quo vadis hospic. Bratislava: Tlačiareň svidnícka, s.r.o., 2012, s. 461, ISBN: 978-80-8132-068-2.

JONÁŠ, P., KRIŽANOVÁ, M. Špecifiká geriatrických pacientov v onkológii. *Onkológia*, 7(5): 294-297.

KABELKA, L., *Geriatrická paliatívni péče a komunikace o nemoci*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta a.s., 2018. 341 s., ISBN 978-80-204-5049-4.

KALVACH, Z. a kol. *Manuál paliatívni péče o umírající pacienti. Pomoc při rozhodování v paliatívni nejistotě*. Praha: Cesta domů. 2019. 155s. ISBN 978-80-88126-54-6.

KURUCOVÁ, R., ŽIAKOVÁ, K., et al. *Vybrané kapitoly z paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti*. Martin: Osveta, 2017. 310 s. ISBN 978-80-8063-457-5.

KRÄNZLE, S., WEIHRAUCH, B. Geschichte, Selbstverständnis und Zukunftsstrategien von Palliative Care. In: Kränzle S., Schmid U., Seeger C. (eds) *Palliative Care*. Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-41608-8_1.

LAUKOVÁ, P. *Andragogická komunikácia*. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave, 2019. 212 s. ISBN 978-80-223-4892-8.

MARTINKOVÁ, J. Osobnostné predpoklady a rola sestry v paliatívnej a hospicovej starostlivosti. In: *Paliatívna medicína a liečba bolesti*. Suplement 2. 32-33 s. ISSN 1337-9917.

PLEVOVÁ, I., et al. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada Publishing a. s. 2011, 223 s. ISBN: 978-80-247-3558-0.

THURZO, V., 2015. Morálno-teologický pohľad na starostlivosť o zomierajúceho. [online]. 2015. [cit. 15-09-22] Dostupné z: [Thurzo_Moralno_teologicky_pohlad_na_starostlivost_o_zomierajucich-with-coverpage-v2.pdf](https://cloudfront.net/d1wqtxts1xzle7/covpage-v2.pdf) (d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net).

PREVENCIA KONFLIKTOV V MANAŽMENTE BEZPEČNEJ STAROSTLIVOSTI NA PSYCHIATRICKÝCH PRACOVISKÁCH

CONFLICT PREVENTION IN THE MANAGEMENT OF SAFE CARE AT PSYCHIATRIC WORKPLACES

DUBOVCOVÁ Martina

Psychiatrická klinika JLF UK a UNM, Martin

*Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, Fakulta
zdravotníctva a sociálnej práce sv. Ladislava, Nové Zámky*

Abstrakt

Manažment rizík a prevencia vzniku mimoriadnych udalostí na pracoviskách poskytujúcich psychiatrickú starostlivosť sú s ohľadom na kultúru pracovísk hodnotené ako kľúčové oblasti. Prostredie psychiatrickej starostlivosti je miestom, kde môže dochádzať k celej rade nepredvídateľných situácií a nežiadúcich udalostí. Personál sa stretáva s pacientami, s rozmanitou škálou prejavov, často s nedostatočným nadhľadom na svoje ochorenie a s obmedzenou mierou spolupráce u týchto pacientov. K najväčším rizikám parí sebapoškodenie, či samovražedné konanie, riziko agresie, úteku, riziko nedostatočnej sebastarostlivosti alebo riziko zneužívania toxických látok. Model Safewards ponúka množstvo intervencií, ktorých implementácia môže výrazne prispieť k vytváraniu bezpečného prostredia nielen pre pacientov, ale i pre zdravotníckych pracovníkov. Faktory, ktoré ovplyvňujú jeho hodnotenie a udržiavanie, sú obsahovo identifikované v modeli Safewards. Jeho cieľom je prostredníctvom intervencií redukovať používanie obmedzovacích prostriedkov a taktiež výskyt konfliktov.

Kľúčové slová: Konflikt. Safewards. Psychiatria. Riziká v psychiatrii.

Abstract

Risk management and prevention of extraordinary events at psychiatric workplaces are evaluated as key areas regarding workplace culture. The environment in psychiatric wards is a place where a whole range of unpredictable situations and adverse events can occur. The staff meets patients with a diverse range of manifestations, often with insufficient insight into their illness and with a limited degree of cooperation in these patients. The biggest risks include self-harm or suicidal behavior, the risk of aggression, running away, the risk of insufficient self-care or the risk of abusing toxic substances. The Safewards model offers several interventions, the implementation of which can significantly contribute to the creation of a safe environment not only for patients, but also for healthcare workers. Factors that influence its assessment and maintenance are identified in the Safewards model. Its goal is to reduce the use of restraints and the occurrence of conflicts through interventions.

Key words: Conflict. Safewards. Psychiatry. Risks in psychiatry.

Úvod

Otázka bezpečnosti a hodnotenia rizík v prostredí, kde sa poskytuje psychiatrická starostlivosť, nadobudla význam v praxi. Nie je to len kvôli zmenám slovenskej legislatívy (Vyhláška MZ SR 444/2019 o minimálnych požiadavkách na interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta), ale najmä z dôvodu implementácie inovatívnych postupov. Nedostatočné zabezpečenie prostredia je považované za veľmi dôležitý zdroj výskytu závažných udalostí. V otázke sebapoškodzovania hospitalizovaných pacientov je dokonca na prvom mieste (Wachter, 2008). Na psychiatrických pracoviskách, ktoré poskytujú širšiu paletu služieb, existuje ešte pridané riziko, akým je nerovnomerný prístup k zabezpečeniu prostredia. Napríklad na oddeleniach, kde ostávajú pacienti dlhší čas (niekedy mesiace a roky) a majú možnosť opúšťať

oddelenia, je nižší prah vnímania, čo je bezpečné prostredie a čo nie. Základné riziká pacientov trpiacich duševným ochorením sú zanedbávanie svojich vlastných potrieb, sebapoškodzovanie, či poškodenie iných. Tieto riziká zostávajú aktívne po celé obdobie trvania ochorenia. Mení sa len miera pravdepodobnosti prepuknutia rizika. A pokiaľ sa toto pravidelne neprehodnocuje, hrozí, že pri nedostatočnom zabezpečení prostredia presiahnu únosnú mieru.

To ale neznamená, že by sme mali inklinovať k reštriktívnym opatreniam v prostredí, ale naopak, by mala byť potreba zabezpečiť dostatočný kontakt s pacientom. Miera ostražitosťi personálu do značnej miery súvisí s tým, ako poznajú potreby prijímateľa starostlivosti a akým spôsobom na jeho potreby dokážu a môžu reagovať. Cieľom úsilia upraviť prostredie psychiatrických pracovísk je poskytnúť bezpečné, funkčné a zároveň podporujúce prostredie tak, aby bola zabezpečená kvalita a zároveň manažment rizika. Pracovisko by malo disponovať pracovníkmi, ktorí budú zodpovedať za riadenie rizika vrátane rizika prostredia, budú zbierať dáta v tejto oblasti a na základe ich vyhodnocovania budú schopní navrhnuť úpravy. Zároveň budú vytvárať podmienky pre minimalizáciu rizík v oblasti bezpečnosti personálu. Vplyv prostredia na poskytovanie psychiatrickej starostlivosti býva často podceňovaný. Dostupné štúdie poukazujú napr. na skúmanie vplyvu prostredia na používanie obmedzovacích prostriedkov. V rámci rozsiahlej štúdie boli identifikované tri hlavné faktory vedúce k znižovaniu používania obmedzovacích opatrení:

- dostatočné súkromie pre pacientov (možnosť uchýliť sa do privátneho priestoru),
- vyššia úroveň pohodlia (pozitívna domáca atmosféra, ako aj na oddelení),
- dobrá prehľadnosť oddelenia (široké chodby, centrálna umiestnená pracovňa sestier).

Naopak v prostredí s prílišným dôrazom na bezpečnosť a sledovanie pacientov na úkor pozitívnej domácej atmosféry bol zaznamenaný vyšší výskyt situácií s nutnosťou použiť obmedzovacie prostriedky (Schaaf et al., 2013). Význam vplyvu prostredia potvrdzujú tiež zistenia medzinárodnej akreditačnej komisie Joint Commission International (JCI). Na základe analýzy samovrážd, ku ktorým došlo v priebehu psychiatrických hospitalizácií, boli definované hlavné tzv. koreňové príčiny týchto situácií. Je nutné zdôrazniť, že prostredie samo o sebe k zaisteniu bezpečnej starostlivosti nestačí. Kľúčová je predovšetkým kvalita zdravotníckeho tímu (jeho profesionalita a skúsenosti), funkčný systém a hodnotenie rizík, organizácia práce na oddelení, komplexný prístup k pacientom a celková atmosféra na danom pracovisku. Používajú sa rozmanité hľadiská, napr. podľa režimu vychádzok, dohľadu, akútnosti starostlivosti.

Ako uvádza Žaludek (2020), bezpečné prostredie v psychiatrii, respektíve jeho absencia, je jednou z príčin suicidií u hospitalizovaných pacientov. Inšpiratívnym prístupom k vytváraniu pozitívnej atmosféry na psychiatrických oddeleniach môže byť model Safewards, ktorý vyvinul tím výskumníkov pod vedením prof. Lena Bowersa z King's College v Londýne. Tento model sa snaží pochopiť a popísať základné zdroje konfliktov na psychiatrických oddeleniach a navrhuje určité kroky/intervencie, ktorých cieľom je minimalizácia výskytu nežiaducich udalostí a používanie obmedzovacích prostriedkov. Tento model je v súčasnej dobe využívaný na mnohých pracoviskách viacerých európskych krajín, napr. v Nemecku, Veľkej Británii, Dánsku, Švajčiarsku, Holandsku, Českej republike a Poľsku (Lickiewicz et al., 2020). Doterajšie skúsenosti

s jeho implementáciou sú veľmi pozitívne a boli publikované v množstve odborných časopisov.

Personál lôžkových psychiatrických oddelení sa veľmi často zamýšľa nad tým, ako kultivovať prostredie na svojich pracoviskách, ako predchádzať konfliktom, ako znižovať počty používania obmedzovacích prostriedkov. Podobné otázky si kládol aj výskumný tím pod vedením prof. Lena Bowersa z Veľkej Británie a na základe výskumu a skúseností odborníkov pracujúcich v oblasti akútnej lôžkovej starostlivosti vytvoril model Safewards. Tento model prináša určité zjednodušenie zložitého diania, ktoré sa odohráva na psychiatrických oddeleniach. Pomáha nám pochopiť niektoré súvislosti a ponúka konkrétne postupy, ktorých implementácia sa ukazuje vďaka výskumom ako prínosná. Inšpiratívny prístup pri vytváraní pozitívnej a najmä bezpečnej starostlivosti na psychiatrických pracoviskách predstavuje práve model Safewards.

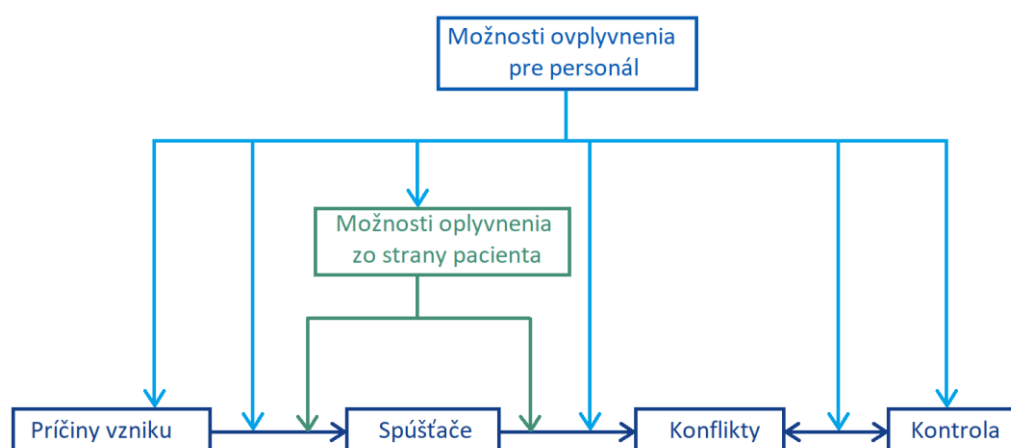
Model Safewards

Je to nástroj, ktorého cieľom je redukovať vznik konfliktov (ohrozujúce správanie pacientov) a používanie kontroly (správanie personálu, ktoré môže negatívne pôsobiť na pacienta). V modeli Safewards sa pracuje s pojmom „konflikt“, ktorým sa rozumie nežiadúce správanie pacienta, napr. agresívne správanie, sebapoškodzovanie, pokusy o suicídium, úteky, užívanie alkoholu a toxických látok na oddelení, porušovanie pravidiel a i. Ďalším pojmom, s ktorým sa v modeli Safewards narába, je pojem „kontrola“. Je chápaná ako reakcia personálu na konflikt. Zahŕňa postupy používané k zvládnutiu problémov a konfliktov na oddelení. Ide napr. o podávanie liekov na upokojenie, používanie obmedzovacích prostriedkov, zvýšený monitoring pacientov, nastavovanie rôznych režimových opatrení atď.

Je treba povedať, že model Safewards ponúka určitú cestu, ako podporiť personál a pacientov oddelenia v tom, aby maximálne spolupracovali tak, aby ku konfliktom a následnému použitiu kontroly dochádzalo čo najmenej. Odporúčania pre implementáciu sady intervencií predstavujú zoznam detailne popísaných, odôvodnených a overených postupov v praxi (Dubovcová, 2021). Safewards model ponúka inšpiratívny pohľad na vytváranie pozitívnej a najmä bezpečnej atmosféry na psychiatrických pracoviskách. Výskumný tím pod vedením prof. Lena Bowersa, ktorý túto metodiku vyvinul a implementoval na akútnych psychiatrických oddeleniach, deklaruje jeho jedinečnosť v kontexte prevencie konfliktov a redukcie používania obmedzovacích prostriedkov. Autori tejto metodiky popisujú základné zdroje konfliktov, ich spúšťače a možné reakcie personálu. Rozsiahle výskumy poukazujú na význam využívania intervencií, ktorých cieľom je minimalizovať výskyt konfliktov, nežiaducich udalostí a používanie obmedzovacích postupov.

Model Safewards vysvetľuje, prečo na psychiatrických oddeleniach najčastejšie dochádza ku konfliktom a ponúka sadu 10 overených EBM nástrojov/intervencií, ktoré vedú k znižovaniu počtu konfliktov a používaniu obmedzovacích opatrení. Vysvetľuje dynamiku na oddelení tak, že na každom oddelení existujú zdroje konfliktov (originating domains), ktoré vyplývajú z prostredia oddelení (režimové opatrenia, naliehavé prejavy pacientov, správanie personálu, dispozičné riešenie oddelenia atď.), ktoré ale automaticky nemusia viesť k vzniku konfliktu, ale zvyšujú u pacientov pocity frustrácie a ich pohotovosť ku konfliktu. K rozvinutiu konfliktu je potrebný spúšťač (flashpoints), ktorým sú označované situácie, alebo udalosti, ktoré môžu viesť k spusteniu konfliktu. Je to povestná „posledná kvapka“, ktorá u pacienta pretečie cez pohár frustračnej tolerance. Ako uvádza Löhr et al. (2020) spúšťače pre vznik konfliktu môžu byť napr.

nastavovanie hraníc, zhoršenie stavu, hluk, zamykanie dverí, rozpad blízkych vzťahov, zákaz vychádzok, zlé správy. Na rozvinutý konflikt nadväzuje správanie/reakcia personálu, čo sa v modeli označuje ako kontrola (containment). Kontrola môže mať rôznu podobu. Personál oddelenia môže pozitívne alebo negatívne ovplyvniť vznik konfliktu na rôznych úrovniach. Môže sa pokúsiť odstraňovať zdroje konfliktov, (frustráciu) pacientov, môže vhodným prístupom deeskalovať rozvoj konfliktu, môže rôznou reakciou po prebiehajúcom konflikte predchádzať ďalšej eskalácii a negatívnym dôsledkom. Kontrolou je napr. použitie reštriktívnych opatrení, ako izolácia, fyzické obmedzovacie prostriedky, mechanické obmedzovacie prostriedky, farmakologická intervencia, bezpečnostné opatrenia, alebo zvýšený dohľad na oddelení.



Obr. 1 Štruktúra modelu Safewards

(Löhr et al., 2020; Dubovcová, 2021, s. 22; adaptované autorkou)

Stručné poňatie modelu Safewards je o tom, akým spôsobom sa personál vysporiada so spúšťačom, a i keď predsa len dôjde ku konfliktu, je stále možné ovplyvniť vývoj situácie vhodným výberom kontroly, ktorá nebude smerovať ku zhoršeniu situácie (Löhr et al., 2020).

Pre pochopenie základnej schémy modelu Safewards je potrebné uviesť príklad.

Zdroj konfliktu: Na oddelení platia režimové opatrenia, ktoré zakazujú používanie mobilných telefónov. Toto obmedzenie vedie k frustrácii pacientov. Môžu sa dožadovať používať ich a vtedy každé odmietnutie zvyšuje frustráciu pacientov. Môžu mať pocit neoprávnenosti zásahu do možnosti používať svoje osobné veci, čo vedie k pocitom krivdy a hnevu. Pacienti však nemusia rozumieť toľtomuto paušálnemu obmedzeniu.

Spúšťač: Pacientovi na oddelení došla káva a chce zavolať domov, aby mu ju popoludní na oddelenie priniesli. Dožaduje sa telefónu, ale sestra rešpektuje nastavený režim a odmieta mu telefón vydať. Tým frustrácia pacienta prekročila jeho tolerančný prah.

Konflikt: Vzniká konflikt, kedy je pacient napr. verbálne agresívny a následne začína ničiť vybavenie oddelenia.

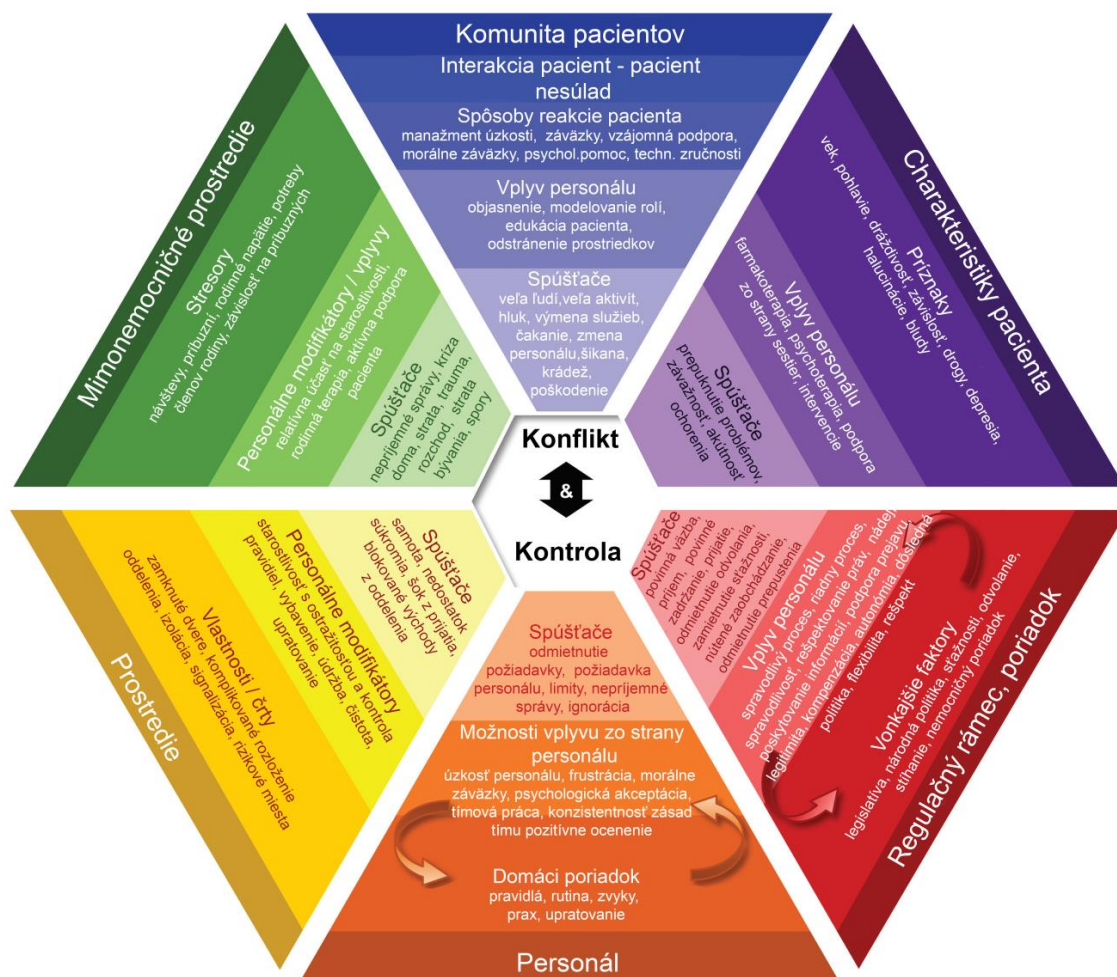
Kontrola: Sestra v spolupráci s lekárom zareaguje aplikáciou liečiv na upokojenie a umiestnenie pacienta do izolačnej miestnosti (použije obmedzovací prostriedok, alebo opatrenie).

Z vyššie uvedeného príkladu vyplýva, že personál má niekoľko možností, ako ovplyvniť priebeh situácie. Vo všeobecnej rovine je potrebné uvažovať nad úpravou režimových opatrení, ktoré regulujú používanie mobilných telefónov a prehodnotiť obmedzenia týkajúce sa ich používania. To by mohlo viesť k zníženiu frustrácie u pacientov. V konkrétnom prípade popísanom vyššie mohla sestra žiadosti pacienta o telefonát vyhovieť alebo jeho potrebu kávy riešiť iným spôsobom (ponúknuť, že jeho blízkym zavolá z telefónu na oddelení atď.) Rovnako reakcia na následný rozvoj agresie mohla byť rôzna a nemusela vyústiť k použitiu obmedzovacích opatrení. Vo všetkých úrovniach rozvoja konfliktu záleží na reakcii a prístupe personálu. Od toho sa potom odvíja reakcia pacientov a eskalácia či deeskalácia konfliktu. Od nastavovania režimových opatrení na oddelení (má zákaz používania telefónov svoje opodstatnenie?), cez možnosť deeskalovať spúšťač konfliktu (sestra mohla urobiť výnimku a s pacientom sa dohodnúť) až po voľbu reakcie na pacientovu agresiu (bolo obmedzenie nutné? Nestačilo by celú situáciu analyzovať a dohodnúť s pacientom ďalší postup?).

Výskumy preukazujú, že počet konfliktov a používanie obmedzovacích opatrení sa medzi jednotlivými pracoviskami veľmi líši, a to dokonca i v prípade, kedy sa jedná o podobné oddelenie s rovnakým typom pacientov v rámci jedného zariadenia. Z toho jasne vyplýva, že to, ako je oddelenie vedené a ako personál pristupuje k pacientom, ovplyvňuje výskyt konfliktných situácií. Model má zadefinované aj zdroje konfliktov, medzi ktoré výskumníci zaraďujú prístup personálu, vnútorný poriadok, vzťahy medzi pacientmi, osobnostné rysy pacientov, vybavenie a dispozícia oddelenia, informácie zvonka (od rodiny, príbuzných).

Výsledky niektorých výskumov poukazujú jednoznačne na výrazný účinok v redukcii používania obmedzovacích prostriedkov - na pracoviskách, kde sa implementoval model Safewards, došlo k poklesu konfliktných udalostí o 15% a redukcii obmedzovania o 26,4% v porovnaní s kontrolnou skupinou (Bowers et al., 2014). Ešte výraznejší posun ukázal austrálsky výskum realizovaný na 12 akútnych psychiatrických oddeleniach, kde došlo o rok po zavedení Safewards k redukcii používania izolácie o 36% (Fletcher et al., 2017). Zníženie frekvencie používania obmedzovacích prostriedkov a ich kratšie trvanie potvrdila aj nemecká štúdia (Baumgardt, 2019). Ako uvádza Löhr et al. (2020, s. 51) intervencie, ktoré ponúka model Safewards, sú autormi ponúkané ako súbor činností, ktoré personál uplatňuje v prístupe k pacientom na psychiatrických pracoviskách. Každá intervencia, ktorá sa realizuje v prostredí, kde je pacient hospitalizovaný, predstavuje inštrukciu pre personál a vymedzuje jeho roly pri interakcii s pacientom. Safewards popisuje 10 intervencií, ktoré môžu viesť k redukcii konfliktov a vzniku kontroly pri poskytovaní starostlivosti pacientom s duševným ochorením. Tieto intervencie boli vyextrahované ako najčastejšie a najvhodnejšie intervencie pre personál v prístupe k pacientom na psychiatrických pracoviskách. Autorský tím pripravil aj plagáty pre každú intervenciu, a odporúča, aby boli plagáty umiestnené v rámci ošetrovacej jednotky oddelenia na dobre viditeľnom mieste. Multicentrická štúdia, ktorá bola realizovaná na viacerých psychiatrických pracoviskách, preukázala ich relevantnosť (Fletcher et al., 2017). V týchto intervenciách podľa autorov sú obsiahnuté prvky profesionálneho vytvárania vzťahov a prispôbenie sa prostrediu pacienta a jeho podmienkam. V 2. vydaní

publikácie Safewards od prof. Löhra (2020, s. 52) sú uvádzané všetky intervencie modelu. Sú popisované východiská a popis konkrétnych činností v rámci danej intervencie. Pre prehľadnosť sú v zahraničnej literatúre uvádzané intervencie v štruktúre definovania východísk intervencie, popis intervencie a nástrojov v rámci intervencie a následne sú uvádzané príklady možných postupov v rámci konkrétnej intervencie pre sestru, ev. špecialistu, ktorý má kompetenciu pracovať podľa tejto koncepcie (Löhr, 2020, s. 52).



Obr. 2 Zdroje konfliktov (domény modelu Safewards)
www.health.vic.gov.au/safewards adaptované (Dubovcová, 2021, s. 24)

Kategorizácia jednotlivých intervencií je autormi rozdelená do nasledovných oblastí (uvádzané sú aj pôvodné termíny v anglickom jazyku, nakoľko pri terminologickom vymedzení aj z lingvistického hľadiska môžu nastať drobné rozdiely):

1. Ujasnenie vzájomných očakávaní (Clear Mutual Expectations)
2. Rešpektujúca komunikácia (Soft Words)
3. Deeskalácia (Talk Down)
4. Pozitívna komunikácia a ocenenie (Positive Words)

5. Zmierňovanie dopadu nepríjemných správ (Bad News Mitigation)
6. Vzájomné spoznávanie (Know Each Other)
7. Kruh vzájomnej pomoci (Mutual help Meeting)
8. Metódy upokojenia (Calm Down Methods)
9. Upokojuvanie situácie (Reassurance)
10. Odkazy pri prepustení (Discharge Messages)

Ujasnenie vzájomných očakávaní	Proces vyjasňovania vzájomných očakávaní medzi pacientami a medzi pacientami a personálom je založený na vzájomnom rešpekte a podpore. Na oddelení je zverejnený v podobe písomného výstupu, ktorý slúži personálu a návštevmám k objasneniu, ako to na oddelení prebieha. Ide o materiál, ktorý je k dispozícii v písomnej podobe, aby nedochádzalo k neuvedomovanému narúšaniu poriadku a vzájomných hraníc. Obsahuje zoznam dohodnutých pravidiel, ktorý vznikol zo spoločného stretnutia pacientov a personálu, a priebežne sa reviduje. Nejde o pravidlá stanovené IBA personálom.
Rešpektujúca komunikácia	Zásady pre ústretové riešenie vzájomných požiadaviek a potrieb pacienta s cieľom vytvoriť na oddelení „kultúru vyhovieň“. Zahŕňa tipy pre komunikáciu, ktoré sú vytlačené na malých posteroch a priebežne zverejňované v pracovni sestier. Model Safewards obahuje rozsiahle texty a názorné ukážky vhodného prístupu personálu.
Deeskalácia	Dodržiavanie zásad pre deeskaláciu spusteného konfliktu a plánovaný proces upokojuvania pacienta má 3 fázy. Poster, na ktorom sú zhrnuté princípy a postup, je umiestnený na pracovni sestier. Pracovník zodpovedný za tieto intervencie sa pravidelne venuje rozvoju deeskalačných zručností ostatných kolegov.
Pozitívna komunikácia a ocenenie	Pri odovzdávaní služieb personál dbá na to, aby sa o pacientoch nehovorilo len negatívne (poukazovaním na problémy). Malo by sa zmieňovať taktiež o pozitívnych prvkoch (čo sa pacientovi dnes podarilo atď.) K negatívnym komentárom by malo byť vždy doplnené psychologické vysvetlenie, prečo sa pacienta správal tak, ako sa správal.
Zmierňovanie dopadu nepríjemných správ	Personál si musí byť vedomý udalostí a správ, ktoré môžu u pacienta vyvolať podráždenie (napr. telefonické hovory s rodinou, nevítané správy od terapeutického tímu). V týchto situáciách musí byť personál pripravený pacienta proaktívne a vhodným spôsobom podporiť.
Vzájomné spoznávanie	Na oddelení je pacientom k dispozícii zložka s popisom členov personálu oddelenia (napr. sú tam uvádzané ich záľuby, záujmy, čo majú, nemajú radi atď.) Cieľom je podporiť osobný kontakt medzi pacientom a personálom a ponúknuť konverzačné témy k neformálnemu rozhovoru. Rovnako personál je vedený k tomu získavať od pacientov informácie osobnej povahy, ktoré môžu prispieť k tvorbe partnerského vzťahu.
Kruh vzájomnej pomoci	Dobrovoľné stretnutie pacientov a zamestnancov o tom, ako sa môžu pacienti navzájom podporovať. Stretnutie má štruktúrovanú agendu (kruh poďakovania, novinky, návrhy, žiadosti o pomoc a ponuky pomoci) smerujúce k dohodám o vzájomnej podpore. Cieľom je podpora svojpomoci na oddelení. Personál tak aktívne vedie pacientov k tomu, aby si

	navzájom pomáhali a doprevádzali sa na vychádzku, alebo si zahrali večer šach atď.)
Metódy upokojenia	Krabica rozptyľovacích a relaxačných pomôcok pre upokojenie v situácii rastúceho podráždenia (napr. antistresové loptičky, mp3 prehrávač s upokojujúcou hudbou, záťažová deka atď.) Cieľom je ponúknuť alternatívne možnosti k zníženiu napätia a využitiu pacientových zdrojov sebaovládania.
Upokojuvanie situácie	Prítomnosť personálu po konfliktnom incidente medzi pacientami na oddelení s cieľom ošetriť ich dotknuté emócie, poskytnúť vysvetlenie pre prebehnutý konflikt a obnoviť atmosféru pokoja a bezpečia. Personál musí venovať zvýšenú pozornosť pacientom, ktorí sú svedkami nepríjemných udalostí na oddelení (napr. sú svedkami prijímania nespokojného pacienta a nerozumejú priebehu udalosti). Personál musí byť dostupný pacientom a vhodným spôsobom im situáciu vysvetľovať.
Odkazy pri prepustení	Verejný priestor na oddelení (napr. nástenka) určený ku zdieľaniu pozitívnych odkazov od prepustených pacientov, ktorí tam uvádzajú pozitívne skúsenosti s pobytom na oddelení a dodávajú hospitalizovaným pacientom nádej.

Obr. 3 Safewards intervencie – 10 intervencií - príklady

Je treba povedať, že model Safewards ponúka určitú cestu, ako podporiť personál a pacientov oddelenia v tom, aby maximálne spolupracovali tak, aby ku konfliktom a následnému použitiu kontroly dochádzalo čo najmenej. Odporúčania pre implementáciu sady intervencií predstavujú zoznam detailne popísaných, odôvodnených a overených postupov v praxi. Autor modelu Bowers (2014) realizoval randomizovanú kontrolovanú štúdiu v 16 psychiatrických oddeleniach, kde sa potvrdil vplyv implementácie princípov modelu Safewards na výskyt konfliktov, ktoré sa zredukovali o 15%. Niektoré mimoeurópske krajiny zisťovali vplyv implementácie prvkov modelu Safewards na kvalitu poskytovanej starostlivosti v kontexte pracovnej spokojnosti sestier alebo ich potreby zvyšovať kvalifikáciu. Výsledkom týchto intervencií je zmena kultúry oddelenia, zmena správania personálu k pacientom, ktorá vedie k lepšiemu vzájomnému porozumeniu. Preto je dôležité, aby pracovníci pochopili a prijali to, že môžu ovplyvniť väčšinu postupov a interakcií, ktoré prebiehajú na oddelení (Fletcher et al., 2019). Zistenia viacerých autorov poukazujú v tomto prípade na skutočnosť, že výrazná potreba minimalizácie konfliktov, či redukovaného ale až eliminovaného využívania obmedzovacích prostriedkov, či reštriktívnych opatrení je odrazom potreby poskytovať kvalitnú, bezpečnú a riziká minimalizujúcu starostlivosť (Stensgaard et al., 2018; Lickiewicz et al. 2020; Baumgardt et al., 2019).

Záver

Prebiehajúce snahy o humanizáciu psychiatrickej starostlivosti podľa novovydanéj Koncepcie humanizácie stavia na multidisciplinárnej spolupráci a na väčšom zapájaní pacientov do procesu liečby. Snahou je odklon od paternalistického prístupu k partnerstvu a kladie sa väčší dôraz na oblasť ľudských práv. Vytvorenie modelu Safewards, ktorý zahŕňa účelné spektrum intervencií, ktoré majú významný dopad na vytvorenie pozitívnej atmosféry na psychiatrických oddeleniach a preukázateľne vedú k redukcii konfliktných situácií, je výsledkom konsenzuálnej spolupráce odborníkov v oblasti poskytovania psychiatrickej starostlivosti.

Model Safewards má preukázateľné benefity v starostlivosti o pacientov s duševným ochorením. Kľúčové prvky, domény a oblasti jeho pôsobenia by podľa záverov renomovaných autorov, ktorí realizovali proces implementácie niekoľko rokov podľa princípov EBM, mohli slúžiť ako námet na ďalšie skúmanie v kontexte koncepcie Humanizácie ústavnej zdravotnej starostlivosti v odbore psychiatria. Výrazným benefitom tohto modelu je, že stojí na multidisciplinárnej spolupráci, pomáha zlepšiť terapeutické prostredie, preukázateľne znižuje výskyt konfliktov a používanie obmedzovacích prostriedkov. Ide o prístup orientovaný na recovery (zotavenie), nie sú poplatky za licenciu a napokon nejde o investíciu, ale o zmenu prístupu k pacientom.

Zoznam bibliografických odkazov

BAUMGARDT, J., JÄCKEJ, D., HELBER-BÖHLEN, H., STIEHM, N., MORGENSTERN, K., VOLGT, A., SCHÖPPE, E., McCUTCHEON, A.K., LECCA, E.E.V, LÖHR, M., SCHULZ, M., BECHDOLF, A, WEINMANN, S. 2019. Preventing and reducing coercive measures – An evaluation of the implementation of the Safewards Model in two locked wards in Germany. In *Frontiers in Psychiatry*, 2019, vol.24,No.10,p.340.Dostupné na internete: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31178766/>

BOWERS, L. 2014. Safewards: a new model of conflict and containment of psychiatric wards. In *Journal of Mental Health Nursing*. 2014, Vol. 21, No. 6, pp. 499 - 508. Dostupné na internete: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24548312/>

BOWERS, L., ALEXANDER, D.J., BILGIN, H., BOTHA, M., DACK, C., JAMES, K., JARRETT, M., JEFFERY, D., NIJMAN, H., OWITI, J.A., PAPADOPOULOS, C., ROSS, J., WRIGHT, S., STEWART, D. 2014. Safewards: the empirical basis of the model and critical appraisal. *Journal of Mental Health Nursing*, 2014, Vol. 21, pp. 354 - 364. 2020

DUBOVCOVÁ, M. 2021. Bezpečnosť na psychiatrických pracoviskách - pohľad na nový model Safewards : Safety in psychiatric wards - view on new safewards model. In: *Posudzovanie nákaz a bezpečnosť pacientov v kontexte ošetrovatelstva*. - Ružomberok, VERBUM, 2021. - S. 61-68. - ISBN 978-80-561-0846-8

DUBOVCOVÁ, M. 2021. Safewards - model v psychiatrickej ošetrovateľskej praxi. 1.vyd., Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, 2021. 79 s. ISBN 978-80-8132-233-4.

FLETCHER, Justine et al. Outcomes of the Victorian Safewards trial in 13 wards: Impact on seclusion rates and fidelity measurement. *International journal of mental health nursing*, 2017, 26.5: 461–471.

FLETCHER, Justine et al. Safewards impact in inpatient mental health units in Victoria Australia: Staff perspectives. *Frontiers in psychiatry*, 2019, 10: 462.

LICKIEWICZ, J., ADAMCZYK, N., HUGHES, P.P., JAGIELSKI, P., STAWARZ, B., STUDZINSKA, M.M. 2020. Reducing aggression in psychiatric wards using Safewards. *Perspectives Psychiatric Care*, 2020; 1-6.

LÖHR, M., SCHULZ, M., NIENABER, A. 2020. Safewards Sicherheit durch Beziehung und Milieu. 2. ed. Psychiatrie Verlag : 2020, s. 153. ISBN 978-3-96605-048-7.

SAFEWARDS. 2013, *Talk Down*, Interventions, English. *Safewards* [online][cit. 15.02.2021]. Dostupné na internete: <http://www.safewards.net/interventions/talk-down>

Safewards - Polish Study. In *Perspectives Psychiatric Care*. 2020, Vol. 57, No. 1, pp. 50-55. Dostupné na internete:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/ppc.12523>

SCHAAF, van der P. S. et al. Impact of the physical environment of psychiatric wards on the use or seclusion. *The British Journal of Psychiatry*.

Feb 2013, 202 (2), s. 142–149, také [online, cit. 2. 6. 2020] dostupné z: <http://bjp.rcpsych.org/content/202/2/142.full-text.pdf+html>.

STENSGAARD., L., ANDERSEN., M.K., NORDENTOFT., M., HJORTHØJ, C. 2018. Implementation of the safewards model to reduce the use of coercive measures in adult psychiatric inpatient units: an interrupted time-series analysis. In *Journal of Psychiatric Research*. 2018, Vol. 105, pp. 147-152. Dostupné na internete: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.08.026>

STUDZINSKA, M.M.2020. Reducing aggression in psychiatric wards using Safewards. *Perspectives Psychiatric Care*, 2020; pp 1-6.

Vyhláška MZ SR 444/2019) o minimálnych požiadavkách na interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta

WACHTER R., 2008. Understanding patient safety. The McGraw-Hill Companies.

ŽALUDEK, A. 2018. Bezpečí prostředí jako důležitý atribut redukce sebvražedního jednání hospitalizovaných pacientů, 2018; 19 /1e): e3 - e11. *Psychiatrie pro praxi*.

ŽALUDEK, A. 2020. Management kvality a rizik psychiatrické péče. 1. vyd. Praha : Grada, 2020.ISBN 978-80-271-2275-2.

ETICKÉ ASPEKTY VYŠETRENIA TEHOTNEJ ŽENY

ETHICAL ASPECTS OF THE EXAMINATION OF A PREGNANT WOMAN

GULÁŠOVÁ Ivica¹, HRUŠKA Ján²

¹ Trnavská univerzita, Fakulta zdravotníctva sociálnej práce,
Katedra ošetrovateľstva, Trnava

² Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, Ružomberok

Abstrakt

Východiská: Ľudská dôstojnosť je hodnota, ktorá patrí každému človeku, je nedotknuteľná a je garanciou a východiskom všetkých ľudských práv. V gynekológii a pôrodníctve sa stretávame s problémami, ktoré majú okrem fyzického, psychického a sociálneho rozmeru aj rozmer duchovný.

Ciele: Poukázať na hodnotu ľudského života, ktorá má svoju hodnotu má aj v nedokonalosti. Analyzovať etické princípy, pravidlá podľa ktorých treba postupovať počas každej gynekologicko-pôrodnickej situácie, osobitne v náročných situáciách, ktoré sú eticky diskutabilné. Poukázať na dôležitosť komunikácie, načrtnúť možné prekážky v komunikácii zo strany lekára, sestry, alebo zo strany tehotnej ženy.

Metódy: Teoretická analýza a syntéza študovanej problematiky.

Výsledky: Základnou filozofiou pri vyšetrovaní tehotnej ženy by mala skutočnosť, že sa na plod alebo embryo zdravotnícky pracovník pozerá ako na „intrauterinného pacienta“, ktorý je v rovnocennom vzťahu s matkou, v hraničných prípadoch sa však má riadiť rozhodnutím tehotnej ženy či rodičovského páru.

Záver: Moderná gynekologicko-pôrodná starostlivosť je úzko spätá nielen s odbornosťou a vedeckým a technickým pokrokom, ale čoraz viac sa prelína s etikou, psychológiou, spája sa s psychologickým poradenstvom a má rešpektovať nielen medicínske, ale aj etické až teologické princípy.

Kľúčové slová: Etika. Etické princípy. Tehotná žena. Komunikácia. Dôstojnosť.

Abstract

Background: Human dignity is a value that belongs to every human being, is inviolable and is the guarantee and starting point of all human rights.

Objectives: To point out the value of human life, which has its value even in imperfections. Analyze ethical principles, rules to follow during any gynecological-obstetric situation, especially in difficult situations that are ethically debatable. To point out the importance of communication, to outline possible obstacles to communication on the part of the doctor, nurse, or on the part of the pregnant woman.

Methods: Theoretical analysis and synthesis of the studied issue.

Results: The basic philosophy in the investigation of a pregnant woman should be that the fetus or embryo is viewed by the health professional as an "intrauterine patient" who is in an equal relationship with the mother, but in borderline cases it should be guided by the decision of the pregnant woman or the parental couple.

Conclusion: Modern gynecological-obstetric care is closely linked not only to expertise and scientific and technical progress, but is increasingly intertwined with ethics, psychology, it is associated with psychological counseling and is supposed to respect not only medical, but also ethical and even theological principles.

Key words: Ethics. Ethical principles. Pregnant woman. Communication. Dignity.

Úvod

Medicína je úzko spätá s najvyššími hodnotami (život, zdravie). Pri väčšine etických rozhodnutí v medicínskej praxi, je kritériom ľudská dôstojnosť, ktorá sa týka napr. ochrany vzniknutého života i jeho predčasného a úmyselného ukončenia. Etika

v zdravotníctve stvárňuje osobnosť lekára a nelekárskych zdravotníckych pracovníkov v ponímaní svojho subjektu – pacienta, a vôbec človeka, ako aj seba samého, a dokonca reprezentuje i celú medicínu a zdravotníctvo v jeho najľudskejšom zmysle a obsahu (Javůrková, Raudenská, 2011). Ľudská dôstojnosť je hodnota, ktorá patrí každému človeku, je nedotknuteľná a je garanciou a východiskom všetkých ľudských práv (Brezinský, 2012).

Etika ako vedná disciplína sa zaoberá štúdiom morálky. V zásade ide o dva druhy správania sa, dobré a zlé. To znamená, že čo by človek mal robiť a čo by nemal robiť, čo je dobrý alebo zlý charakter, čo je cnosť alebo neresť. V klinickej praxi je potvrdená povinnosť podporovať a chrániť záujem pacienta (Heřmanová, 2012). Jednou z hlavných etických noriem všeobecne pri vyšetrowaní človeka je zachovanie jeho dôstojnosti. V praxi je základom vedieť rešpektovať rovnocennosť a uchovať si odborný a ľudský prístup k pacientovi. Kvalita je hodnotená nie len po materiálnej a technickej stránke, ale hlavne na základe ľudských hodnôt (Vácha, Königová, Mauer, 2012).

Medicínsky odbor gynekológia a pôrodnictvo je zameraný na prevenciu, diagnostiku, riešenie či liečenie gynekologických ochorení, ako aj prevenciu, včasnú diagnostiku a liečbu pôrodnických ochorení. Tieto môžu byť ku tehotnosti pridružené (napr. nádcha, chrípka...) alebo pre tehotnosť špecifické (t. j. vyvolané tehotnosťou, vyskytujúce sa iba v tehotnosti, napr. preeklampsia). V centre jeho pozornosti je žena v jednotlivých vývinových obdobiach jej života. Vychádzajúc zo skutočnosti, že žena plní množstvo sociálnych úloh a rolí v rodine, spoločnosti, na pracovisku, jej hlavná úloha a rola je rola matky. Z uvedeného je pochopiteľné, že gynekologické ochorenia majú okrem fyzického, psychického a sociálneho rozmeru aj rozmer duchovný. Niektoré z gynekologických ochorení sa riešia operačnou cestou a práve tieto často pre ženu predstavujú okrem iných negatívnych dopadov aj „stratu ženskosti“ čo býva príčinou narušenia jej psychickej stability.

Je dôležité, aby lekár – gynekológ – pôrodník a sestra dodržiavali etické princípy spojené aj s mlčanlivosťou ohľadne všetkých poskytnutých informácií zo strany tehotnej ženy a tiež s dodržaním intimity počas vyšetrenia tehotnej ženy.

Veľmi citlivou oblasťou je zachovanie dôverných informácií – mlčanlivosť v súvislosti s údajmi o tehotnej žene, ktoré sú intímneho charakteru. Osobitnú pozornosť treba venovať otázkam neplodnosti, abortom, pohlavným ochoreniam či antikoncepcie.

Zachovanie dôvernosti pred, počas a po diagnostických a liečebných výkonoch by malo byť samozrejmosťou. Jedná sa o veľmi citlivú záležitosť, ktorá vplýva nielen na psychiku tehotnej ženy, ale aj na priebeh (úspešnosť) diagnostického či liečebného výkonu. Pri vyšetrení tehotnej ženy by sa nemali intímne miesta ženy odhaľovať viac, ako je potrebné, tiež ak sú pri vyšetrení tehotnej ženy aj iné osoby (zdravotnícki pracovníci) bez súhlasu tehotnej ženy. V klinickej praxi sa môžeme stretnúť s tým, že vizita na gynekologicko-pôrodnickom oddelení prebieha za prítomnosti viacerých lekárov alebo zdravotníckych pracovníkov. Zvláštnu pozornosť v tejto oblasti si zasluhuje aj výučba budúcich lekárov, sestier pri posteli tehotnej ženy, ktorá predstavuje zvlášť citlivú problematiku etického postoja v tejto oblasti. Na jednej strane je potrebné vychovávať a vzdelávať budúcich zdravotníckych pracovníkov, na druhej strane je nevyhnutné dodržať všetky etické princípy so zameraním na dôstojnosť tehotnej ženy.

V 20. storočí sa zavádzaním nových diagnostických pôrodných metód znížila ako perinatálna, tak aj materská mortalita. Ľudský život má hodnotu aj v nedokonalosti! (Fobelová, et al., 2011). Týmto pravidlom sa riadime počas každej gynekologicko-pôrodnickej situácie, ale stretávame sa veľakrát aj so situáciami, ktoré sú eticky diskutabilné.

V odbornej literatúre, pri rôznorodosti existujúcich etických teórií, sa vyskytujú mnohé princípy, ktoré sa môžu od seba obsahovo líšiť podľa toho, z akej etickej koncepcie vychádzajú. Chceme upozorniť aj na skutočnosť, že práve spomenutá rôznorodosť etických teórií už na prvý pohľad komplikuje možnosť výberu vhodného princípu (princípov) pri riešení konkrétneho prípadu, špecifickej situácie v praxi (Kovaľová, 2004). Preto niektoré princípy sú formulované rôznym spôsobom, aj keď obsah majú podobný.

Princíp neškodnosti (nonmaleficencia) požaduje vylúčiť akékoľvek úmyselné i neúmyselné „poškodenie“ alebo ublíženie. Na gynekologicko – pôrodnom oddelení, či v ambulancii sú zdravotnícki pracovníci konfrontovaní pri rozlišovaní potenciálnej formy „škody“ v týchto rovinách: „škoda“ spôsobená „nekonaním“, t.j. neposkytnutím pomoci, tomu kto ju potrebuje (aj dôverný rozhovor), „škoda“ spôsobená nebanlivosťou, nezodpovednosťou alebo zlým úmyslom (napr. zo zisťujúcich dôvodov), „škoda“ spôsobená nesprávnym, nedôsledným, neprofesionálnym (nekvalifikovaným) konaním, „škoda“ spôsobená objektívne nevyhnutným (v danej situácii) konaním.

Princíp autonómie, ktorý potvrdzuje právo osobnosti na nezasahovanie do jej plánov a konania a povinnosť pre iných – neohraničovať jej autonómne rozhodnutie. Ak si v nejakej konkrétnej situácii požiadavky princípu autonómie odporujú, t.j. sú v rozpore s požiadavkami nejakého iného etického princípu, napr. princípu neškodiť, vzniká potreba porušiť jeden z nich. V našej praxi sa s uvedenou etickou dilemou stretávame pomerne často.

Princíp spravodlivosti sa v bioetike interpretuje približne takto: „každý musí dostať to, čo mu patrí“. Na rozdiel od vyššie uvedených princípov sa využíva predovšetkým v situáciách, kedy sa naše hodnotenie, riešenie a konanie nedotýka jednotlivca, ale rôznych ľudí, alebo sociálnych skupín (rómske tehotné ženy). Tak ako aj všetky predchádzajúce etické princípy nie je absolútny, ale relatívny, pôsobí ako *prima facie* princíp (Kovaľová, 2004).

V súčasnosti veda a technika prestáva byť len prostriedkom emancipácie človeka a ukazuje aj svoju druhú, nebezpečnú tvár. **Princíp zodpovednosti** predstavuje výzvu, aby sme si túto disproporciu medzi vedením, poznaním a konaním uvedomili. S rozvojom vedy, techniky, nových biotechnológií, biologických možností a pod. narastá do popredia aj praktické uplatňovanie **princípu bezpečnosti**.

Uvedené etické princípy v príspevku neskôr analyzujeme v základných povinnostiach gynekológa - pôrodníka z hľadiska etického prístupu k tehotnej žene.

Môžeme sa pokúsiť o priblíženie problematiky na nasledujúcich tézach:

1. Žiadne vyšetrenie v gravidite by nemalo byť povinné:

Odborný pohľad: ak vyšetrenie nie je povinné, vystavujeme tehotnú ženu vedomému riziku zanedbania starostlivosti, praktické následky vidno napr. na počtoch

nedonosených novorodencov vo východoslovenských rómskych komunitách, kde sa neodhalí hroziaci predčasný pôrod

Etický pohľad: pôrodnické vyšetrenie je veľmi intímne. Čo je teda lepšie – vyšetovať, či nevyšetovať?

2. Niektoré vyšetrenia vedú k odhaleniu vrodených vývojových chýb, ktoré sa nedajú liečiť, „ponúknutou „liečbou“ ktorou môže byť napr. umelé ukončenie tehotenstva.

odborný pohľad: niektoré vývojové chyby naozaj nie sú zlučiteľné s postnatálnym životom, napr. anencephalus.

Odborný pohľad: je morálne nútiť tehotnú donosiť dieťa, ktoré nemá šancu na život?

Etický pohľad: naopak, je morálne urobiť UUT (umelé ukončenie tehotenstva) v prípade postihnutia napr.. chromozómovými vadami v situácii, kedy nevieme presne odhadnúť rozsah budúceho postihnutia ?

Od okamihu oplodnenia, vzniká nový život, ktorý nie je otcov ani matkin, je to nová ľudská bytosť, ktorá sa vyvíja samostatne. Začína sa história jedného ľudského života. V tejto súvislosti nám vystupuje do popredia závažná etická dilema ktorú analyzovala v štyroch mravných postojoch Munzarová (2005):

- embryo (rovnako ako oplodnené vajíčko) má rovnakú hodnotu ako všetky ostatné ľudské bytosti a má teda právo na život,
- embryo má veľmi malú alebo takmer nulovú morálnu hodnotu a teda nie je potrebné zvažovať žiadnu jeho zvláštnu ochranu a ani nie je potrebné premýšľať nad tým, že má právo na život,
- nárok na práva a ochranu embrya počas vývoja narastá a dosahuje plnosti v čase životaschopnosti plodu,
- v priebehu vývoja plodu narastá nárok na jeho ochranu, plné práva však jedinec získava až po narodení.

V posledných rokoch na Slovensku klesol počet abortov a zvýšil sa počet žien, ktoré užívajú antikoncepciu. Podľa Kopeckej, Korcovej et al. (2008) problematika abortu vychádza z práva, že žena ako nositeľka života má právo rozhodnúť sa, či plod donosí, alebo nie. S rozhodnutím ženy nemusíme súhlasiť, ale rozhodne ako zdravotnícki pracovníci nemáme právo súdiť ju, ani svojim správaním dávať najavo, že to, ako sa rozhodla je pre nás neprijateľné. Zdravotnícki pracovníci by sa mali správať na profesionálnej úrovni, pretože za svoje rozhodnutia si zodpovedá tehotná žena sama a v konečnom dôsledku i znáša sama prípadné následky svojho rozhodnutia. Odporúčať však môžeme, aby sa poradila s partnerom, s rodinou. Treba si uvedomiť, že od zdravia ženy sa odvíja zdravie rodiny.

Medzi ďalšie aktuálne etické dilemy v gynekológii a pôrodníctve patria aborty, antikoncepcia, náhradné materstvo, oplodnenie v skúmavke, umelá inseminácia, kontrola pôrodnosti a sterilizácia, sterilizácia u mentálne znevýhodnených žien.

Prenatálna zdravotná starostlivosť, alebo lekárska starostlivosť počas tehotenstva sa opiera nielen o celkový zdravotný stav matky, priebeh tehotenstva, vývoj plodu, skriningové vyšetrenia, spoluprácu viacerých lekárskeho odborov ale najmä o informované rozhodnutie samotnej tehotnej ženy po konzultácii s lekárom (zákon 576/2004). Slobodné, dobrovoľné rozhodnutie ženy sa opiera o získané informácie zo strany zdravotníckeho pracovníka (účel, povaha, následky, riziká, možnosti voľby postupov, možnosti odmietnutia) (Vácha, Königová, Mauer, 2012).

Tehotenstvo trvá približne 280 dní, alebo 40 týždňov, hovoríme o 10 lunárnych mesiacoch:

- prvý trimester trvá od začiatku tehotnosti do začiatku 12. týždňa,
- druhý začína 12. -tým týždňom do konca 27. týždňa,
- tretí trvá od začiatku 28. týždňa do termínu pôrodu (Rob, Martan, Ventruba, 2019).

Medzi pravidelné vyšetrenia v tehotenskej poradni sa zisťujú a zapisujú:

- možné subjektívne ťažkosti (nevoľnosti, zápcha, bolesti chrbta, kŕčové žily),
- prípadný výskyt opuchov dolných končatín,
- sledovanie prírastku hmotnosti (celkový prírastok hmotnosti počas celej tehotnosti by nemal prekročiť 10 – 12 kg),
- krvný tlak (zaznamenávajú sa odchýlky od normy, vysoký i nízky tlak, v prípade zlých hodnôt je nevyhnutná liečba),
- v moči sa orientačnou metódou zisťuje prítomnosť bielkoviny (riziko preeklampsie) (Marešová, et al., 2021),
- v moči sa orientačnou metódou zisťuje prítomnosť cukru (môže signalizovať tehotenskú cukrovku) ,
- v moči sa orientačnou metódou zisťuje prítomnosť hnisu (infekcia močových ciest).

Ultrazvukové opakované vyšetrenia sú zamerané na:

- polohy, stav a rast plodu, jeho hmotnosť
- uloženie placenty, jej funkcie, zrelosť
- rýchlosť prietoku a o prietokový odpor krvi v pupočníkových cievach a v cievach fetálneho mozgu (vyšetrenie hovorí o zásobovaní plodu živinami a kyslíkom) (Marešová, et al., 2021).

Pri vyšetrení tehotnej ženy je dôležitá komunikácia, ktorá aby bola efektívna si vyžaduje dodržiavanie určitých etických princípov, ktoré sú dané kultúrou spoločnosti v ktorej žena žije. Napríklad v moslimských komunitách je dôraz kladený na skutočnosť, že moslimská žena nemôže byť pri vyšetrowaní s lekárom sama, prítomný musí byť jej manžel, švager, brat. Uprednostňuje sa, aby bola vyšetrená lekárkou. Vietnamské komunity majú svoje špecifiká v oblasti intímnej hygieny, vyšetrenia nakoľko vietnamské ženy sú veľmi hanblivé. V rómskych komunitách býva tradíciou, že na vyšetrenie sa dostavia viacerí členovia blízkej, či niekedy i vzdialenej rodiny.

Komunikácia v zdravotníckom prostredí má však svoje špecifiká, pretože nám vznikajú prekážky s ktorými musí počítať najmä zdravotnícky pracovník (Linhartová, 2007). Veľmi citlivá je najmä komunikácia medzi profesionálnym zdravotníkom – lekárom či sestrou a tehotnou ženou, ktorá si vyžaduje nie len empatiu a profesionalitu ale aj dodržiavanie etiky v komunikácii.

Základné etické princípy pre pôrodné asistentky revidoval a zverejnil Nursing and Midwifery Council (NMC, in circular 10/2008). Jeho obsahom sú jasne stanovené podmienky, ktoré sú nutné pri komunikácii s tehotnou ženou, aby bola zachovaná dôstojnosť, dôvera a pocit bezpečia tehotnej ženy.

Prekážky, ktoré sa môžu vyskytnúť, možno rozdeliť do štyroch základných oblastí:

- prekážky, ktoré vyplývajú z osobnosti lekára (gynekológa – pôrodníka) a sestry (odborné vedomosti, postoj, empatia),

- prekážky, vyplývajúce z osobnosti tehotnej ženy (úzkosť, strach, bolesť, emočná nálada, neznalosť jazyka – jazyková bariéra, kultúrna bariéra, psychická a sociálna bariéra,) (Linhartová, 2007),
- vonkajšie prekážky (prostredie, čas, organizácia práce na klinike, v poradni, v ambulancii, materiálno - technické vybavenie zdravotníckeho zariadenia),
- etické dilemy.

Podmienkou je teda dodržiavať všetky etické princípy a eliminovať prekážky v komunikácii (Szaniszló, 2021). Do úvahy je nutné brať aj faktory ako je vek, profesia, vzdelanie, hodnotový systém ženy, schopnosť sebakontroly, sebestačnosť, kultúrne a kultúrne tradície, rituály u ženy, výchovu, charakter práce, miesto bydliska, sociálne zázemie ženy, stav ženy, ekonomické možnosti ženy a podobne. Je potrebné zhodnotiť aj v diadickej komunikácii u oboch účastníkov či vedia, chcú a môžu komunikovať (Linhartová, 2007).

Základnou filozofiou pri vyšetrowaní tehotnej ženy by mala skutočnosť, že sa na plod alebo embryo zdravotnícky pracovník pozerá ako na „intrauterinného pacienta“, ktorý je v rovnocennom vzťahu s matkou (Munzarová, 2005). Žiaľ, dnes je skutočnosťou, že plod nemá prakticky žiadne práva a je v nerovnoprávnom postavení voči matke i spoločnosti. Vzájomný vzťah medzi „intrauterinným pacientom“, tehotnou ženou a spoločnosťou môže byť predmetom diskusií, pričom svojim myslením a konaním sa priamo alebo i podvedome do tohto vzťahu zapája aj lekár – gynekológ.

Základné povinnosti gynekológa - pôrodníka z hľadiska etického prístupu k tehotnej žene by mali byť zamerané na uvedené oblasti:

- poskytnúť tehotnej žene všetky potrebné informácie o možnosti dostupných vyšetrovacích metód (princíp spravodlivosti) (Šoltés, Pullmann, et al., 2008),
- oboznámiť tehotnú ženu s rôznymi možnými formami neinvazívnej a invazívnej vyšetrovacej diagnostiky (princíp neškodnosti),
- oboznámiť tehotnú ženu s existujúcou legislatívou v prípade požiadania o umelé prerušenie tehotnosti (UPT), pri pozitívnej prenatálnej diagnóze,
- oboznámiť tehotnú ženu so spôsobmi UPT, ktoré môžeme vykonať v prípade jej rozhodnutia požiadať o UPT,
- oboznámiť tehotnú ženu pri pozitívnom náleze o aký druh poškodenia plodu sa jedná a aké má perspektívy prežitia, prípadne kvality postnatálneho života (princíp zodpovednosti),
- zodpovedať adekvátnym spôsobom na všetky kladené otázky zo strany tehotnej ženy a jej rodiny bez náhlenia, v pokoji a s vyčerpaním všetkých dostupných možností (princíp spravodlivosti),
- vysvetliť tehotnej žene obsah pojmu informovaný súhlas,
- informovanosť lekára a praktické ovládanie zvýšeného počtu súčasných neinvazívnych a invazívnych diagnostických a vyšetrovacích postupov (princíp bezpečnosti),
- orientovanosť v súčasných dimenziách nových medicínskych vzťahoch: tehotná/ embryo (plod) lekár (princíp bezpečnosti),
- orientovanosť v súčasných dimenziách nových následných spoločenských vzťahoch: tehotná žena (lekár) konkrétna sociálna realita,
- pochopiť psychologický stav ženy v tehotnosti s pozitívnou genetickou záťažou so všetkými rodinnými súvislosťami (Faggioni, 2007),

- vedieť trpezlivo odpovedať a vysvetľovať na množstvo otázok kladených tehotnou ženou lekárovi, ktorý sa často práve nachádza v časovej tiesni,
- byť nachystaný na zodpovedanie veľkého množstva otázok často nepredvídaných a doteraz nepoznaných,
- vnútorné vyrovnanie sa lekára s niektorými invazívnymi diagnostickými postupmi.

Najčastejšia a najťažšia otázka tehotnej ženy lekárovi: *“Čo by ste mi odporučili, keby som bola Vaša manželka?”*

Odpoveď lekára musí byť vždy odosobnená, prísne individuálna a tehotná žena má byť poučená o tom, že povinnosťou lekára je oboznámiť ju so všetkými závažnými informáciami. Úlohou lekára nie je radiť, ale informovať a rozhodnutie je ponechané na pacientku!

Podľa autorov Fobelová et al. (2011) je možné tehotnej žene v situácii, kedy sa rozhoduje o prípadnom UUT, rešpektujúcej jej autonómne rozhodnutie a bez jej odsudzovania položiť nasledujúce myšlienky, otázky:

- deti uchránené bývajú neskôr veľmi milované,
- každé dieťa má svoje šťastie,
- čo by ste robila, keby ste bola „tým“ dieťaťom ?
- mám priateľa/priateľku, ktorý/á sa nemal/a narodiť, ale matka sa rozhodla ho/ju donosiť.

Keby sa bola rozhodla inak, nemal/a by som dnes priateľa/priateľku - teda rozhodnutie pre UUT môže znamenať, že niekedy v budúcnosti sa pre niekoho dôležitý človek jednoducho nenarodí.

Tehotná žena si musí tieto otázky odpovedať sama, odpovede jej neponúkame. Súčasne platný Zákon 74/86 Zb. v znení neskorších predpisov ukladá poskytovateľovi, aby od momentu diagnózy tehotenstva do momentu podpisu žiadosti o UPT uplynulo minimálne 24 hodín. Ak sa počas týchto 24 hodín rozhodne ísť na UPT, spravidla niet cesty späť, takáto žena má svoje dôvody a ďalšie otázky by už boli zasahovaním do jej osobnostnej integrity, autonómie.

Tehotnej žene nikdy UPT neodporúčame, v takomto prípade by sa jednalo o trestný čin! Národný program ochrany reprodukčného zdravia v SR - NPORZ, 2004 má jeden z cieľov zvyšovať schopnosť zdravotníckych pracovníkov, aby pri vyšetrovaní zodpovedne rešpektovali kultúrne, ako aj vekové špecifiká potrieb tehotnej ženy (NPORZ, 2004).

Pri vyšetrovaní tehotnej ženy by sa mal lekár gynekológ - pôrodník riadiť princípom dobročinnosti - lekár gynekológ - pôrodník je ostražitý za okolností, ktoré by mohli potencionálne poškodiť matku alebo plod, princípom rešpektu autonómie (nezávislosti) - lekár si uvedomuje, že pacientkine chápanie hodnôt môže presahovať to, čo sa dotýka jej zdravotného záujmu (náboženstvo, presvedčenie), tento princíp nedáva lekárovi právo zasahovať do oblasti mimo zdravotného záujmu pacientky, zaväzuje ho rešpektovať integritu pacientkiných hodnôt a viery, rešpektovať perspektívu jej záujmov a použiť iba také klinické stratégie, ktoré budú vykonané s jej súhlasom na základe procesu informovanej voľby.

Zdravotnícky pracovník v medicínskom odbore gynekológia – pôrodnictvo má povinnosti:

- primeraným spôsobom, primeranými informáciami informovať budúcu matku o jej stave a manažmente starostlivosti o ženu v prenatálnej poradni
- overiť si pochopenie poskytnutých informácií pacientkou
- ponechať rozhodnutie súvisiace s vyšetrovacím postupom na jej dobrovoľné rozhodnutie.

Záver

Moderná gynekologicko pôrodnická starostlivosť je úzko spätá nielen s odbornosťou a vedeckým a technickým pokrokom, ale čoraz viac sa prelína s etikou, psychológiou, spája sa s psychologickým poradenstvom a má rešpektovať nielen medicínske, ale aj etické až teologické princípy. Komunikácia s ženou, či tehotnou ženou má osobitosti a musí byť obsažná, informatívna, pritom však citlivá, pomáhajúca a neodsudzujúca.

Osobitne náročná je komunikácia s tehotnými ženami či rodičovským páromi v prípadoch prenatálne diagnostikovaného postihnutia plodu. Komunikácia v takejto situácii má byť zásadne nedirektívna, nikdy tehotnej neodporúčame UPT ako jediné riešenie, žiadosť o prípadné UUT musí byť výsledkom autonómneho rozhodnutia tehotnej ženy.

Zoznam bibliografických odkazov

FAGGIONI, M., P. *Život v našich rukách. Manuál teologickej bioetiky*. Spišská Kapitula – Spišské podhradie: Nadácia Kňazského seminára biskupa Jána Vojašáka, 2007.331s., ISBN 978-80-89170-25-8

FOBELOVÁ, D. et al. *Aplikovaná etika a profesionálna prax*. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela, Fakulta humanitných vied, 2011, s. 116–122. ISBN 978-80-557-0217-9

HEŘMANOVÁ, J. et al. *Etika v ošetrovateľskej praxi*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3469-9

KOPECKÁ, K., KORCOVÁ, M. et al. *Zdravotnícka etika*. Martin: Osveta. 2008.119s., ISBN 978-80-8063-276-2

KOVALOVÁ, D. *Aplikované etiky II. Bioetika a medicínska etika*. Univerzita Mateja Bela v Banskej Bystrici, 2004, 78s., ISBN 80-8055-996-1

LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. Praha: Grada Avicenum, 2007.152s., ISBN 978-80-247-1784-5

MAREŠOVÁ, P. et al. *Moderní postupy v gynekologii a porodnictví*. Praha: Maxdorf Jesenius, 2021. 768s., ISBN 978-80-73457-709-9

MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A po Z*. Praha: Grada Avicenum. 2005, 153s., ISBN 80-247-1024-2

RAUDENSKÁ, J., JAVŮRKOVÁ, A. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2223-8

ROB,L., MARTAN, A., VENTRUBA, P. *Gynekologie*. 3. vydání. Praha: Galén. 356s., ISBN 978-80-7492-426-2

ŠOLTÉS, L., PULLAMNN, R. et al. *Vybrané kapitoly z medicínskej etiky*. Martin: Osveta. 2008, 256s., ISBN 978-80-8063-287-8

SZANISZLÓ, I., M., V. *Bioetika a medicína*. Európsky inštitút ďalšieho vzdelávania, Pohdájka. 2021. 233s., ISBN 978-80-89926-15-2

VÁCHA, M., KÖNIGOVÁ, R. a MAUER, M. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál, 2012, s. 15–24. ISBN 978-80-7367-780-0.

VPLYV STRESU NA PÔROD

THE IMPACT OF STRESS ON CHILDBIRTH

GULÁŠOVÁ Ivica¹, HRUŠKA Ján²

¹ Trnavská univerzita, Fakulta zdravotníctva sociálnej práce,
Katedra ošetrovateľstva, Trnava

² Katolícka univerzita v Ružomberku, fakulta zdravotníctva, Ružomberok

Abstrakt

Východiská: Vplyv stresu na prežívanie tehotnej a rodiacej ženy na celkový priebeh pôrodu.

Ciele: Analyzovať možnosti eliminácie stresových faktorov ktoré negatívne ovplyvňujú pôrod, poukázať na význam psychoprofylaktickej prípravy na pôrod, význam návštev poradní pre tehotné ženy, kurzov a podobne, ktorých spoločným cieľom je plánovaná príprava na pôrod, zahrňujúca psychofyzickú prípravu so zameraním na elimináciu bolesti a možných komplikácií pri pôrode, poukázať na možnosti Duly, jej skúsenosti z historickej tradície a pozitívny vplyv muzikoterapie počas pôrodu.

Metódy: Teoretická analýza a syntéza študovanej problematiky.

Výsledky: Okrem psychickej a psychologickej intervencii by komplexná zdravotná starostlivosť mala zahrňovať aj všetky možné, dostupné preventívne opatrenia, opakovanú podporu normálneho pôrodu, zároveň zisťovanie možností komplikácii u tehotnej ženy a plodu, sprostredkovanie prístupu k lekárskej a ošetrovateľskej starostlivosti alebo inej vhodnej, potrebnej pomoci a včasná realizácia nevyhnutných opatrení pri mimoriadnej, naliehavej situácii. Celá starostlivosť by mala smerovať k jednému cieľu: aby tehotná žena nadobudla pocit, vedomie že je v tých najlepších rukách a bude o ňu a jej novorodenca (dieťa) dobre postarané. Táto jej vnútorná viera predstavuje jeden z dôležitých faktorov, ktoré sa podieľajú na eliminácii stresu u tehotných žien.

Záver: Psychika ženy počas pôrodu podľa nášho názoru zohráva veľmi dôležitú úlohu pri bezproblémovom zvládnutí pôrodu, je akoby „súčasťou pôrodu“.

Kľúčové slová: Pôrod. Stresové faktory. Strach. Psychoprofylaktická príprava na pôrod.

Abstract

Background: The impact of stress on the survival of a pregnant and giving birth woman on the overall course of childbirth.

Objectives: To analyze the possibilities of eliminating stress factors that negatively affect childbirth, to point out the importance of psychoprophylactic preparation for childbirth, the importance of visits to counseling centers for pregnant women, courses and the like, the common goal of which is planned preparation for childbirth, involving psychophysical preparation with a focus on eliminating pain and possible complications during childbirth, to point out the possibilities of the Dula, her experience from the historical tradition and the positive impact of music therapy during childbirth.

Methods: Theoretical analysis and synthesis of the studied issue. Results: In addition to psychological and psychological intervention, comprehensive health care should also include all possible, available preventive measures, repeated support for normal childbirth, at the same time identifying the possibility of complications in the pregnant woman and the fetus, facilitating access to medical and nursing care or other appropriate, necessary assistance, and timely implementation of necessary measures in an emergency, urgent situation. All care should be directed towards one goal: so that the pregnant woman gets the feeling, the knowledge that she is in the best hands and will be well cared for and her newborn (baby).

This inner faith of hers represents one of the important factors involved in eliminating stress in pregnant women.

Conclusion: The psyche of a woman during childbirth, in our opinion, plays a very important role in the smooth management of childbirth, being as if "part of childbirth".

Keywords: Childbirth. Stress factors. Fear. Psychoprophylactic preparation for childbirth.

Úvod

Životný obzor u ženy je iný ako u muža a najvýraznejšie sa to prejavuje počas tehotenstva. Názory spoločnosti na tehotenstvo sa zmenili v priebehu rokov niekoľkokrát, samozrejme i názory medicíny. Tehotnosť bola v minulosti skrášľovaná, prehnane idealizovaná, na druhej strane je spájaná so strachom pred očakávanými pôrodnými bolesťami. Pôrod sám bol chápaný ako „fyziologická nemoc“. Búrlivý vývoj lekárskej vedy a uplatňovanie psychologických aspektov v komplexnej starostlivosti o tehotnú ženu si však vyžadujú oveľa presnejšie, individuálne posudzovanie tejto problematiky. Ako prebieha tehotenstvo? Telesné prejavy sú všeobecne známe. Tehotenstvo však predstavuje pre ženu takmer vždy obdobie zvláštnej psychickej náchylnosti a možno ho označiť za krízovú situáciu. Viest' tehotnú ženu na jej ceste k materstvu je veľmi vážna a zodpovedná úloha.

Slovo stres je dnes a denne skloňované vo všetkých pádoch a používané v súvislosti s najmenšou záťažou, ktorá človeka stretne. Nepredpokladáme, že v minulosti žili ľudia bezstarostný život, ale dnešná doba kladie na každého z nás stále väčšie požiadavky, špeciálne na tehotné ženy ktorých čaká pôrod. Občas premýšľame nad tým, čo asi museli prežívať naše staré mamy pri pôrode, keď nepoznali žiadne utišujúce prostriedky. Ženy v minulosti rodili prevažne doma, ale výnimočné neboli ani pôrody na poli bez akejkoľvek pomoci. Pri pôrode boli prítomné zväčša pôrodná baba, matka, sestra či svokra. Aby dieťa v poriadku prišlo na svet, rodičke rozplietli vlasy, rozviazali všetky uzly na odeve, sňali obrúčku a odomkli truhlicu. Pri ťažkom pôrode masírovali ženu masťami, dávali jej piť odvary na urýchlenie pôrodu, okiadzali ju žeravými uhlíkmi a naparovali, opierala sa chrbtom o pec, dávali jej dvíhať alebo ťahať ťažké predmety. Muž dvíhal ženu na rukách, prekračoval ju a oblieval vodou z úst, aby tak prevzal na seba časť pôrodných bolestí, a tým uľahčil jej utrpenie (Pollák, 1968).

Rodiť v minulosti nebolo vôbec jednoduché, mnoho rodičiek i novorodencov prišlo o život. Súčasná gynekológia i pôrodníctvo a s nimi súvisiaca hygiena sú našťastie už niekde inde a potrebné vyšetrenia v tehotenstve dokážu včas odhaliť rôzne problémy, pri samotnom pôrode je možné utlmiť bolesti. Lekári sa snažia eliminovať aj rozsah pôrodných poranení, ktorým boli ženy vystavené hlavne pri spontánnom pôrode mimo domova.

Pôrod z hľadiska psychiky ženy a jej prípravy na pôrod, prijatia role ako rodičky a pomoc zdravotníckych pracovníkov prináša mnohé úlohy, poslania a výzvy jednak pre zdravotníckych pracovníkov, jednak pre tehotnú ženu – rodičku. Môžeme si položiť otázku „do akej miery je prístup k tehotným, rodiacim ženám významný pri poskytovaní komplexnej zdravotnej starostlivosti a podpory“? Prístup zdravotníckych pracovníkov pri poskytovaní komplexnej starostlivosti v pred a počas pôrodu môžu výrazne znížiť úroveň strachu a stresu pri pôrode.

Stres, definovaný ako súhrn fyzických a duševných reakcií na neprijateľný pomer medzi skutočnými alebo predstavovanými osobnými skúsenosťami a očakávaním. Je to stav organizmu, ktorý je všeobecnou reakciou na akúkoľvek výrazne pôsobiacu záťaž – fyzickú alebo psychickú (Kelnarová, Matějková, 2019). Pri strese sa uplatňujú obranné mechanizmy, ktoré umožňujú organizmu, aby prežil v nebezpečných situáciách. Stresová reakcia je však závislá od genetických predispozícií, osobnostných vlastností (úzkosť, neurotizmus, optimizmus), predchádzajúcich

skúseností, psychosociálnej podpory, od intenzity, charakteru a dĺžky pôsobenia stresu (Linhartová, 2007). V neurofyziológii sa dnes stresom rozumie reakcia organizmu na určitý podnet (možný stresor). Stresory môžu byť spôsobené najrôznejšími vplyvmi: fyzikálne (teplo, chlad, toxické vplyvy a pod.), ale aj psychické vplyvy (Kelnarová, Matějková, 2019). Tehotné ženy môžu automaticky (podvedome) prenášať svoj stres na plod, no môžu sa však tiež naučiť sprostredkovať mu zdravé emócie, a dokonca i zabrániť predčasnému pôrodu či zastaviť napríklad progresiu preeklampsie (Brenišin et al., 2021).

Stres v tehotenstve

Aktuálnou otázkou dnes je, či strach, ktorý vyúsťuje do stresu v tehotenstve vedie k problémom pri pôrode. Odpoveď je: Áno, stres v tehotenstve, ako to potvrdzujú viaceré štúdie, vedie ku komplikáciám pri pôrode (Slezáková et al., 2019). Otázkou zostáva, prečo stres k problémom vedie a ako?

Pre tehotnú ženu je mimoriadne priaznivé, keď sa môže so svojimi pochybnosťami, obavami a starosťami zveriť niekomu kompetentnému, odborníkovi. Preto je nevyhnutné odpovedať na úzkostlivé otázky tehotnej ženy, či je vôbec schopná priviesť na svet dieťa, či sa bude vedieť oň postarať a vychovávať ho. Zvlášť starostlivo treba vážiť každé slovo, ktoré má nejaký vzťah k nastávajúcemu pôrodu. Môže sa stať, že nezrozumiteľné výrazy alebo označenia, ako napríklad „komplikovaný pôrod“, často zosilňujú už i tak dosť citeľný strach (Gulášová, 2008). Strach u tehotnej ženy narastá s jej pocitom zodpovednosti. V tomto smere prenatálna poradňa musí zabezpečiť a splniť neodmysliteľnú úlohu aj v oblasti psychosociálnej prípravy tehotnej ženy na samotný priebeh tehotenstva, pôrodu a starostlivosti o ženu – matku a novorodenca. Starostlivý prístup zo strany zdravotníckych pracovníkov a psychosociálna edukácia uľahčí tehotnej žene tehotenstvo i pôrod.

Hlavnou úlohou psychoprofylaktickej prípravy je poskytnutie informácií o priebehu tehotenstva a pôrodu. Predpokladá sa, že včas a vyčerpávajúco informovaná tehotná žena bude mať nižšiu úroveň strachu, obáv a celkového stresu, ako nedostatočne alebo vôbec neinformovaná tehotná žena (Raudenská, Javůrková, 2011). Príčinou strachu býva jednak nepoznanie pôrodného procesu, zastarané vžitie názory o bolesti pri pôrode, zvýšená psychická labilita osobnosti ženy počas tehotenstva, strach z očakávaného pôrodu, ako aj strach o novorodenca (dieťa). Neistota a strach spôsobujú zvýšené vnímanie bolesti priamym pôsobením na centrum bolesti a znižovaním prahu jeho vnímanosti. Strach a stres môžu vyvolať kontrakcie ciev, ktoré následne vyvolávajú hypoxické bolesti najmä v svalovine maternice a spazmy panvového dna (Brenišin et al., 2021). Preto, ak sa zdravotníckym pracovníkom podarí eliminovať napätie v psychickej oblasti, podarí sa odstrániť aj zbytočné napätie svalov, čo vedie k nežiadúcemu pociťovaniu bolesti na najvyššej stupnici merania bolesti.

Nacvičovanie celkového uvoľnenia svalstva i mysle (psychiky) je súčasťou psychoprofylaktickej prípravy na pôrod. Súčasťou psychofyzickej prípravy na pôrod je pripraviť tehotnú ženu nielen po teoretickej stránke, ale hlavne po praktickej stránke nácvikom správneho dýchania, panvovej gymnastiky, účinného tlačenia a relaxácie v jednotlivých fázach pôrodu a tým u nej eliminovať strach, úzkosť a obavy (Gulášová, 2008).

Podľa štúdií je stres u tehotnej ženy spojený s komplikáciami počas pôrodu, ako vakuumextrakcia, kliešte (v súčasnej dobe prebieha diskusia o úlohe pôrodných

klieští v modernom pôrodníctve, o ich mieste a možnostiach moderného pôrodníka) (Dvořáková, 2015), akútny cisársky rez s narkózou, epidurálna anestézia, predčasný pôrod, pôrodné poranenia hrádze (ruptúra hrádze, nastrihnutie hrádze) (Gornerová, Smrčková, 2015) ako aj intenzívnu starostlivosť zdravotníckych pracovníkov.

Osobitnú pozornosť je potrebné venovať tehotným ženám s obezitou, u ktorých je už samotný priebeh tehotenstva ohrozený hypertenziou, gestačným diabetes mellitus, infekciou močových ciest, vznikom varixov ale i cholecystolithiázy a pľúcnej embólie. Obezita komplikuje aj samotný priebeh pôrodu. Plodu hrozí vyššia pôrodná hmotnosť, vrodené vady, úmrtie novorodenca i riziko syndrómu náhleho úmrtia novorodenca, kojenca, riziko vzniku diabetes mellitus a samotná obezita dieťaťa (Fait, Dvořák, Skřivánek, et al. 2009). Medzi najčastejšie príčiny vyvolávajúce stres u tehotných žien s obezitou sú otázky, ktoré si kladú, ktoré kladú zdravotníckym pracovníkom napríklad: „narodí sa mi zdravé dieťa?, neohrozí to termín pôrodu – predčasný, alebo pôrod po termíne?, nebude pôrod trvať príliš dlho?, nebude potrebné mi podať epidurálnu analgéziu a oxytocín?, nebudem vystavená menšej šanci rodiť spontánne (vaginálny pôrod)? nehrozí mi vyššie riziko inštrumentálneho pôrodu?, nehrozí mi cisársky rez?, nehrozí mi trombóza po cisárskom reze, ? a ďalšie otázky, ktoré môžu u tehotnej ženy s obezitou „generovať“ stres.

Táto skupina tehotných žien je poučená lekárom a pôrodnou asistentkou (sestrou) o uvedených potenciálnych rizikách, ktoré môžu u tehotnej ženy s obezitou „naštartovať“ strach, obavy a následný stres. Ak si uvedomíme súčasné možnosti využívania informačných sietí, ktoré neraz poskytujú zavádzajúce informácie, tak eliminácia strachu a stresu predstavuje náročnú úlohu pre všetkých zainteresovaných zdravotníckych pracovníkov. Okrem psychickej a psychologickej intervencie by komplexná zdravotná starostlivosť mala zahŕňať aj všetky možné, dostupné preventívne opatrenia, opakovanú podporu normálneho pôrodu, zároveň zisťovanie možností komplikácií u tehotnej ženy a plodu, sprostredkovanie prístupu k lekárskej a ošetrovateľskej starostlivosti alebo inej vhodnej, potrebnej pomoci a včasná realizácia nevyhnutných opatrení pri mimoriadnej, naliehavej situácii. Celá starostlivosť by mala smerovať k jednému cieľu: aby tehotná žena nadobudla pocit, vedomie, že je v tých najlepších rukách a bude o ňu a jej novorodenca (dieťa) dobre postarané. Táto jej vnútorná viera predstavuje jeden z dôležitých faktorov, ktoré sa podieľajú na eliminácii stresu u tehotných žien.

Vplyv stresu na pôrod

Každá tehotná žena má unikátnu osobnú, rodinnú a kultúrnu minulosť, ktorá výrazne ovplyvňuje priebeh jej pôrodu. V rôznych kultúrach je pôrod vnímaný ako rôzne zložitý proces. Ľahký pôrod môže byť v niektorých rodinách tradíciou. Naopak pokiaľ žena vie, že bola porodená kliešťovým pôrodom, tu môžeme očakávať, že i jej vlastný pôrod bude komplikovaný. Žena prináša do pôrodu celú svoju životnú skúsenosť, ktorá siaha späť až do jej vlastného detstva a pôrodu (Marešová, et al., 2021). Často existuje súvislosť medzi tým, ako sa narodila sama a akým spôsobom privedie na svet vlastné dieťa. Ďalej majú vplyv na prežívanie pôrodu každodenné zvyky a psychické postoje u tehotnej ženy. Tehotné ženy, ktoré pravidelne cvičia, sú na pôrod pripravené lepšie, ako tie ktoré vedú pasívny, sedavý spôsob života. Tehotné ženy, ktoré nie sú vystavené veľkému stresu, prístupujú k pôrodu v lepšej kondícii.

Niektoré z možností znižovania stresových faktorov ktoré ovplyvňujú pôrod

Príprava na pôrod

Pôrod predstavuje významnú udalosť v živote ženy. Preto v rámci poskytovania starostlivosti ženám pri pôrode je potrebné zamerať sa nielen na medicínsky, ale aj psychosociálny screening, v ktorom budú zohľadnené sociodemografické ukazovatele ako sú vek, rodinný stav, vzdelanie, životné návyky a životný štýl. Najmä druhá polovica tretieho trimestra je charakterizovaná výraznými telesnými zmenami a zmenou pocitu „som tehotná“ k pocitu „stávam sa matkou.“ Tehotná žena má zvýšenú potrebu porozumenia, lásky a podpory zo strany príbuzných. Nedostatok psychosociálneho a emocionálneho prispôsobenia, sociálnej pomoci a podpory, bezpečných vzťahov, diskriminácie, príznaky depresie a úzkosti predstavujú rizikové faktory, ktoré sú spájané s predčasným pôrodom (Marešová, et al., 2021).

Informovanosť pred pôrodom a počas pôrodného procesu je veľmi dôležitá. Na zamyslenie uvedieme, že zvieratá sa nad pôrodom nezamýšľajú a predsa vedia ako na to... Neobmedzuje ich strach z toho, čo všetko sa môže stať. Nečítajú priveľa kníh, neorganizujú, nemyslia! Myslenie, respektíve činnosť šedej kôry mozgovej je pre, rodiace ženy, v podstate veľkým handicapom. Nie je preto dôležité, aby sme prečítali všetky knihy, ale aby ženy verili vlastnému telu, sile a dokonalosti prírody. Každá žena je iná. Niektorá potrebuje viac informácií, iná menej a iná proste intuitívne verí svojmu telu, schopnostiam.

Psychofyzická príprava

Slovo **psychoprofylaxia** má grécky pôvod a v doslovnom lekárskom preklade znamená súhrn liečebných a výchovných opatrení, metód, zásad a poučení na zmiernenie priebehu chorôb a ťažkých psychických stavov. Toto slovo sa spája s pôrodom z jedného veľmi dôležitého dôvodu, a to preto, že pôrod je spojený s bolesťou, ktorá vyvoláva skoro u každého človeka (nielen tehotnej ženy) **strach** a obavy. Keď je strach u rodičky veľmi veľký, dokáže sa správať nepredvídane, ba až zmätene, čo niekedy môže vyvolávať pocit, že na chvíľu stráca nad sebou kontrolu. Aby k takému nekontrolovanému správaniu nedochádzalo, je dobré ak sa tehotná žena ešte pred pôrodom oboznámi, s jeho priebehom, možnými prekážkami, a tak sa vopred pripravila na túto situáciu. Na to, aby pôrod mohol začať, dochádza vyplavovaniu hormónov, a práve strach dokáže tento dôležitý dej spomaliť, prípadne úplne zastaviť, a tým zablockovať proces pôrodu (Brenišin, et al., 2021). Preto je veľmi dôležité, aby tehotná žena bola v psychickej pohode, bez zbytočného strachu a obáv.

Jednou z príprav na pôrod môže byť absolvovanie kurzu predpôrodnej prípravy – psychoprofylaktickej prípravy na pôrod. Zmeny v psychike, od eufórie až po depresie, spôsobujú prehnané reakcie a obavy o priebeh pôrodu, zdravie novorodenca a následnú starostlivosť o neho. Z toho vyplývajú pocity úzkosti, plač, aj preto, že sa tehotná žena na dieťa teší a tehotenstvo vníma pozitívne. Tieto obavy sa môžu eliminovať, zmierniť prípravou v špecializovaných kurzoch. Tehotná žena sa tu dozvie, čo ju čaká, môže sa pýtať a tiež zdieľať svoje pocity s ostatnými tehotnými ženami v skupinovom sedení. Často sa tak veľa problémov vyrieši a úroveň stresu sa začne eliminovať. Spolu s uvedeným kurzom môže byť aj cvičenie pre tehotné ženy pod vedením pôrodnej asistentky, ktorá ženám tiež poskytuje odborné rady a v prípade potreby aj súkromný rozhovor. Pôrod býva tak vďaka dobrej kondícii väčšinou kratší a ľahší.

Otec pri pôrode

Prítomnosť otca (partnera) pri pôrode môže mať pozitívny vplyv nielen na bezprostredný priebeh pôrodu, ale aj na samotný vzťah partnerov a vzťah otca k novorodencovi – dieťaťu. Najčastejšie býva partnerom pri pôrode otec (manžel, druh, priateľ), ale nevylučuje sa, aby túto rolu zastávala matka či priateľka tehotnej (rodiacej) ženy. V zahraničí je táto prax bežná už niekoľko desaťročí, už v minulom storočí. Na Slovensku sa ešte začiatkom 90. rokov minulého storočia viedli spory o tom, či je otec na pôrodnej sále nápomocný, alebo skôr záťažou pre zdravotnícky personál. Dnes už je situácia iná a väčšina pôrodníc víta otca ako partnera pri pôrode. Dôvodov, prečo chce mať tehotná žena – rodička pri pôrode partnera, je niekoľko. Ako prvý môžeme uviesť podporu, ktorú jej môže jej životný partner poskytnúť.

Nestačí iba jeho fyzická prítomnosť, dôležité je, aby zaistil rodiacej žene telesné pohodlie a citovú podporu. Tiež skutočnosť, že rodiaca žena sa môže na pôrodnej sále osamelo a tento pocit by mal eliminovať práve jej partner, ktorý je prítomný pri pôrode. Dôvodom je tiež aj to, že čím horšie sa človek cíti po telesnej alebo psychickej stránke, tým viac hľadá istotu a oporu u druhých – hlavne u najbližších osôb. To, čo tehotná žena očakáva od svojho partnera pri pôrode, závisí od jej psychického prežívania, správania a aktuálneho telesného i psychického stavu. Ak partner cielene pomáha manželke ovládať bolesť, tak rodiaca žena zriedkavejšie prežíva panický strach, únavu a pocit neznesiteľnej bolesti (Gulášová, 2008).

Partner by sa mal oboznámiť so základnou fyziológiou pôrodu, podporovať tehotnú partnerku aj v dodržiavaní zdravého životného štýlu, životosprávy a pomôcť jej tak pripraviť sa na samotný pôrod a na príchod novorodenca – dieťaťa. Budúci rodičia by mali spoločne navštíviť gynekológa – pôrodníka alebo pôrodnú asistentku (sestru), ktorí sa o tehotnú ženu starajú, podobne sa odporúča aby spolu išli navštíviť pôrodnicu (pozrieť si kliniku, oddelenie) v ktorej bude partnerka rodiť.

Duly

V minulosti rodičku počas tehotenstva počas, aj po pôrode sprevádzali blízke, skúsené ženy. Pocit ženskej súdržnosti a vzájomného pochopenia dodával tehotnej žene odvahu rodiť a starať sa s láskou o svoje deti. Svet sa mení, generácie žien už nebývajú v jednej spoločnej domácnosti alebo komunite, kde by si skúsenosti mohli ďalej poskytovať, odovzdávať či vymieňať. Tehotné ženy však i naďalej potrebujú niekoho, kto im poradí, ukáže cestu, otvorí náruč a dodá odvahu i pocit bezpečia v tomto období ich života. Na túto tradíciu dnes nadväzujú duly. **„Dula“ je starý grécky názov, označujúci špeciálne vyškolenú ženu, ktorá poskytuje starostlivosť ženám počas tehotenstva, pôrodu, šestonedelia a dojčenia** (Harenberg, 1992). Ťažisko práce duly je počas pôrodu ženy, ktorú sprevádza do pôrodnice (v iných štátoch i doma alebo v pôrodnom dome).

Dula sa snaží ponúknuť rodičke nepretržitú psychickú a fyzickú podporu a hľadá prostriedky, ako jej pôrod uľahčiť, zmierniť stres a pôrodné bolesti. Ak je pri pôrode prítomný aj partner, jej starostlivosť sa sčasti zameria aj na neho.

Vplyv hudby pri pôrode

Použitie relaxačnej hudby má pozitívny vplyv na elimináciu stresu a pôrodných bolestí u rodiacej ženy – pri pôrode. V niektorých pôrodniciach sa už aplikuje muzikoterapia priamo na pôrodných sálach.

Záver

Psychika ženy počas pôrodu podľa nášho názoru zohráva veľmi dôležitú úlohu pri bezproblémovom zvládnutí pôrodu, je akoby „súčasťou pôrodu“. Bolesť pri kontrakciách a strach z fyzického alebo mentálneho poškodenia novorodenca predstavuje ďalší stresový faktor u rodiacej ženy. Podobne stresovým faktorom môže byť aj to, že žena bude slobodnou matkou, alebo sa dieťa narodí do čerstvo rozvedenej, neúplnej alebo inak nefunkčnej rodiny, čo je veľkou záťažou aj pre ženu netehotnú. Na zvládnutie tehotenstva a následne ďalšej starostlivosti o novorodenca potrebuje žena veľa síl a podporu blízkych, podporu rodiny. Ďalšou rizikovou skupinou sú tehotné ženy, ktoré rodili predčasne a nečakane, v zlých životných situáciách, v zlých sociálnych podmienkach, so starosťami, s nevyjasnenými otázkami ako to všetko zvládnu, ako sa s tým vyrovnajú.

Pôrod aj keď sa jedná o fyziologickú záležitosť (pokiaľ nie je rizikové tehotenstvo, resp. iné komplikácie) je stresový, ale veľa záleží na osobnosti ženy a jej vnútornej sily, podpory rodiny. Slobodná matka v čase pôrodu, ako aj permanentná neprítomnosť otca sa považuje za významné prediktory, ktoré zvyšujú vulnerabilitu pre neskoršiu kriminalitu a narušené manželstvá (Marešová, et al., 2021). V niektorých prípadoch je potrebná intervencia klinického psychológa či sociálneho pracovníka. Poskytovanie citlivej efektívnej starostlivosti, dostupnej sociálnej, emocionálnej a inštrumentálnej pomoci je závislé na kvalitných a dobrých interpersonálnych vzťahov, ktoré si môžu vzájomne vybudovať lekár, sestra s tehotnou ženou.

Čo teda očakávajú tehotné ženy od podpornej osoby? Zodpovednosť, vzájomné spojenie a spoločné zdieľanie skúsenosti, akou je narodenie dieťaťa. Zbaviť sa fyzických a emocionálnych zábran, získať dôveru v seba a chápať tehotenstvo a pôrod, ako niečo prirodzené. Výsledným faktorom je zvýšená schopnosť tehotných žien vyrovnávať sa so stresom, menšia sociálna zraniteľnosť, schopnosť postarať sa o dieťa v domácom prostredí a poskytnúť mu kvalitnejšiu zdravotnú, psychickú, sociálnu a duchovnú starostlivosť.

Zoznam bibliografických odkazov

BRENIŠIN M. et al. *Tehotenstvo týždeň po týždni*. Bratislava: Orbis In.2021. 228s., ISBN 978-80-9739-4400-0

DVOŘÁKOVÁ V. *Historie porodnických klieští*. LOGOS POLYTECHNIKOS. Vysoká škola polytechnická, Jihlava. 2015, roč.6, č.1, str.24-28, ISSN 1804-3682

ERBENOVÁ, P., HORÁČKOVÁ, P. *Přírůstek tělesné hmotnosti v průběhu gravidity*. LOGOS POLYTECHNIKOS. Vysoká škola polytechnická, Jihlava. 2015, roč.6, č.1, str.30-43, ISSN 1804-3682

FAIT T., DVOŘÁK V., SKŘIVÁNEK A. et al. *Almanach ambulantní gynekologie*. Praha: Maxdorf. 2009. 227s., ISBN 978-80-7345-2

GORNEROVÁ L., SMRČKOVÁ D. *Porodní asistentky a porodní poranění*. LOGOS POLYTECHNIKOS. Vysoká škola polytechnická, Jihlava. 2015, roč.6, č.1, str.56-67, ISSN 1804-3682

GORNEROVÁ L., GULÁŠOVÁ I. *Od porodní báby k porodní asistentce*. LOGOS POLYTECHNIKOS. Vysoká škola polytechnická, Jihlava. 2014, roč.5, č.1, str.4-12, ISSN 1804-3682

GULÁŠOVÁ I. *Bolest' ako ošetrovateľský problém*. Martin: Osveta, 2008. 95s., ISBN 978-80-8063-288-5

HARENBERG B. *Kronika ľudstva*. Fortuna Print, Bratislava. 1992. ISBN 80-7153-038-7.

KELNAROVÁ J., MATĚJKOVÁ E. *Psychologie 1.díl*. Praha: Grada, 2019. 184s., ISBN 978-80-247-3270-1

LINHARTOVÁ V. *Praktická komunikace v medicíně pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. Grada Avicenum. 2007. 152s., ISBN 978-80-247-1784-5

MAREŠOVÁ P. et al. *Moderní postupy v gynekologii a porodnictví*. 2021. Praha: Maxdorf Jesenius, 768s., ISBN 978-80-73457-709-9

POLLÁK K. *Medicína dávných civilizací*. Praha: Orbis, 1968, 257s.

RAUDENSKÁ J., JAVŮRKOVÁ A. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978- 80-247-2223-8

ROB L., MARTAN A., VENTRUBA P. *Gynekologie*, 3. vydání. Praha: Galén, 2019. 356 s., ISBN 978-80-7492-426-2

SLEZÁKOVÁ L. et al. *Ošetrovateľství v gynekologii a porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. 2019, 280s., ISBN 978-80-271-0214-3

ŠOLTÉS L, PULLAMNN R. et al. *Vybrané kapitoly z medicínskej etiky*. Martin: Osveta. 2008, 256 s., ISBN 978-80-8063-287-8

MOTIVAČNÉ A DEMOTIVAČNÉ Činitele V PRÁCI SESTIER NA SLOVENSKU A V ČECHÁCH

MOTIVATIONAL AND DEMOTIVATING FACTORS THAT AFFECT THE ACTIVITIES OF NURSES IN SLOVAKIA AND THE CZECH REPUBLIC

HUDÁKOVÁ Anna, TKÁČOVÁ Ľubica, MAJERNÍKOVÁ Ľudmila

*Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov,
Katedra ošetrovateľstva*

Abstrakt

Ciele: Cieľom práce bolo zistiť, ako vplyvajú motivačné alebo demotivačné činitele na činnosť sestier. Jednotlivé faktory pracovnej spokojnosti sme komparovali vo vybranej skupine českých a slovenských sestier.

Súbor a metódy: Výberový súbor tvorilo 27 sestier z Kliniky geriatric Nemocnice Jána Evangelistu Purkyně v Uherském Hradišti a 29 sestier z Kliniky geriatric Fakultnej nemocnice s poliklinikou Jána Adama Reimana v Prešove. Vplyv pracovnej spokojnosti na činnosť sestier sme zisťovali pomocou štandardizovaného dotazníka od Vévoda, J. et al. Nástroj vychádza z Herzbergovej dvojfázovej motivačnej teórie.

Výsledky: U slovenských sestier najhorším hodnotením disponoval faktor „Mzda/plat“ (3,67), menej sýtené faktory boli „Spolupráca na oddelení“ (3,53), „Nefinančné ohodnotenie“ (3,33), „Istota pracovného miesta“ (3,27) a „Podniková klíma“ (3,27). České sestry za najhoršie plnený faktor označili „Prístup k informáciám“ (3,87), tiež bol potvrdený aj faktor „Mzda/plat“ (3,8), následne „Nefinančné ohodnotenie“ (3,6) a „Istota pracovného miesta“ (3,2).

Záver: Výsledky potvrdzujú, že je potrebné primárne riešiť exogénne faktory mzda/plat, istota pracovného miesta, spolupráca na oddelení, prístup k informáciám, podniková klíma, sociálne výhody. Z endogénnych faktorov je nutné zohľadniť nefinančné ohodnotenie.

Kľúčové slová: Motivačné činitele. Demotivačné činitele. Pracovná spokojnosť. Fluktuácia.

Abstract

Aim: The aim of the work was to find out how motivational or demotivating factors affect the activities of nurses. We compared individual factors of job satisfaction in a selected group of Czech and Slovak nurses.

File and methods: The sample consisted of 27 nurses from Geriatric Clinic of Hospital Jána Evangelist Purkyně in Uhersk Hradiště and 29 nurses from the Geriatric Clinic of University hospital with Clinic of Adama Reimana in Presov. We determined the effect of job satisfaction on nurses' activities using a standardized questionnaire from Vévoda, J. et al. Tool is based on Herzberg's two-phase theory of motivation.

Results: For Slovak nurses, the factor "Wage/salary" (3.67) had the worst rating, the less saturated factors were "Cooperation in the department" (3.53), "non-financial evaluation" (3.33), "Job security" (3, 27) and "Business climate" (3.27). Czech nurses ranked "Access to information" (3.87) as the worst performing factor, also confirmed by "Salary/wage" (3.8), followed by "Non-financial remuneration" (3.6) and "Job security" (3.2).

Conclusion: The results confirm that it is necessary to primarily address the exogenous factors of salary/salary, job security, cooperation in the department, access to information, business climate, social benefits. Among the endogenous factors, it is necessary to consider non-financial evaluation.

Keywords: Motivational factors. Demotivational factors. Job Satisfaction. Fluctuation.

Východiská

Problematiku pracovnej spokojnosti sestier podmieňujú faktory, ako dlhodobý nedostatok sestier v systéme práce, odchod sestier do inej profesie, fluktuácia sestier,

nedostatočné finančné ohodnotenie, status sestier a iné. Pracovná spokojnosť sestier je multifaktoriálne podmienená. Rozdelenie faktorov pracovnej spokojnosti je teda rôznorodé a najčastejšie je prezentované delenie, ktoré vychádza z Herzbergovej dvojfaktorovej teórie motivácie. Faktory pracovnej spokojnosti sa najčastejšie delia na exogénne a endogénne, resp. na faktory objektívne a subjektívne. Exogénne faktory súvisia s podmienkami pracovného prostredia, ktoré sestra vo väčšine prípadov nemôže ovplyvniť, napr. ekonomické, organizačné (finančné ohodnotenie, odmeňovanie, pracovné podmienky, pracovná náplň, možnosť kariérneho rastu, spôsob vedenia, tímová spolupráca a pod.), kultúrne a demografické (vek, dĺžka praxe a pod.).

V súvislosti s pracovnou spokojnosťou sestier bol monitorovaný vzťah platového ohodnotenia, stresogénnych faktorov a faktorov pracovného preťaženia; pracovných požiadaviek, autonómie, kompetencií a profesionálneho statusu (Buriánek, Malina, 2009; Meeusen et al., 2011).

Endogénne faktory zahŕňujú psychologické a sociálne aspekty, ktoré je možné z pohľadu sestry do určitej miery ovplyvniť a týkajú sa osobnosti a prežívania sestier. Vo vzťahu ku pracovnej spokojnosti boli ako významné prediktory skúmané stratégie zvládania záťaže; sociálna opora; vnímaná psychická záťaž. Predmetom výskumu boli iné faktory ako viera vo vlastné schopnosti, vonkajšie a intrapsychické konflikty, motivácia sestier; percepcia kvality poskytovanej starostlivosti (Leung et al., 2007; Vévoda et al., 2010; Haroková, Gurková, 2012).

Sestry pri výbere povolania sa často rozhodujú na základe prosociálnych vplyvov, faktory osobnej a výkonovej motivácie zohrávajú podstatnú úlohu pri zabezpečovaní kontinuity starostlivosti. Motivácia tvorí z psychologického hľadiska určitú hnaciu silu osobnosti a motívy sú hlavným energetickým zdrojom aktivity, zároveň regulujú správanie človeka určitým smerom. Pracovná motivácia vychádza zo subjektívnych skúseností a prežitkov vo vnímaní sestry a formuje sa na základe pozitívnych a negatívnych skúseností v súvislosti s výkonom povolania, a teda je centrovaná na výkon a kvalitu práce (Zacharová, Gulášová 2012). Dlugošová, Tkáčová (2011) rovnako charakterizujú motív ako vnútornú pohnútku k určitému správaniu človeka. Motívom človeka sú často potreby, túžby, pudy, ideály a povinnosti. Autorky poukazujú, že zmyslom motivácie je nenásilné vytvorenie pozitívneho prístupu k určitému správaniu alebo k nejakému výkonu, ktoré vzniká z dvoch príčin. Je podmienené ziskom prichádzajúcich hodnôt z vonkajšieho prostredia (odmena), alebo je v súlade s vnútorným presvedčením človeka. Vnútornú motiváciu pracovníkov možno považovať za najlepšiu formu motivácie. Väčšina pracovníkov však potrebuje k svojej činnosti aj vonkajšiu motiváciu, teda stimuláciu. K pozitívnym podnetom možno označiť všetky atribúty, ktoré sú pre pracovníka významné, a ktoré mu môže jeho organizácia ponúknuť. Medzi stimulačné prostriedky patrí: finančná odmena, stimuly v podobe sociálneho zabezpečenia, vzdelávania, náplň práce, pracovné prostredie a interpersonálne vzťahy, stotožnenie sa s profesiou, prácou a organizáciou. K motivačným aspektom pre prácu sestry zaraďujeme status sestry a túžbu pomáhať iným osobám (charakter filantropie) (Simon et al., 2010).

Pri analýze motivačnej situácie je nutné tiež venovať pozornosť negatívnym stimulom, ktoré môžu byť príčinou nežiaduceho správania a sú základom pracovnej nespokojnosti napr. pracovný stres v dôsledku pracovného preťaženia, devalvačné

formy pracovného jednanja, nerovnováha medzi kvalifikačnými nárokmi profesie, nedodržiavanie kompetencií sestier, výmeny služieb a nadčasy. Demotiváciou pre prácu sestier je stav deprivácie, frustrácie a osobného pocitu nespokojnosti (Obročníková, Majerníková 2012). Nebezpečenstvo demotivácie môžeme posudzovať z pozície osôb, v ktorej pôsobia. Ide najmä o pohyb na trhu práce, sociálnu politiku konkrétneho štátu či morálne zásady každého jedinca a mnoho iných demotivačných činiteľov, ako napr. náročnosť štúdia sestier, časté zmeny v legislatíve, fyzická a psychická náročnosť práce sestry a nedostatočne ohodnotená práca sestry. Kilíková, Jakušová (2008) uvádzajú, že deficit sestier a pokles ich záujmu o funkčne zaradenie sú zreteľné najmä v posledných rokoch. Táto skutočnosť je čiastočne podmienená problémami v systéme odmeňovania a zmenami v procese vzdelávania sestier. Finančné a morálne nedocenenie, nízky profesionálny imidž určujú vysokú mieru migrácie sestier do západných krajín Európy.

Ciele

Cieľom našej práce bolo zistiť motivačné a demotivačné činitele v práci vybranej vzorky sestier na Slovensku a v Čechách. Rovnako sme chceli komparovať faktory pracovnej motivácie u vybranej vzorky sestier na Slovensku a v Čechách.

Súbor a metódy

Prieskum sme vykonávali v dvoch zdravotníckych zariadeniach: Fakultná nemocnica s poliklinikou J. A. Reimana v Prešove (SR), Uherskohradištská nemocnice J. E. Purkyně (ČR). Použili sme štandardizovaný dotazník pracovnej spokojnosti od Vévodu et al. (2010). Nástroj vychádza z Herzbergovej dvojfázovej motivačnej teórie, ktorej korene siahajú do 20. rokov tohto storočia. Mnohí českí autori Herzbergovú motivačnú teóriu označili spolu s Maslowovou teóriou potrieb za najznámejšiu teóriu pracovnej motivácie vzhľadom na fakt, že sa špecifikuje na vymedzenie jednotlivých faktorov ako samostatných prvkov pracovného prostredia vo vzťahu k pracovnej spokojnosti. Obsahovo ide o faktory exogénne (podmienky pracovného prostredia), ktoré sestra vo väčšine prípadov nemôže ovplyvniť (pracovné podmienky, bezpečnosť práce, istota v zamestnaní, mzda/plat, medziľudské vzťahy, personálna a sociálna politika zamestnávateľa) a endogénne (motivačné) faktory, ktoré zahŕňajú psychologické a sociálne aspekty a tie je možné z pohľadu sestry do určitej miery modifikovať (zodpovednosť za prácu, dosiahnutý výkon, uznanie poskytnuté vedúcim, zaujímavosť práce a možnosť kariérneho postupu).

Dotazník pozostával z prvej časti, ktorá obsahovala demografické údaje. V druhej časti dotazníka sestry zostavujú subjektívne poradie motivačných faktorov od 1 do 16, pričom 1 bol faktor najdôležitejší a 16 najmenej dôležitým (použitie poradovej škály). Následne analogickým spôsobom zoradil motivačné faktory tak, ako ich podľa subjektívneho názoru saturuje zamestnávateľ. Ku každému faktoru je priradená škála Lickertovho typu od 1 (veľmi spokojný) do 5 (veľmi nespokojný), kde sestra subjektívne hodnotí, aké úsilie zamestnávateľ venuje uspokojovaniu týchto faktorov. Pre jednotlivé faktory všetkých troch škál bol vypočítaný aritmetický priemer.

Prieskumnú vzorku tvorili sestry, pracujúce na lôžkových oddeleniach: 27 sestier z Kliniky geriatrickej Nemocnici J. E. Purkyně v Uherském Hradišti (ČR) a 29 sestier z Kliniky geriatrickej Fakultnej nemocnice s poliklinikou J. A. Reimana v Prešove (SR). Zaraďujúce kritériá boli: práca na lôžkovom oddelení, dosiahnuté vzdelanie v odbore

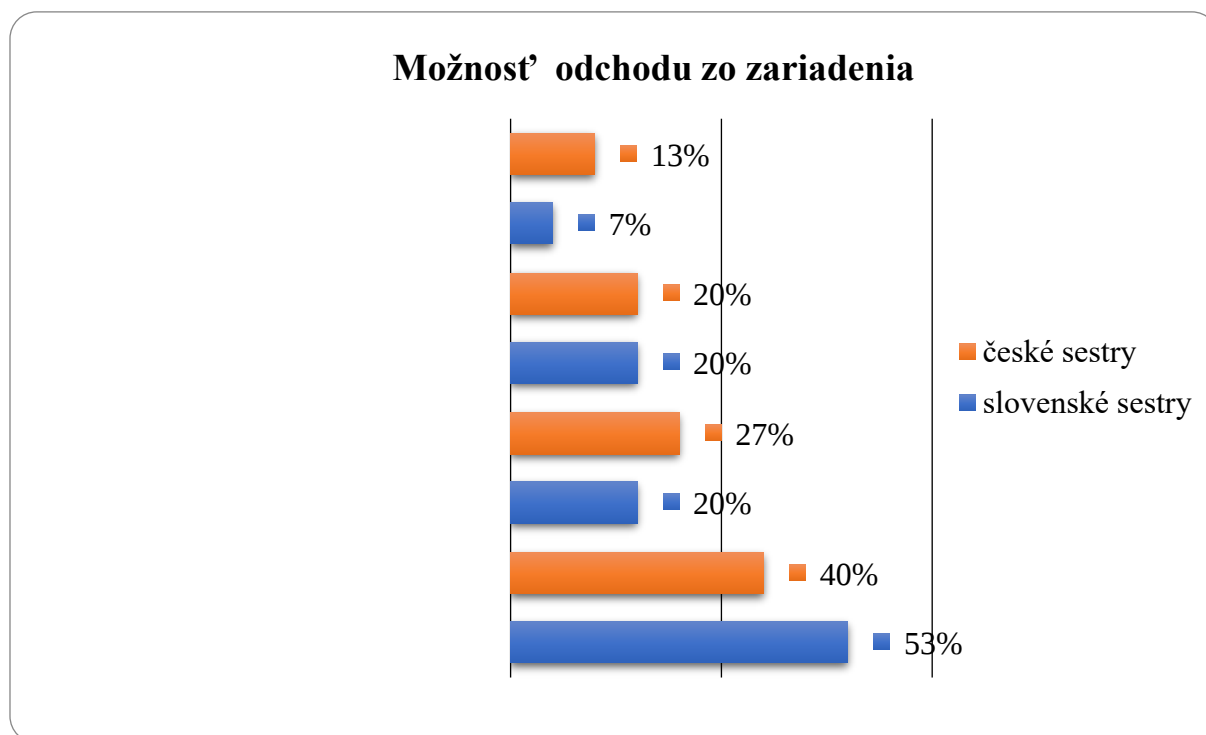
sestra (stredoškolské a vysokoškolské vzdelanie). Vylučujúcim kritériom bola práca na čiastočný úväzok a registrovaná sestra s licenciou. Štúdiu sme realizovali pri dodržaní odporúčaných etických princípov.

Výsledky

V dotazníku sme zisťovali okrem poradia motivačných faktorov aj demografické údaje: pohlavie, vzdelanie, vek a počet odpracovaných rokov. V rámci pohlavia bolo zastúpených 80% žien v zariadení SR a 67% žien v zariadení ČR. V súvislosti s analýzou veku sestier najväčšie zastúpenie českých sestier (47%) bolo vo veku: 30 - 40 rokov a najväčšie zastúpenie slovenských sestier vo vybranej vzorke (40%) bolo vo veku: 24 - 29 rokov.

Z celkového počtu sestier, pracujúcich v SR disponovalo 65% sestier s vysokoškolským vzdelaním 1. stupňa. V Českej republike bolo zastúpenie 58% sestier s vysokoškolským vzdelaním 1. stupňa. V položke odpracovaných rokov: obdobie 5 - 15 rokov uviedlo 47% sestier na Slovensku, 20% sestier uviedlo obdobie viac ako 15 rokov. V Českej republike 40% vybranej vzorky sestier má odpracovaných menej ako 5 rokov, 33% sestier uviedli obdobie 5 - 15 rokov a 27% sestier malo odpracovaných viac ako 15 rokov.

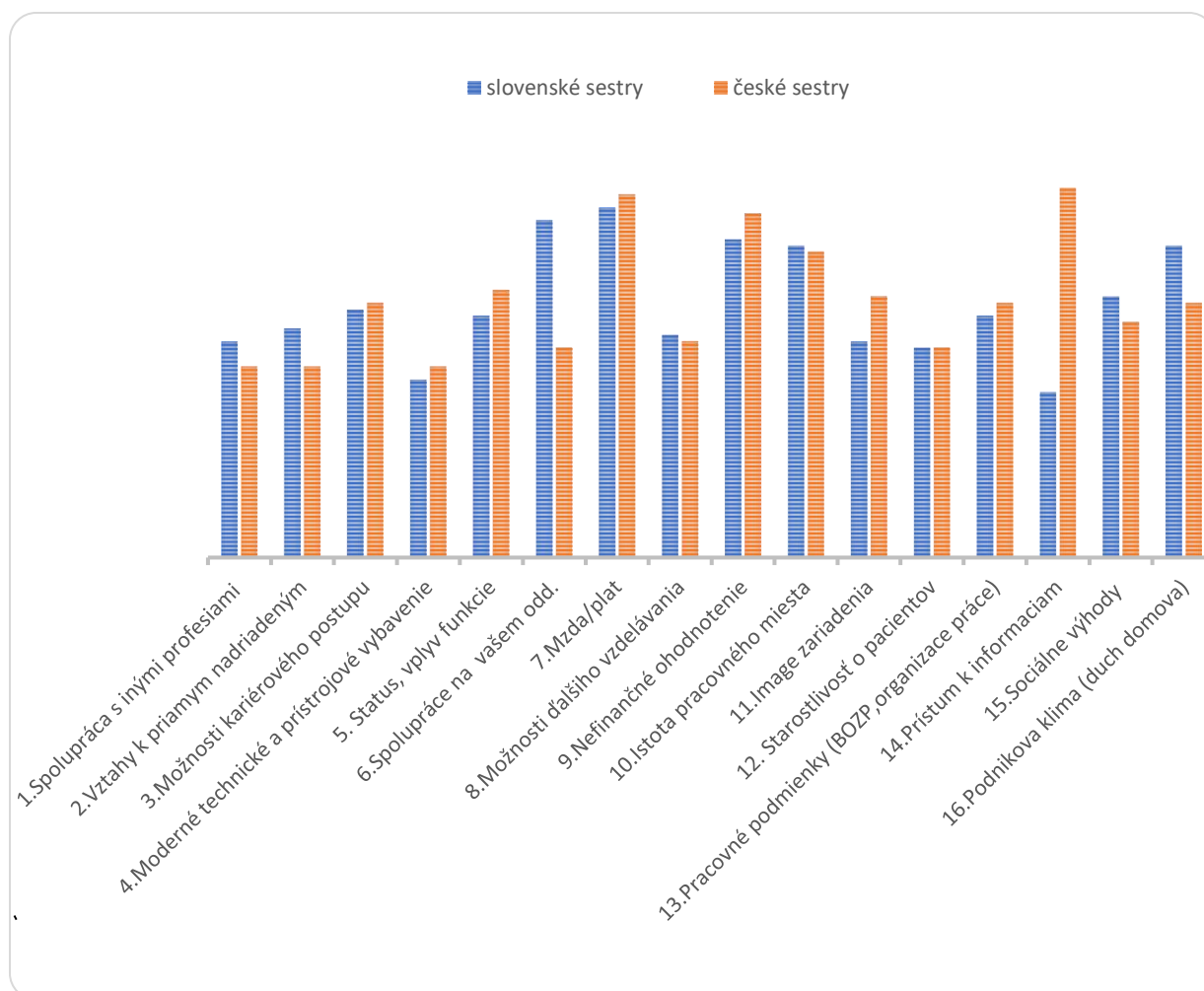
Pre zistenie potencionálnych možností fluktučného správania respondentov bola v dotazníku zakomponovaná otázka či respondenti uvažovali o opustení zamestnania a v akom časovom horizonte. Pri zisťovaní novej fluktuácie SS odpovedali, že by opustili zariadenie „V krátkom horizonte do 2 rokov“ vo významnom počte (53%). U ČS by zariadenie opustilo „V krátkom horizonte do 2 rokov“ menej osôb (40%). Zaujímavosťou ostáva, že 27% ČS by odišlo zo zamestnania z iného dôvodu. Zistenia potvrdzujú, že najväčší odchod sestier nastáva v oboch zariadeniach v krátkom časovom horizonte - do 2 rokov (graf 1).



Graf 1 Možnosti odchodu sestier zo zamestnania

V položke „Hodnotenie motivačných faktorov“ respondenti označovali formou školského hodnotenia jednotlivé faktory podľa toho, ako boli zamestnávateľom plnené, resp. uspokojené. U SS najhorším hodnotením disponoval faktor „Mzda/plat“ (3,67), ktorý sestry vnímajú ako najhoršie saturovaný. Následne išlo o menej sýtené faktory, ako „Spolupráca na oddelení“ (3,53), „Nefinančné ohodnotenie“ (3,33), „Istota pracovného miesta“ (3,27) a „Podniková klíma“ (3,27). SS priradili najlepšiu známku položke „Prístup k informáciám“ (1,73) a menej sýtený sa ukázal faktor „Moderné technické a prístrojové vybavenie“ (1,87).

ČS za najhoršie plnený faktor označili „Prístup k informáciám“ (3,87) a s nemalým rozdielom bol potvrdený aj faktor „Mzda/plat“ (3,8), následne „Nefinančné ohodnotenie“ (3,6) a „Istota pracovného miesta“ (3,2). V rámci pozitívneho hodnotenia ČR priradili najlepšiu známku (2) faktorom s rovnakým hodnotením „Spolupráca s inými profesiami“, „Vzťahy k priamym nadriadeným“ a „Moderné technické a prístrojové vybavenie“ (Graf 2).



Graf 2 Hodnotenie jednotlivých motivačných faktorov

Diskusia

Z ošetrovateľského pohľadu je možná fluktuácia sestier dvoma smermi, a to inštitucionálnym – so zámerom odchodu z práce do organizácie rovnakého typu alebo profesionálnym – so zameraním odchodu z profesie sestry. Analýzy v oblasti fluktuácie

sestier monitorujú, ako je fluktučné správanie ovplyvnené charakteristikami organizácie, pracovnou záťažou, štýlom vedenia i profesionálnymi príležitosťami (Haroková, Gurková, 2013). Faktom ostáva, že intervencie v týchto oblastiach zvyšujú kvalitu pracovného života a sú účinnejšie vzhľadom na dlhodobé zabránenie fluktuácie. Gurková et al. (2013) v správe OECD (Organization for Economic Cooperation and Development), ktorá sa zaoberala štrukturálnym aj reálnym deficitom sestier boli uvedené dôvody pre požiadavky zvýšenia počtu sestier: ekonomický nárast, populačný rast, starnutie populácie, vedecko-technický pokrok, vyššie očakávania a nároky pacientov. Stabilizácia sestier v rámci ich profesie je pre manažment zdravotníckych zariadení dôležitá najmä z dôvodu dodatočných nákladov, ktoré sú vynaložené pre ich opätovný nábor. Strata kvalitného zamestnanca stojí organizáciu vysoké náklady (čas personalistov, zaškolenie, náklady na inzerciu) a hľadanie náhrady za kvalitného zamestnanca môže trvať aj niekoľko týždňov. Efektívnejší spôsob sa ukazuje koncentrácia na udržanie súčasných zamestnancov, u ktorého rastie kumulatívna základňa vedomostí rýchlejším tempom v porovnaní s prísunom nových sestier. Do vzťahu pracovná spokojnosť - fluktuácia však zasahujú aj ďalšie faktory (Omar, 2012). V nedávnych výskumoch bol zistený vplyv organizačných aj individuálnych faktorov, vrátane kariérneho postupu a odmeňovania pre potreby udržateľnosti sestier na pracovisku. Preto je nevyhnuté v súčasnosti vytvárať najpriaznivejšie podmienky pre zabezpečenie dôstojného statusu sestier. Prejavenie dôvery pracovníkom, delegovanie kompetencií a zodpovednosti patrí k významným motivačným prvkom v ošetrovateľskom manažmente na každej úrovni (Abuairub et al., 2009; Cortese, 2007). Dôležitou úlohou v tomto smere je vytvorenie pozitívneho psychosociálneho prostredia, v ktorom bude priestor na výmenu názorov, rešpektovanie postojov a vyjadrovanie konštruktívnej kritiky, čo výrazným spôsobom ovplyvňuje interpersonálne vzťahy, vzťahy k pacientom, a v neposlednej miere aj postoj k práci. Gurková a kol. (2013) vo svojej komparatívnej štúdií chceli zistiť vzájomne vzťahy medzi zámerom fluktuácie a pracovnou spokojnosťou sestier na vzorke 1055 sestier z Českej republiky a zo Slovenska. Zámer opustiť pracovisko, ošetrovateľskú profesiu bol predikovaný úrovňou spokojnosti sestier, ich zodpovednosťou a plánovaním. České sestry potvrdili vo všetkých podskupinách vyššiu spokojnosť s prácou, s menej častým zámerom pracovať v zahraničí. Okrem iného spokojnosť s prácou pozitívne korelovala s vekom a dlhoročnými skúsenosťami. Tourangeau et al. (2010) v deskriptívnej štúdii s využitím focus grup identifikovali determinanty, ktoré napomáhajú zotrvať v zamestnaní a akcelerovať model, ktorý podporuje atribúty zámeru sestier zostať v zamestnaní. Výsledkom je osem tematických kategórií, ktoré odrážajú spomínané faktory sestier: vzťahy so spolupracovníkmi, stav pracovného prostredia, vzťah a podpora manažéra, pracovné odmeny, organizačná podpora, fyzická a psychická reakcia na prácu, vzťahy z pacientmi a vnútorné faktory. K nefinančným faktorom odmien pracovníkov patrí: úprimne poďakovanie za mimoriadnu prácu, verejné uznanie, vyhlásenie najlepšieho pracovníka tímu a sestry mesiaca, písomné uznanie a poďakovanie, dary a iné privilégia, kurzy a vzdelávanie. Nami sledovaný faktor „Nefinančné ohodnotenie“ je v oboch sledovaných zariadeniach neuspokojeným faktorom (u SS bol na druhom mieste a u ČS na štvrtom mieste). Nefinančné ohodnotenie je pre zamestnávateľa prioritné, lebo nevyžaduje finančné plnenie a jeho zdrojom môže byť ktokoľvek: nadriadený, kolega a iní.

Vévoda et al. (2013) pri kvantitatívnej metóde na princípe Herzbergovej dvojfaktorovej motivačnej teórií zisťoval vplyv osobitných priorít na selekciu faktorov pracovnej

spokojnosti u sestier a stupeň ich uspokojenia zamestnávateľom. Ako najväčšiu divergenciu zistil „Mzda/plat“ (-6,76) a na treťom mieste „Nefinančné ohodnotenie“ (-4,27).

Nefinančné ohodnotenie je jedným z dôvodov odchodu sestier do zahraničia. Rovnako rozdiely vo finančnom ohodnotení sestier a pôrodných asistentiek v EÚ sú markantné v neprospech miezd sestier v SR, ktoré sa nezmenili ani po vstupe SR do EÚ aj napriek splneniu európskych kritérií odbornej spôsobilosti podľa platnej legislatívy a odporúčaní EÚ.

Zhoršujúce sa pracovné podmienky vytvárajú hnaciu silu pre negatívne zmeny, ktoré spôsobujú nezáujem o povolanie sestry, migráciu, prípadne zmenu povolania (Omar, 2012). Optimalizácia pracovných podmienok v ošetrovateľskej starostlivosti predpokladá nielen existenciu ekonomických zdrojov, efektívnosť organizácie práce, materiálo-technické zabezpečenie, ale aj exaktné sledovanie situácie v týchto oblastiach a skúmanie psychofyzickej záťaže sestier, ich motiváciu k práci, ich spoločenský a sociálny status. Pri tvorbe motivačných plánov (konkrétne štandardy, smernice, vyhlášky) by sa nemalo zabúdať na dôležitú skutočnosť, akou je pracovná klíma, ktorá vo veľkej miere ovplyvňuje kvalitu výkonu, pretože stimuluje jedincu k akcelerácii motivácie.

Pracovná satisfakcia je prezentovaná z hľadiska psychologických konceptov, akými sú: pracovná morálka, profesijný rozvoj, rozvoj práce, dokonca do istej miery aj vnímanie zmyslu života. Každá pracovná činnosť človeka odráža mieru saturácie jeho potrieb (2). Z výsledkov štúdie vyplýva, že ČS (47%) sú vo svojej práci spokojnejšie ako SS (27%).

Záver

Pracovná spokojnosť sestier je dôležitým ukazovateľom funkčnosti zdravotníckeho systému, čo pozitívne koreluje s kvalitou poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti, a v neposlednom rade vedie aj k znižovaniu fluktuácie sestier. Zaujímavým stimulom by bolo vytvoriť v zdravotníckych zariadeniach motivačnú stratégiu, definujúcu prijímanie, vzdelávanie, odborný rast sestier a mzdový predpis, ktorý zohľadní kvalitu práce a iné pracovné vlastnosti (flexibilita, iniciatíva), realizovať stratégiu sociálnej starostlivosti pre zamestnancov (ubytovanie, rôzne výhody pre zamestnancov). Pre konkrétnych manažérov v ošetrovatelstve odporúčame podporovať organizačnú kultúru v oblasti realizácie motivačných techník.

Vhodným sa zdá implementácia techník v práci manažéra ako napr. nefinančné odmeny, uznanie práce, pochvala alebo písomne poďakovanie s cieľom zdefinovať jasné pravidlá odmeňovania (okrem mzdového predpisu pripraviť program zamestnaneckých výhod, napr. podpora oddychových, športových aktivít, vernostné odmeny).

Nevyhnutnosťou je zaoberať sa pracovnou spokojnosťou sestier na oddeleniach počas určeného obdobia. Účinným by mohol byť antistresový program, akcie na podporu pravidelnej a efektívnej psychohygieny a ďalšie aktivity pre sestry.

Tento príspevok bol vydaný v rámci riešenia grantového projektu KEGA: 002PU-4/2020 Návrh metodiky hodnotenia kvality života pacientov so sclerosis multiplex.

Vyhlásenie o konflikte záujmov:

Autori potvrdzujú, že v súvislosti so zverejnením tohto článku neexistujú žiadne konflikty záujmov.

Zoznam bibliografických odkazov

ABUAIRUB, RF., OMARI, FH., AL-ZARU, IM. Support, satisfaction and retention among Jordanian nurses in private and public hospitals. *International Nursing Review* [online]. 2009;56(3):326–332. [cit. 2022/08/30]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19702806/>

BURIÁNEK, J., MALINA, A. Pracovní spokojenost zdravotních sester. Stabilizace a pracovní podmínky zdravotnického personálu. *Zdravotnictví v České republice*. 2009;12(3):82 - 89.

CORTESE, CG. Job satisfaction among nursing personnel: application of the Italian version of the Stamps Index of Work Satisfaction. *La Medicina del Lavoro* [online]. 2007;93(3):175 – 191. [cit. 2022/09/11]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17598346>

DLUGOŠOVÁ, A., TKÁČOVÁ, Ľ. Motivace a její aplikace na práci sestry. *Sestra*. 2011;21(9):24-25.

GURKOVÁ, E. et al. Job satisfaction and leaving intentions of Slovak and Czech nurses. *International Nursing Review*. 2013;60(1):112 - 121.

HAROKOVÁ, S., GURKOVÁ, E., Faktory pracovnej spokojnosti českých sestier. *Kontakt*, 2012;14(4): 401–409.

HAROKOVÁ, S., GURKOVÁ, E. Pracovní spokojenost jako prediktor setrvání sester na pracovišti- literární přehled. *Ošetrovatelství a porodní asistence*. 2013;4(2):573-582.

KILÍKOVÁ, M., JAKUŠOVÁ, V., 2008. *Teória a prax manažmentu v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2008.

LEUNG, SK., SPURGEN, PC., CHEUNG, HK. Job Satisfaction and Stress among Ward-Based and Community-Based Psychiatric Nurses. *Hong Kong Journal of Psychiatry* [online]. 2007;17(2):45-54. [cit. 2022/08/0711]. Dostupné z: <https://go.gale.com/ps/i.do?id=GALE%7CA170235328&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=10262121&p=AONE&sw=w&userGroupName=anon%7E7e5399db>

MEEUSEN, V. C., et. al. Understanding nurse anesthetists' intention to leave their job: how burnout and job satisfaction mediate the impact of personality and workplace characteristic. *Health Care Management Review*. 2011;36(2):155 – 163.

OBROČNÍKOVÁ, A., MAJERNÍKOVÁ, Ľ. Motivačné a demotivačné činitele pre vzdelávanie a prácu sestier. *Quo vadis zdravotníctvo Zborník príspevkov z vedecko – odbornej konferencie s medzinárodnou účasťou*, s 422-433. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, 2012.

OMAR, K. et. al. Organizational Commitment and Intention to Leave among Nurses in Malaysian Public Hospitals. *International Journal of Business and Social science*. 2012;3(16):194-199.

SIMON, M., MÜLLER, B. H., Hasselhorn, H. M. Leaving the organization or the profession – a multilevel analysis of nurses' intentions. *Journal of Advanced Nursing*. 2010;66(1):616-626.

TOURANGEAU, A. E. et al. Determinants of hospital nurse intention to remain employed: broadening our understanding. *Journal of Advanced Nursing*. 2010;66(1):22-32.

VÉVODA, J. et al. Pracovní spokojenost všeobecných sester. In *PROFESE on – line* [online]. 2010. Roč. 3, s. 207-220. ISSN 1803-4330. [cit. 2019/02/14]. Dostupné na internete: <http://profeseonline.upol.cz/pracovni-spokojenost-vseobecnych-sester>

VÉVODA, J. et al. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing s.r.o. 2013. 160 s.

ZACHAROVÁ, E., GULÁŠOVÁ, I. Image sestier v súčasnej spoločnosti. *Uplatnění absolventů v ošetrovateľskej praxi*. Opava: Slezská univerzita v Opavě. 2012; 69 – 71.

PSYCHOSOCIÁLNE RIZIKÁ V MENIACOM SA SVETE PRÁCE

PSYCHOSOCIAL RISKS IN CHANGING WORLD OF WORK

HULKOVÁ Viera

Fakulta zdravotníctva, Trenčianska Univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne

Abstrakt

Východiská: Pracovné prostredie a samotná povaha práce sú dôležitými aspektami vplyvujúcimi na zdravie a pohodu sestier. V súvislosti s psychosociálnymi rizikami sú problémy ako pracovný stres, násilie na pracovisku a obťažovanie všeobecne uznávané ako hlavné výzvy pre ochranu zdravia v práci.

Cieľ: Poskytnúť prehľad o prevalencii psychosociálnych rizík a súvisiacich problémov v svete práce so zameraním na profesiu sestry a predstaviť nové trendy na základe analýzy literárnych zdrojov.

Metodika: Príspevok má teoretický charakter. Analyzovali sme záverečné správy, výstupy z projektov EÚ, výsledky výskumov v rámci EÚ, príručky, strategické dokumenty Európskej agentúry pre bezpečnosť a ochranu zdravia pri práci (EU-OSHA) a ESENER - Agentúry (EU-OSHA), Európskej siete pre podporu zdravia pri práci (European Network for Work Health Promotion) a Medzinárodnej organizácie práce v anglickom, českom a slovenskom jazyku.

Výsledky: Z viacerých štúdií vyplynulo, že sestry sú zaradené do 2. alebo 3. kategórie rizika psychickej záťaže, čo negatívne vplyva na ich zdravotný stav a zvyšuje prevalenciu duševných porúch-depresie, syndrómu vyhorenia, porúch súvisiacich so stresom. Odhadované ekonomické dôsledky v EÚ pre oblasť duševného zdravia sú 240 miliárd EUR ročne. Trendy vo svete práce sa zameriavajú na pracovnú angažovanosť, pracovné zdroje, pozitívny psychologický kapitál, narastajúci počet migrujúcich pracovníkov, starnutie populácie a aj pracovníkov, implementáciu wellness auditov v organizáciách.

Záver: Nové, moderné spôsoby práce, spracovávanie informácií, nutnosť okamžitých reakcií, nároky na senzorické i mentálne schopnosti sestry sú dôvodmi pre hľadanie optimálnych spôsobov hodnotenia, prevencie a ochrany psychického stavu sestier.

Kľúčové slová: Choroby z povolania. Psychosociálne riziká. Práca. Sestry. Trendy.

Abstract

Background: Work and the work environment are important aspects affecting the health and well-being of nurses. In relation to psychosocial risks, issues such as occupational stress, workplace violence and harassment are widely recognized as major challenges for occupational health protection.

Objective: To provide an overview of the prevalence of psychosocial risks and related problems in the world of work with a focus on the nursing profession and to present new trends based on the analysis of literary sources.

Methodology: The article has a theoretical character. We analyzed final reports, outputs from EU projects, research results within the EU, manuals, strategic documents of the European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA) and ESENER - Agencies (EU-OSHA), the European Network for Work Health Promotion and the International Labor Organization in English, Czech and Slovak.

Results: Several studies have shown that nurses are included in the 2nd or 3rd category of risk of psychological stress, which negatively affects their health and increases the prevalence of mental disorders-depression, burnout syndrome, and stress-related disorders. The estimated economic impact in the EU for mental health is €240 billion per year. Trends in the world of work focus on work engagement, work resources, positive psychological capital, the increasing number of migrant workers, the aging of the population and workers, the implementation of wellness audits in organizations.

Conclusion: New, modern ways of working, processing information, the necessity of immediate reactions, demands on the sensory and mental abilities of nurses are the reasons for the search for optimal methods of assessment, prevention, and protection of the psychological state of nurses.

Key words: Occupational diseases. Psychosocial risks. Work. Nurses. Trends.

Úvod

Od 50. rokov 20. storočia sú psychosociálne aspekty práce čoraz viac predmetom výskumu. Táto rastúca oblasť výskumu získala ďalší impulz v 60. rokoch 20. storočia so zameraním výskumov na psychosociálne pracovné prostredie a pracovnú psychológiu. Nové formy práce prinášajú nové ohrozenia, riziká a nie všetky budú už publikované vo vedeckých štúdiách (Hupke, 2022). Za ostatných tridsať rokov prešiel pracovný svet veľkým ekonomickým a technologickým vývojom. Dôsledky pre firmy sú rôznorodé. Príkladom môže byť používanie informačných a komunikačných technológií. Výsledky európskeho prieskumu pracovných podmienok z roku 2012 preukázali výrazný nárast využívania technológií v práci. Podiel zamestnancov, ktorí v práci používajú počítače za ostatných dvadsať rokov neustále rástol, z 14 % v roku 1991 na 31 % v roku 2010 (Guyot (a), 2022).

Psychosociálne faktory pri práci súvisia so spôsobom, akým je práca navrhnutá, organizovaná a riadená; môžu potenciálne viesť k zvýšenej úrovni pracovného stresu, zhoršeniu pracovného výkonu a duševného a fyzického zdravia. K psychosociálnym rizikovým faktorom patrí: nadmerné pracovné zaťaženie; protichodné požiadavky a nedostatočná jasnosť úloh; nedostatok zapojenia do rozhodovania, ktoré má vplyv na pracovníka, nedostatok vplyvu na spôsob, akým sa práca vykonáva; zle riadenie; organizačné zmeny; neistota zamestnania; neefektívna komunikácia; nedostatok podpory zo strany vedenia alebo kolegov; psychické a sexuálne obťažovanie; diskriminácia; násilie (Guyot (b), 2022). Stres a psychosociálne problémy v práci vedú k nárastu absencie, fluktuácie, zníženiu produktivity a výkonnosti (Milczarek, 2014). Psychická pracovná záťaž je faktor, ktorý predstavuje súhrn všetkých hodnotiteľných vplyvov práce, pracovných podmienok a pracovného prostredia pôsobiacich na kognitívne, senzorické a emocionálne procesy človeka, ktoré ho ovplyvňujú a vyvolávajú stavy zvýšeného psychického napätia a zaťaženia psychofyziologicalkých funkcií (Vyhláška MZ SR č. 542/2007 Z. z. o podrobnostiach o ochrane zdravia pred fyzickou záťažou pri práci, psychickou pracovnou záťažou a senzorickou záťažou pri práci). Psychická záťaž je faktor pôsobiaci zaťažujúco na organizmus a vyžadujúci psychickú aktivitu, psychické spracovávanie a vyrovnanie sa s požiadavkami a vplyvmi životného prostredia.

Psychická záťaž má tri formy:

1. senzorická záťaž vyplýva z požiadaviek na činnosť periférnych zmyslových orgánov a im zodpovedajúcich štruktúr centrálného nervového systému,
2. mentálna záťaž vyplýva z požiadaviek na spracúvanie informácií kladúcich nároky na psychické funkcie a psychické procesy, ktorými sú pozornosť, predstavivosť, pamäť, myslenie a rozhodovanie,
3. emocionálna záťaž vyplýva z požiadaviek vyvolávajúcich afektívnu odozvu.

Psychosociálna záťaž je faktor pôsobiaci zaťažujúco na organizmus a vyžadujúci psychickú aktivitu, psychické spracúvanie a vyrovnanie sa s požiadavkami a vplyvmi životného prostredia, ktoré vyplývajú najmä zo sociálnych procesov a spoločenských väzieb, z interakcií medzi jednotlivcami v skupine a v dave a podobne (Domenik, 2010).

10 % zamestnancov Európskej únie pracuje v sektore zdravotníctva. K psychosociálnym rizikovým faktorom súvisiacim s prácou, ktoré sú typické pre zdravotnícky sektor patria: vysoké očakávania v kombinácii s nedostatkom času,

zručností a sociálnej podpory; konfrontácia s bolesťou; práca s umierajúcimi ľuďmi; naliehavé prípady; vystavenie traumatickým prípadom a sťažnosti a súdne spory. U zdravotníckych pracovníkov, najmä sestier a lekárov, je častejšie aj riziko zneužívania návykových látok. V dôsledku špecifických rizikových faktorov, ako napríklad vysoké pracovné zaťaženie, práca s nevyliciteľne chorými a umierajúcimi pacientmi, nedostatočná príprava na potreby zamestnania, syndróm vyhorenia a nedostatočné znalosti o rizikách spojených s alkoholom a drogami, je zdravotnícky personál mimoriadne ohrozený rizikom zneužívania návykových látok. Okrem negatívneho vplyvu na zdravie pracovníka, pod vplyvom drog alebo alkoholu môže dôjsť k zanedbaniu zdravotnej starostlivosti, čo môže viesť k právnym postihom (Podpora duševného zdravia v sektore zdravotnej starostlivosti. Európska agentúra pre bezpečnosť a ochranu zdravia pri práci. 2022).

Cieľ

Cieľom príspevku je poskytnúť prehľad o teoretickom pozadí a súčasných empirických zisteniach týkajúcich sa psychosociálnych rizík v povolani sestra a s nimi spojených negatívnych zdravotných dôsledkoch pre jednotlivca i organizáciu, ktoré uskutočnila v ostatných rokoch Európska agentúra pre bezpečnosť a ochranu zdravia pri práci so sídlom v španielskom Bilbau a Medzinárodná organizácia práce. Predstaviť nové kľúčové trendy v pozitívnej psychológii pri práci vychádzajúc z najnovších výskumov.

Metodika

Identifikovali sme literárne pramene tematizujúce psychosociálne riziká v meniacom sa svete práce z perspektívy ošetrovatelstva, resp. profesie sestry. Obsahovou a komparatívnou analýzou sme sa pokúsili načrtnúť možnosti ich využitia. Príspevok má teoretický charakter. Analyzovali sme záverečné správy, empirické štúdie, výstupy z projektov EÚ, výsledky výskumov v rámci EÚ, príručky, strategické dokumenty Európskej agentúry pre bezpečnosť a ochranu zdravia pri práci (EU-OSHA) a ESENER - Agentúry (EU-OSHA), Európskej siete pre podporu zdravia pri práci (European Network for Work Health Promotion) a Medzinárodnej organizácie práce v anglickom, českom a slovenskom jazyku v predchádzajúcich 15 rokoch. Identifikovali viac ako 35 teoretických prác, prehľadových i empirických štúdií, z ktorých sme selektovali desať prác obsahovo súvisiacich so sektorom zdravotníctva, ktoré uvádzame v zozname bibliografických odkazov.

Výsledky a diskusia

Povolania sú medzinárodne klasifikované Medzinárodnou organizáciou práce (ILO). Systém z roku 1988 bol upravený v roku 2008. Kód 22 sú Zdravotníci. Takisto bola v roku 2008 Eurostat-om revidovaná Štatistická klasifikácia ekonomických činností v Európskom spoločenstve, kde bol sektoru zdravotníctva pridelený nový kód Q Činnosti v oblasti zdravia ľudí a sociálnej práce, predtým N Zdravotníctvo a sociálna práca. Podľa poradia celkovej zamestnanosti v EÚ-27 je na treťom mieste Zdravotníctvo a sociálna starostlivosť(Kuhl, 2022). V roku 2010 bol aktualizovaný aj zoznam chorôb z povolania Medzinárodnou organizáciou práce, ktorý zahŕňa duševné poruchy a poruchy správania vrátane posttraumatických stresových porúch. Krajiny EÚ majú tendenciu riadiť sa európskym zoznamom chorôb z povolania ustanoveným v odporúčaní Európskej komisie č.2003/670/ES.

Správa uverejnená Európskou komisiou v roku 2013 skúmala situáciu týkajúcu sa chorôb z povolania v členských štátoch EÚ. Duševné poruchy a poruchy súvisiace so stresom sú zahrnuté v národných zoznamoch chorôb z povolania v týchto krajinách:

- Dánsko - posttraumatická stresová porucha;
- Maďarsko - ochorenia spôsobené psychosociálnymi faktormi;
- Taliansko - posttraumatická stresová porucha a chronické poruchy prispôsobenia, ako je úzkosť, depresia, poruchy správania alebo afektívne poruchy;
- Lotyšsko - choroby spôsobené preťažením a psychoneuróza;
- Litva - choroby z povolania v dôsledku stresu;
- Holandsko - porucha súvisiaca so stresom z povolania a syndróm vyhorenia, depresia súvisiaca s prácou, posttraumatická stresová porucha, závislosť od alkoholu;
- Rumunsko - psychoneuróza spôsobená dlhodobou starostlivosťou o psychopatických ľudí na psychiatrických oddeleniach;
- vo Fínsku sú duševné poruchy a poruchy správania zahrnuté v národných registroch zdravotného postihnutia (F:ICD-10) a ich otvorenom systéme (Hupke, 2022).

V roku 2007 14 % pracovníkov so zdravotným problémom súvisiacim s prácou pociťovalo stres, depresiu alebo úzkosť ako hlavný zdravotný problém. Po zdravotných problémoch pohybového aparátu boli psychosociálne zdravotné problémy druhým najčastejšie uvádzaným zdravotným problémom súvisiacim s prácou. Štúdia Eurogip z roku 2013 zistila, že špecifické psychosociálne zdravotné problémy sú uznané ako choroby z povolania len v šiestich európskych krajinách. Každé tri a pol minúty niekto v EÚ zomrie v dôsledku príčin súvisiacich s prácou. Znamená to takmer 167 000 úmrtí za rok vplyvom buď pracovných úrazov (7 500) alebo chorôb z povolania (159 500) (Kuhl, 2022). Intenzita práce sa zvýšila v dôsledku nových technológií a nárastu práce v sektore služieb. Vyššia miera absencií a predčasného odchodu do dôchodku v dôsledku problémov duševného zdravia sú následky zvýšenej intenzity práce (Weber, 2022).

Zdravotníctvo je odvetvie, v ktorom pracuje najviac žien a v ktorom aktivita žien tiež neustále narastá. Miera zamestnanosti žien podľa vekových skupín sa medzi členskými štátmi líši. V roku 2012 bola najvyššia miera zamestnanosti mladých žien (do 24 rokov) hlásená v Holandsku (64,3 %) a Dánsku (55,4 %). Na porovnanie, Slovensko a Taliansko patrili s približne 15 % v roku 2012 medzi krajiny s najnižšou mierou zamestnanosti mladých pracovníčok (Weber, 2022).

Prevalencia psychosociálnych rizikových faktorov v EÚ

Pracovnú záťaž možno rozdeliť na kvalitatívnu pracovnú záťaž (vzťahujúcu sa na náročnosť úlohy) a kvantitatívnu pracovnú záťaž (vzťahujúcu sa na množstvo práce, ktorú je potrebné vykonať v obmedzenom čase). Empirické výsledky ukazujú, že požiadavky na prácu súvisia s absenciou, zlým zdravotným stavom, duševnými poruchami - depresia, úzkosť a syndróm vyhorenia. Systematický prehľad a metaanalýza (2020 in Hupke, 2022) o súvislosti medzi psychosociálnymi rizikovými faktormi súvisiacimi s prácou a duševnými poruchami súvisiacimi so stresom priniesla dôkazy, že psychosociálne rizikové faktory súvisiace s prácou sú spojené s vyšším rizikom duševných porúch súvisiacich so stresom. Vysoké nároky na prácu,

nerovnováha medzi úsilím a odmenou a nízka organizačná spravodlivosť vykazovali najväčšie zvýšené riziko duševných porúch súvisiacich so stresom (Hupke, 2022). Vedecký prehľad niekoľkých empirických štúdií (Caruso et al., 2004 in Hupke, 2022) ukázal významný vzťah medzi dlhým pracovným časom a zdravotnými ťažkosťami. Zdravotné riziká sa prejavujú, keď týždenný pracovný čas presiahne 48 hodín.

Ďalšia štúdia (Touquati et al., 2019 in Hupke, 2022) dospela k záveru na základe metaanalýzy longitudinálnych štúdií, že najmä ženy sú vystavené zvýšenému riziku zlého duševného zdravia, najmä depresívnych symptómov.

Jeden zo štyroch pracovníkov uvádza vystavenie rizikovým faktorom, ktoré môžu nepriaznivo ovplyvniť duševnú pohodu. V rokoch 2007 až 2013 sa počet zvýšil z 25 % na 28 %. Ako hlavný rizikový faktor bolo najčastejšie uvádzané vystavovanie sa časovému tlaku alebo preťaženiu prácou (23,3 %), obťažovanie alebo šikanovanie (2,6 %), násilie alebo hrozba násillia (2,2 %). Európsky prieskum pracovných podmienok (EWCS, 2015) použil Index intenzity práce na meranie vplyvu pracovných požiadaviek na prácu. Index intenzity práce zahŕňa aspekty kvantitatívnych požiadaviek (rýchla práca), časového tlaku (prísne termíny, nedostatok času na vykonanie práce), časté rušivé prerušenia, determinanty tempa a vzájomná závislosť a emocionálne požiadavky. Zo sektorov malo najväčšiu intenzitu zdravotníctvo, vykazuje nadpriemernú úroveň náročnosti práce (Hupke, 2022).

Celoeurópsky prieskum o nových a vznikajúcich pracovných rizikách (ESENER) zahŕňa psychologické rizikové faktory uvádzané európskymi pracoviskami (tabuľka 2). Najčastejšie zamestnanci uvádzali, že sa musia vysporiadať s náročnými zákazníkmi, pacientmi, žiakmi, po ktorých nasleduje tlak z dôvodu času.

Tab. 1 Hlásené psychosociálne rizikové faktory

Tlak v dôsledku časovej tiesne	45 %
Slabá komunikácia alebo spolupráca v rámci organizácie	18 %
Strach zo straty zamestnania	13 %
Vysporiadať sa s náročnými zákazníkmi, pacientmi, žiakmi atď.	60 %
Dlhá alebo nepravidelná pracovná doba	22 %

Zdroj: ESENER, 2019

Organizačná kultúra a najmä štýl riadenia môžu byť zdrojom stresu na pracovisku. Zlé riadenie na pracovisku je spojené s mnohými negatívnymi dôsledkami pre zamestnancov a naopak mnohé štúdie potvrdili, že silné a efektívne vedenie má pozitívny vplyv na zdravie a pohodu zamestnancov. Tieto štýly vedenia zahŕňajú správanie ako je prejavovanie ohľaduplnosti k podriadeným, poskytovanie cieľov, s ktorými sa pracovníci môžu stotožniť a ponechanie kontroly nad prácou v maximálnej možnej miere na podriadených. Zlé medziľudské vzťahy v práci sa týkajú sociálnej alebo fyzickej izolácie, zlého vzťahu s nadriadenými, medziľudských konfliktov, nedostatku sociálnej podpory, šikanovania, sexuálneho obťažovania. Neuspokojivé vzťahy v práci môžu byť hlavným zdrojom stresu a môžu súvisieť s problémami duševného aj fyzického zdravia. Vo výskume sa venuje veľká pozornosť najmä škodlivým účinkom konfliktov, šikanovania a násillia. Hlavným medziľudským zdrojom stresu v práci je nedostatok sociálnej opory. Nízka sociálna podpora súvisí

s úzkosťou, emočným vyčerpaním, napätím v práci, nízkou spokojnosťou s prácou a zvýšeným rizikom kardiovaskulárnych ochorení (Hupke, 2022).

Na hodnotenie psychosociálnych rizík sa najčastejšie používajú dotazníky: Dotazník obsahu práce; Dotazník o nerovnováhe odmeňovania úsilia; Diagnostický prieskum práce; Kodaňský psychosociálny dotazník (COPSOQ III); Meisterov dotazník.

Prieskum pracovných síl 2020 (LFS in Guyot (a), 2022) zistil, že 45 % opýtaných v 27 členských štátoch EÚ uviedlo vystavenie psychosociálnym rizikovým faktorom, ktoré nepriaznivo ovplyvňujú ich duševnú pohodu (vážna časová tieseň alebo preťaženie v práci násilie alebo hrozba násilia, obťažovanie alebo šikanovanie).

Podľa prieskumu pracovných síl v EÚ v rokoch 1999-2007 28 % respondentov, čo je približne 55,6 miliónov zamestnancov v Európe, uviedlo, že na ich psychickú pohodu mala vplyv expozícia psychosociálnych rizík. Najčastejšie uvádzali faktory: veľmi málo času a veľa práce (23 %). Pracovné faktory spojené s psychosociálnymi rizikami zahŕňajú nadmernú pracovnú záťaž a pracovné tempo, neistotu pracovného miesta, nepružný režim pracovnej doby, nepravidelnosť, nepredvídateľnosť, nezvyčajnú pracovnú dobu, zlé medziľudské vzťahy, nedostatočné zapojenie v organizácii, nejasné úlohy, problémy v komunikácii, nemožnosť kariérneho rastu alebo iba obmedzený kariérny posun, worklife balance – problémy zosúladiť pracovný a osobný život. Niektoré riziká môžu byť špecifické pre konkrétne organizácie alebo sa objavujú nové v rámci vývoja a zmien na pracoviskách. (Milczarek, 2014). Štúdie potvrdili, že už krátka expozícia psychosociálnymi rizikami a stresom sú spojené s poruchami spánku, zmenami nálad, únavou, bolesťami hlavy, (Beswick a kol., 2006; Chandola, 2010 in Milczarek, 2014).

Psychická záťaž v práci sestry

Charakter pracovných činností v zdravotníctve, najmä poskytovanie urgentnej a akútnej zdravotnej starostlivosti, prináša denne situácie, pri ktorých je vysoká psychická pracovná záťaž, hlavne mentálna a emocionálna. Z hľadiska charakteristiky práce sestier je možné zvýšenú psychickú záťaž opísať najmä z týchto hľadísk: intenzita práce a časový tlak, vynútené pracovné tempo, sociálne interakcie, hmotná a organizačná zodpovednosť, riziko ohrozenia vlastného zdravia či iných osôb, práca na zmeny a fyzický diskomfort.

Viaceré z týchto hľadísk podmieňujú 2. kategóriu rizika psychickej záťaže. Pri individuálnom a konkrétnom zhodnotení prác činností, pri ktorých je ohrozenie zdravia, práca na zmeny, hmotná a organizačná zodpovednosť a pod. môžu charakterizovať tieto pracovné činnosti ako 3. kategóriu rizika psychickej pracovnej záťaže (Domenik, 2010)

Profesia sestry je spojená s vysokým pracovným zaťažením, ktoré môže mať nepriaznivý vplyv na kvalitu a bezpečnosť poskytovanej zdravotnej starostlivosti, interpersonálne vzťahy, fyzické a psychické zdravie (Dimunová, Raková, Zamboriová, 2019). Vo výskume, do ktorého sa zapojilo 279 sestier pracujúcich na psychiatrických pracoviskách na Slovensku, bol na hodnotenie psychickej pracovnej záťaže použitý Meisterov dotazník. U sestier sa celkovo preukázal 2. stupeň psychickej pracovnej záťaže. Autorky identifikovali kritické faktory: časová tieseň, vysoká zodpovednosť, únava a dlhodobé preťaženie. V dôsledku dlhotrvajúcej psychickej záťaže prebiehajú v organizme zmeny, ktoré sa prejavujú v somatickej, behaviorálnej a emocionálnej

oblasti. Nadmerná psychická záťaž zvyšuje riziko chýb pri výkonoch a rozhodnutiach, ktoré sestra musí realizovať počas starostlivosti o pacienta. Okrem toho negatívne vplyva na pracovný výkon, zdravotný stav, ale tiež nepriaznivo pôsobí aj na ich rodinu, či vzťahy s najbližšími ľuďmi. V štúdii autorov Sováriová Soósová a kol. (2012, 2013 in Dimunová, 2016) sestry považovali pracovnú záťaž, smrť a umieranie pacienta, pracovné prostredie a komunikáciu s rodinou pacienta za najvýznamnejšie príčiny stresu v ich povolani (Dimunová, 2016). Aj z prieskumu realizovaného v roku 2008 Kuberovou vyplynulo, že povolanie sestry patrí medzi psychicky náročné profesie. Za najrizikovejší faktor nadmerného pracovného zaťaženia označili respondentky nedostatok personálu. K ďalším faktorom patrilo nízke finančné ohodnotenie, medziľudské vzťahy, konflikty, zlá organizácia práce. Prekvapujúco iba 3 % sester uviedlo skúsenosť so smrťou a 4 % kontakt s infekčným pacientom.

Pracovné prostredie sester sa vyznačuje určitými rizikovými faktormi, ktoré významne ovplyvňujú psychické zdravie, celkovú psychickú pohodu, ako aj prežívanie spokojnosti s prácou. Nadmerná pracovná záťaž zvyšuje riziko chybných výkonov a rozhodnutí, pracovných úrazov a psychosomatických ochorení. Pociťovanie nadmernej fyzickej, ako aj psychickej záťaže sú dôvodom odchodu zo zamestnania (Šantavá, 2016). Povinnosťou zamestnávateľov je minimalizovať negatívny dopad psychickej záťaže u sester (Simočková, Zamboriová, 2009).

Na predchádzanie zvýšenej psychickej pracovnej záťaže sa vykonávajú technické, organizačné a iné opatrenia. Technické opatrenia na predchádzanie zvýšenej psychickej pracovnej záťaže:

- a) ergonomická úprava pracoviska,
- b) obmedzenie senzorickej záťaže,
- c) kvalita pracovného prostredia.

Organizačné opatrenia na predchádzanie zvýšenej psychickej pracovnej záťaže:

- a) organizácia práce vrátane zlepšenia a zefektívnenia spôsobov činnosti zamestnancov, striedanie rôznych činností pri veľmi monotónnych prácach, rotácia zamestnancov, odstraňovanie rušivých faktorov pri práci, jasné formulovanie úloh,
- b) režim práce a odpočinku vrátane primeraného striedania pracovných zmien a primeraného zaradenia prestávok

Iné opatrenia na predchádzanie zvýšenej psychickej pracovnej záťaže:

- a) systém riadenia a spôsob jeho realizácie zohľadňujúci ochranu zamestnancov,
- b) pozitívna motivácia zamestnancov na plnení pracovných úloh v rozsahu a spôsobom zodpovedajúcim ich schopnostiam, zručnostiam, skúsenostiam a predpokladom,
- c) systém výberu zamestnancov na exponované pracovné miesta a pre náročné pracovné činnosti s prihliadnutím na odolnosť voči psychickej záťaži, osobnostné a kvalifikačné predpoklady a ďalšie psychologické kritériá podľa konkrétnych požiadaviek pracovného miesta a charakteru práce, primerané rozmiestňovanie zamestnancov, náplne a formy ich výcviku,
- d) vykonávanie lekárskeho preventívneho prehliadok vo vzťahu k práci.

(Vyhláška MZ SR č. 542/2007 Z. z. o podrobnostiach o ochrane zdravia pred fyzickou záťažou pri práci, psychickou pracovnou záťažou a senzorickou záťažou pri práci).

Kumulácia stresu a pracovnej záťaže často vyústi do negatívnych zmien v oblasti fyziologickej, emocionálnej a behaviorálnej. Pri nezvládaní náročných situácií a pri ich dlhodobom pôsobení dochádza k vyčerpaniu vnútornej energie, k stresu a následným zmenám zdravotného stavu v nasledujúcich oblastiach:

Fyziologické príznaky: palpitácie, bolesti a zvieranie na hrudníku, nechutenstvo a plynatosť, krčovité bolesti v dolnej časti brucha, príp. spojené s hnačkami, zmeny v sexuálnej oblasti (sexuálny chlad), zmeny v menštruačnom cykle, svalové napätie v krčnej oblasti a v dolnej časti chrbtice, bolesti hlavy, exantém.

Emocionálne: prudké a výrazné zmeny nálad, nadmerné trápenie sa vecami, ktoré nie sú tak dôležité, neschopnosť prejaviť emocionálnu náklonnosť a sympatiu či empatiu, nadmerné starosti o vlastný zdravotný stav, pocity únavy, poruchy koncentrácie, zvýšená podráždenosť (iritabilita) a úzkosť (anxiozita), depresia, pocity beznádeje, bezmocnosti.

Správanie a konanie v strese - behaviorálne príznaky stresu: nerozhodnosť, zvýšená absencia v práci, zhoršená kvalita práce, zvýšený počet vyfajčených cigariet, zvýšená konzumácia alkoholu, väčšia závislosť na drogách všetkého druhu (lieky na spanie, na upokojenie...), strata chuti k jedlu alebo naopak prejedanie, problémy so spánkom, negatívny postoj k sebe, k práci, k ľuďom.

Sestry uvádzali ako najčastejšie prejavy syndrómu vyhorenia hostilitu, únik od pacienta, veľkú únavu, emocionálne vyčerpanie, zdravotné problémy, obmedzenie komunikácie, pocit straty kontroly nad situáciou a strata zmyslu práce. V práci sestry sú v súčasnej dobe najviac vnímané ako záťažové faktory - práca vo nútenom tempe, práca na zmeny, sťažovaná sociálna interakcia, konfrontácia so smrťou atď. (Dimunová, 2016; Domenik, 2010; Simočková, Zamboriová, 2009).

Ekonomické dôsledky psychosociálnych rizikových faktorov v EÚ

Psychosociálne rizikové faktory majú negatívny vplyv na zdravie a vedú k zvýšenej absencii, ktorá so sebou nesie náklady pre spoločnosť, firmy a organizácie. EU-OSHA (2014) uvádza, že celkové náklady na duševné choroby v Európe predstavujú 240 miliárd EUR ročne, z čoho 136 miliárd EUR ročne predstavujú náklady na zníženú produktivitu vrátane absencií a 104 miliárd EUR ročne sú priame náklady, napríklad lekárske ošetrovanie (Hupke, 2022).

Aj podľa Európskej siete pre podporu zdravia pri práci (European Network for Work Health Promotion) predstavujú poruchy v oblasti duševného zdravia finančné náklady pre Európu celkovo 240 miliárd EUR ročne. Odhadované náklady pre organizáciu v súvislosti so stresom a psychosociálnymi rizikami sú: 19 % nákladov na absencie; 40 % nákladov tvoria náklady na fluktuáciu zamestnancov; 30 % náklady na práceneschopnosť; 60 % nákladov na úrazy na pracovisku a celkové náklady na odškodnenie zamestnancov a súdne spory (Milczarek, 2014).

Vo Veľkej Británii sa v rokoch 2018/2019 neodpracovalo 12,8 milióna pracovných dní v dôsledku pracovného stresu, depresie alebo úzkosti, čo má za následok výrazné ekonomické náklady pre zamestnávateľov. Stres v práci vedie k zvýšeniu počtu pracovných úrazov, dlhším obdobiam práceneschopnosti a väčšej fluktuácii zamestnancov (Guyot (a), 2022).

Na úrovni organizácie sú finančné dôsledky stresu a psychosociálnych rizík pri práci spojené so zhoršením produktivity, vyššou absenciou a fluktuáciou zamestnancov. Vo veľkej Británii v rokoch 2011 a 2012 zapríčinil stres v práci až 10,4 miliónov neodpracovaných dní a zamestnanci boli práceneschopní v priemere 24 dní (HSE, 2013 in Milczarek, 2014).

Každé jedno euro použité na prevenciu a podporné programy v oblasti duševného zdravia generujú ročne ekonomický prínos až 13,26 EUR (Milczarek, 2014).

Nové trendy v svete práce z hľadiska psychosociálnych rizikových faktorov

1. Zmena paradigmy: od vyhorenia k pracovnému nasadeniu

Je iróniou, že práve výskumy zamerané na syndróm vyhorenia podnietili empirické skúmanie pracovnej angažovanosti. Na rozdiel od tých pracovníkov, ktorí sú „vyhorení“, angažovaní zamestnanci disponujú energiou a efektivitou v práci, svoju prácu nepovažujú za stresujúcu, ale za náročnú a naplňajúcu. Pracovná angažovanosť je vnímaná ako pozitívny, afektívne-motivačný stav naplnenia, ktorý charakterizujú tri dimenzie: elán, oddanosť a pohltenie -pohrúženie do práce. Je dôležité zdôrazniť, že angažovaní zamestnanci nie sú to isté ako workoholici. Pre angažovaných zamestnancov je práca zábavou, nie závislosťou. Štúdie potvrdili, že pracovné zdroje ako je sociálna podpora od kolegov a nadriadených, spätná väzba na výkon, rozmanitosť zručností, autonómia a príležitosti na vzdelávanie sú pozitívne spojené s pracovnou angažovanosťou.

2. Pracovné zdroje a pracovné nasadenie

Pracovné zdroje sa týkajú fyzických, sociálnych alebo organizačných aspektov práce, ktoré môžu znížiť nároky na prácu a súvisiace fyziologické a psychologické náklady; stimulovať osobný rast, učenie a rozvoj a dosahovať pracovné ciele.

3. Pozitívny psychologický kapitál

Pozitívny psychologický kapitál (označovaný aj ako PsyCap) je charakterizovaný vysokou efektivitou, optimizmom, nádejou a odolnosťou. V kontexte pracoviska možno PsyCap charakterizovať z hľadiska zosúladenia osobných a organizačných cieľov a vhodnosti zamestnania.

4. Wellnes audit organizácie

Zamestnávateľ, ale aj zamestnanci zhodnotia úroveň pohody v práci. Na základe zhromaždených údajov prijímú opatrenia na zlepšenie (Hassard, 2022).

K ďalším trendom podľa Kuhla (2022) patrí narastajúci počet migrujúcich pracovníkov, starnutie populácie a tým aj pracovníkov, rast v sektore zdravotníctva a s tým súvisiaci vyšší počet žien v práci, mobilnejšia pracovná sila, zvýšenie intenzity práce, opakované organizačné reštrukturalizácie, nárast práce na dohodu, čiastočný úväzok.

Záver

Svet práce sa v dnešnej dobe vyznačuje zvyšujúcimi nárokmi na prácu, najmä v oblasti produktivity, výkonnosti, efektivity, kvality a kvalifikácie (Sventeková, 2021). Súčasnú dobu charakterizujú nielen nové, moderné technológie a vysoko sofistikované pracovné postupy, ale aj doteraz málo výrazné, špecifické záťažové faktory na zdravie pracovníkov. Zvyšuje sa počet pracovníkov, u ktorých sa vyžadujú vyššie nároky na rýchlu, kvalitnú prácu a odborné spracovanie informácií (Domenik, 2010). Zvýšená

psychická pracovná záťaž môže negatívne pôsobiť na zdravie a pracovnú výkonnosť sestry. V súvislosti so záťažou je potrebné špecifikovať účinné preventívne odporúčania pre zamestnancov a zamestnávateľov, ktoré budú nasmerované k minimalizácii výskytu chorôb z povolania a zlepšeniu pracovných podmienok (Dimunová, 2016).

Zoznam bibliografických odkazov

DIMUNOVÁ, L. Vybrané riziká v rámci domácej ošetrovateľskej starostlivosti. In *Sbírka odborných prací ošetrovatelství a sociální práce k 10. výročí příbramského pracoviště Vysoké školy zdravotnictva a sociální práce sv. Alžbety*. Vydání první. Příbram : Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna Vysoké školy zdravotnictva a sociální práce sv. Alžbety, n. o., Jiráskovy sady 240, 261 01 Příbram. 2016. s. 114-118. ISBN 978-80-88206-00-2.

DIMUNOVÁ, L., RAKOVÁ, J., ZAMBORIOVÁ, M. 2019. Hodnotenie psychickej pracovnej záťaže sestier. In *Pracovní lékařství* 2019; 71(1-2): 25-28.

DOMENIK, J. Psychická pracovná záťaž v zdravotníctve. In *Zborník Nové poznatky v oblasti medicínskych vied a ošetrovateľstva, bioetiky a vojenského zdravotníctva*. Ružomberok: VERBUM-vydavateľstvo Katolíckej univerzity v Ružomberku, 2010. s. 100-106. ISBN 978-80-8084-629-9.

ESENER - European occupational health and safety. 2022.
<https://www.eui.eu/Research/Library/ResearchGuides/Economics/Statistics/DataPortal/ESENER>

GUYOT, S.(a) Psychosocial issues. *OSHWiki networking knowledge. EU-OSHA - European Agency for Safety and Health at Work*. [online] 2022; [citované 28.6. 2022]. Dostupné
https://oshwiki.eu/wiki/Psychosocial_issues

GUYOT, S. (b) Psychosocial issues – the changing world of work. *OSHWiki networking knowledge. EU-OSHA - European Agency for Safety and Health at Work*. [online] 2022; [citované 28.6. 2022]. Dostupné
https://oshwiki.eu/wiki/Psychosocial_issues_%E2%80%93_the_changing_world_of_work

HASSARD,J., COX, T., JONES, C. Positive Occupational Health Psychology. *OSHWiki networking knowledge. EU-OSHA - European Agency for Safety and Health at Work*. [online] 2022; [citované 28.6. 2022]. Dostupné
https://oshwiki.eu/wiki/Positive_Occupational_Health_Psychology

HUPKE, M. Psychosocial risk and workers health. *OSHWiki networking knowledge. EU-OSHA - European Agency for Safety and Health at Work*. [online] 2022; [citované 28.6. 2022]. Dostupné oshwiki.eu/wiki/Psychosocial_risks_and_workers_health

KUBEROVÁ, H. Psychohygienu v psychicky náročných povolaniach. In *Zborník Nové poznatky v oblasti ošetrovateľstva a vojenského zdravotníctva*. Ružomberok : VERBUM-vydavateľstvo Katolíckej univerzity v Ružomberku, 2009. s. 24-38.

ISBN 978-80-8084-407-3.

KUHL, K. Sectors and occupations. *OSHWiki networking knowledge. EU-OSHA - European Agency for Safety and Health at Work*. [online] 2022; [citované 28.6. 2022]. Dostupné
https://oshwiki.eu/wiki/Sectors_and_occupations

MILCZAREK, M., HASSARD, J., TEOH, K., COX, T., DEWE, P et al. Výpočet nákladů spojených se stresem a psychosociálními riziky při práci. Evropské observatorium rizik - Průzkum literatury. Luxemburg : Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci. 2014. 37s.

Podpora duševného zdravia v sektore zdravotnej starostlivosti. Európska agentúra pre bezpečnosť a ochranu zdravia pri práci. 12s. 2022.

RICHTER, G. et al. Príručka hodnotenia rizika v malých a stredných podnikoch - Psychická záťaž. Nemecko : Verlag Technik & Information e.K., 2008. 24s. ISBN 978-3-941441-08-8.

SIMOČKOVÁ, V., ZAMBORIOVÁ, M. Self-management ochrany zdravia sestier. In *Zborník Nové poznatky v oblasti ošetrovateľstva a vojenského zdravotníctva*. Ružomberok : VERBUM-vydavateľstvo Katolíckej univerzity v Ružomberku, 2009. s. 269-272.
ISBN 978-80-8084-407-3.

SVENTEKOVÁ, E., MAKOVICKÁ OSVALDOVÁ, L., DLUGOŠ, I., MALÝ, S. psychická pracovná záťaž ako rizikový faktor pracovného prostredia. *Krízový manažment*. 2021; 20(2): 25-32. doi.org/10.26552/krm.J.2021.2

ŠANTAVÁ, T. et al. Prevencia psychickej záťaže pomáhajúcich profesií. *GRANT journal*. 2016; 7(2): 62-67.

Vyhláška MZ SR č. 542/2007 Z. z. o podrobnostiach o ochrane zdravia pred fyzickou záťažou pri práci, psychickou pracovnou záťažou a senzorickou záťažou pri práci

WEBER, C., HENKE, N. Employment trends and their impact on woman 's OHS. *OSHWiki networking knowledge. EU-OSHA - European Agency for Safety and Health at Work*. [online] 2022; [citované 28.6. 2022]. Dostupné
oshwiki.eu/wiki/Employment_trends_and_their_impact_on_women%E2%80%99s_OSH

VPLYV OSTEOPORÓZY NA EMOCIONALITU A SPOLOČENSKÝ ŽIVOT

THE IMPACT OF OSTEOPOROSIS ON EMOTIONALITY AND SOCIAL LIFE

MICHÁLIKOVÁ Zuzana^{1,2}, MELUŠ Vladimír¹

¹Fakulta zdravotníctva, Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne

²Fakulta ošetrovatelstva a zdravotníckych odborných štúdií, Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave

Abstrakt

Východiská: Osteoporóza je systémové ochorenie skeletu, ktoré je definované ako zníženie obsahu kostnej hmoty a narušenie mikroarchitektúry kostného tkaniva, zapríčiňujúce zvýšenú fragilitu, čo rezultuje zvýšené riziko zlomenín už pri minimálnej traume. Osteoporóza predstavuje civilizačné ochorenie s mimoriadnym medicínskym i socioekonomickým rozmerom.

Cieľ: Zistiť, či a do akej miery vplyva ochorenie osteoporóza na emocionalitu a spoločenský život pacientov, využitím hodnotiacich meraní prostredníctvom štandardizovaného dotazníka WHOQOL-BREF a špecifického dotazníka na meranie kvality života SF 36.

Výskumná vzorka: Základným súborom nášho výskumu boli pacienti s diagnostikovaným ochorením osteoporóza. Vzorku výskumu tvorilo 120 pacientov dispenzarizovaných v reumatologickej ambulancii a v dvoch ortopedických ambulanciách. Výskumnú vzorku tvorilo 106 žien a 14 mužov vo veku od 49 do 89 rokov.

Metódy: Na zisťovanie informácií sme ako hlavnú metódu použili dotazník Kvality života WHOQOL-BREF a dotazník SF 36. Na analýzu výsledkov sme použili softvéru InStat® ver. 3,02, Mann-Whitneyov test, neparametrický Spearmanov korelačný koeficient.

Výsledky: Osteoporóza prispieva k znižovaniu kvality života pacientov. Negatívne vplyva na emocionalitu a spoločenský život. Z výsledkov porovnania miery vnímania narušenia bežného spoločenského života medzi mužmi a ženami vyplýva, že rozdiely medzi pohlaviami sú štatisticky významné ($p=0,02$), pričom muži ($x_m=2,0$) vnímajú mieru narušenia vo vyššej miere, ako ženy ($x_m=1,0$).

Záver: Na základe získaných výsledkov sme zistili, že kvalita života pacientov postihnutých osteoporózou je vo veľkej miere znížená. Ovplyvnená je nie len fyzická aktivita ale aj emocionalita a spoločenský život. Progresiou ochorenia a zvyšujúcim sa vekom sa prehĺbujú emocionálne problémy ako je depresia, úzkosť... Zistili sme, že muži vo väčšej miere vnímajú narušenie spoločenského života v porovnaní so ženami. Dôležité je aby, zdravotnícki pracovníci využívali holistický prístup rešpektovaním individuality pacienta, akceptáciou jeho názorov a postojov.

Kľúčové slová: Osteoporóza. Emocionalita. Spoločenský život. WHOQOL-BREF. SF 36.

Abstract

Background: Osteoporosis is a systemic skeletal disease defined as a decrease in bone mass content and disruption of the microarchitecture of bone tissue, causing increased fragility, resulting in an increased risk of fractures with even minimal trauma. Osteoporosis is a disease of civilisation with an extraordinary medical and socioeconomic dimension.

Aim: To investigate whether and to what extent osteoporosis affects patients' emotional and social life, using assessment measures via the standardized WHOQOL-BREF questionnaire and the specific quality of life questionnaire SF 36.

Research sample: the primary population of our research was patients diagnosed with osteoporosis. The research sample consisted of 120 patients dispensed in a rheumatology outpatient clinic and two orthopedic outpatient clinics. The research sample consisted of 106 women and 14 men aged 49 to 89 years.

Methods: We used the WHOQOL-BREF Quality of Life Questionnaire and the SF 36 questionnaire as the main methods to collect information. To analyze the results, we used InStat® software ver. 3.02, Mann-Whitney test, non-parametric Spearman correlation coefficient.

Results: Osteoporosis contributes to a reduced quality of life for patients. Osteoporosis contributes to the deterioration of health and social life. The results of the comparison of the perceived level of disruption in normal social life between men and women show that gender differences are statistically significant ($p=0.02$), with men ($x_m=2.0$) perceiving the level of disruption to a higher degree than women ($x_m=1.0$).

Conclusion: Based on the results obtained, we found that the quality of life of patients affected by osteoporosis is largely reduced. Not only physical activity but also emotionality and social life are affected. Emotional problems such as depression, distress, and anxiety are exacerbated by the progression of the disease and increasing age...We found that men perceive more disruption in their social life compared to women. It is important that, health professionals use a holistic approach by respecting the individuality of the patient, accepting their views and attitudes.

Keywords: Osteoporosis. Emotionality. Social life. WHOQOL-BREF. SF 36.

Úvod

Osteoporóza sa v súčasnosti považuje spolu s kardiovaskulárnymi a onkologickými ochoreniami za civilizačnú chorobu. Predstavuje celosvetovo významne narastajúci zdravotný problém, ktorý vzhľadom na vysoký výskyt fraktúr výrazne prispieva k chorobnosti, úmrtnosti a zvyšuje náklady na zdravotnú starostlivosť (Jackuliak, Payer, 2013). Osteoporóza predstavuje civilizačné ochorenie s mimoriadnym medicínskym i socioekonomickým rozmerom. Výskyt osteoporotických fraktúr (krčok stehrovej kosti, stavce, predlaktie) vo väčšine krajín neustále narastá a udáva sa, že len v Európskej únii každú sekundu jeden z jej obyvateľov utrpí osteoporotickú zlomeninu. Aktuálne informácie z niektorých krajín (napr. USA) poukazujú, že správna diagnostika a najmä prevencia spolu s efektívnou terapiou dokážu tento trend zastaviť (Payer, 2013). Osteoporóza je jedným z najzávažnejších ochorení našej kostry a posledných rokoch sa stáva závažným epidemiologickým, sociálnym, ekonomickým, lekárske a v neposlednom rade i ošetrovateľským problémom. Na Slovensku postihuje 8% obyvateľstva čo predstavuje 400 000 obyvateľov. Postihuje častejšie ženy, ale nevyhýba sa ani mužskej populácii. Situácia v Slovenskej republike je napriek súčasným ekonomickým problémom priaznivá a vďaka ústretovosti Ministerstva zdravotníctva SR i zdravotných poisťovní sa Slovensko radí medzi krajiny s najlepšie rozpracovanou koncepciou starostlivosti o osteoporotických pacientov. Na legislatívnej úrovni už existujú viaceré Odborné usmernenia Ministerstva zdravotníctva SR (pre diagnostiku a liečbu osteoporózy, pre glukokortikoidmi indukovanú osteoporózu a i vo svete novátorské usmernenie pre pacientov po osteoporotických fraktúrach). Máme nadpriemerný počet denzitometrických pracovísk, ktorých odborná úroveň stúpa ako i dostupné terapeutické modality na špičkovej úrovni (Payer, 2013).

Prítomnosť chronických ochorení ako je aj osteoporóza prináša rodine fyzický, ekonomický, sociálny a predovšetkým psychický stres. Významnú úlohu tu zohráva vzájomná komunikácia medzi členmi rodiny. Rodina s dobrou vzájomnou komunikáciou dokáže ľahšie diskutovať o svojich pocitoch a obavách súvisiacich s ochorením a jeho dosahu na fungovanie rodiny. Následkom ochorenia sa mení pacientova sociálna rola, ktorú môžeme definovať ako určitý štandard správania sa, ktorý ostatní členovia rodiny a spoločnosti od neho očakávajú. Roly a povinnosti, ktoré predtým vykonával chorý člen rodiny, sa presúvajú na ostatných členov, prípadne zostanú po celý čas nezastúpené. Všetky tieto zmeny prispievajú k zmene kvality života pacientov, ktoré vyvolávajú u nich pocit menej cennosti, zníženie sebaúcty a ich potreba sebarealizácie nie je naplnená. Strácajú zmysel života, uvedomujú si, že sú závislí od pomoci iných. Ich psychické zdravie je podlomené, trpia úzkosťou, depresiami, strachom, majú obavy z budúcnosti. Za takýchto okolností je veľmi dôležité, aby mal pacient podporu svojej rodiny (Bočáková, Rolníková, 2007). Pacienti

postihnutí osteoporózou trpia predovšetkým častým výskytom bolestí prevažne v dôsledku vertebrálnych zlomenín, ktoré sú v príčinnej súvislosti s chronickou bolesťou, ale aj sekundárnymi deformitami. Okrem toho môžu spôsobovať psychické problémy, keďže pacient má obmedzené fyzické schopnosti, trpí sociálnou izoláciou a stratou vzrastu (Masaryková, et al., 2014).

Cieľ

Cieľom práce bolo zistiť, či a do akej miery vplýva ochorenie osteoporóza na emocionalitu a spoločenský život pacientov. Aké životné zmeny nastali v emočnej oblasti po prepuknutí ochorenia.

Pre naplnenie hlavného cieľa sme si stanovili nasledujúce čiastkové ciele:

1. Zistiť vplyv pohlavia na zmenu v spoločenskom živote po prepuknutí ochorenia osteoporóza.
2. Zistiť vplyv veku na emocionálne problémy (depresia, úzkosť,...) pacientov s diagnostikovaným ochorením osteoporóza.

Metódy

Výskumný súbor

Základným súborom nášho výskumu boli pacienti s diagnostikovaným ochorením osteoporóza. Vzorku výskumu tvorilo 120 pacientov ($n = 120$) dispenzarizovaných v reumatologickej ambulancii alebo v ortopedickej ambulancii. Z reumatologickej ambulancie bolo 40 pacientov a 80 pacientov z ortopedických ambulancií. Výskumnú vzorku tvorilo 106 žien a 14 mužov vo veku od 49 do 89 rokov. Základným kritériom výskumu bolo diagnostikované ochorenie osteoporóza a súhlas so zaradením do výskumu. Vylučujúcim kritériom bolo ťažké zrakové postihnutie, kognitívna porucha a nesúhlas so zaradením do výskumu.

Metodika

Hlavnou výskumnou metódou bol štandardizovaný Dotazník kvality života WHOQOL-BREF a dotazník SF 36. Otázky dotazníka WHOQOL-BREF vychádzajú z viacerých vyjadrení o kvalite života, zdraví a pohode od ľudí s chorobou a bez nej a od zdravotníckych odborníkov. WHOQOL-BREF je dotazník, ktorý obsahuje 26 otázok o tom, ako jednotlivci vníma svoje zdravie a pohodu počas predchádzajúcich dvoch týždňov. Odpovede na otázky sú na Likertovej škále od 1 do 5, kde 1 znamená „nesúhlasím“ alebo „vôbec nie“ a 5 znamená „úplne súhlasím“ alebo „mimoriadne“. WHOQOL-BREF pokrýva štyri domény fyzické zdravie, psychologické, sociálne vzťahy a životné prostredie, z ktorých každá má špecifické aspekty.

Dotazník SF 36 bol navrhnutý na použitie v klinickej praxi. Všeobecne je dotazník SF 36 citlivý ku všetkým zdravotným problémom fyzického charakteru aj k celkovému duševnému zdraviu. Dotazník je použiteľný na zistenie kvality života pri širokom spektre ochorení napr. pre schizofréniu, rakovinu prsníka, depresiu, astmu, poruchy nálady a úzkostné stavy, syndróm karpálneho tunela a mnohé ďalšie (Ware, Sherbourne, in Solgajová, Vöröšová, Zrubcová, 2017). V Slovenskej republike je tento generický dotazník SF 36 určený na hodnotenie indexu HRQL aj pri neurologických ochoreniach (Šťastná, in Solgajová, Vöröšová, Zrubcová, 2017). Dotazník obsahuje celkom 36 položiek rozdelených do 8 dimenzií. Jednotlivé dimenzie sú: Fyzické fungovanie, Fyzické obmedzenia, Telesná bolesť, Všeobecné zdravie, Vitalita, Sociálne fungovanie, Emočné problémy, Duševné zdravie. Dotazník obsahuje nezaradenú jednu položku, ktorá nepatrí do žiadnej dimenzie. Táto položka opisuje

súčasnú zdravie v porovnaní so zdravím pred rokom. Ide o jednu samostatnú položku (otázku), počet možných odpovedí na ňu je 5. Položky dotazníka sú formulované tak, že vyššie skóre signalizuje lepší index HRQL. Rozmedzie skóre je od 0 do 100 bodov. Skóre pod 50 môže byť interpretované ako pod normou všeobecnej populácie. Nižšie skóre SF 36 signalizuje napríklad horší zdravotný stav, dlhodobé ochorenie (Šťastná, in Solgajová, Vöröšová, Zrubcová, 2017).

Spracovanie dát

Štatistické spracovanie sme vykonali s využitím softvéru InStat® ver. 3,02 (GraphPad, Inc, USA, 1998). V závislosti na povahe spracovávaných dát sme využili neparametrické testy. V prípade porovnávania dvoch premenných bol použitý Mann-Whitneyov test, v prípade stanovenia korelácií sme využili neparametrický Spearmanov korelačný koeficient. Štatistickú významnosť rozdielov sme určovali na základe bežnej uzancie p -hodnoty testovacieho kritéria nižšej, ako číselná hodnota 0,05.

Výsledky a diskusia

Výsledky porovnania miery vnímania narušenia bežného spoločenského života medzi mužmi a ženami udáva tabuľka 1 z údajov vyplýva, že rozdiely medzi pohlaviami sú štatisticky významné ($p=0,02$), pričom muži ($x_m=2,0$) vnímajú mieru narušenia vo vyššej miere, ako ženy ($x_m=1,0$). Škálovanie tejto otázky bolo vzostupné v zmysle poradia: vôbec nie – trochu – mierne – pomerne dosť – veľmi silne. Môžeme konštatovať, že celková miera vnímania narušenia nebola veľmi výrazná a ženy takmer vôbec nevnímali narušenie bežného spoločenského života (ak interpretujeme medián a rozsah daný minimálnou a maximálnou hodnotou). Chceme poznamenať, že aritmetický priemer a smerodajnú odchýlku uvádzame v tabuľke 1 iba pre formálnu úplnosť, avšak vzhľadom k neprítomnej normalite distribúcie dát (dotazníková škála) nie je možné ich využiť na interpretáciu. Podobné výsledky publikoval aj Cohut (2019) na veľkej skupine žien vo veku 50 rokov a viac zistil prekvapivú súvislosť medzi nízkou kvalitou sociálnych vzťahov a úbytkom kostnej hmoty. Toto zistenie ďalej zdôrazňuje význam vzťahov - nielen pre duševnú a emocionálnu pohodu, ale aj pre fyzické zdravie.

Tabuľka 1 Miera vnímania narušenia bežného spoločenského života v definovanom čase

Pohlavie	n	$\bar{x}$	sd	x_m	$min.$	$max.$	p
muži	14	2,9	1,4	2,0	1	5	0,02
ženy	106	2,0	1,2	1,0	1	5	

Legenda: n – počet pacientov, $\bar{x}$ – aritmetický priemer, sd – smerodajná odchýlka, x_m – medián, $min.$ – minimálna hodnota, $max.$ – maximálna hodnota, p – p -hodnota testovacieho kritéria Mann-Whitneyovho testu

Druhým cieľom našej práce bolo zistiť vplyv veku na emocionálne problémy (depresia, úzkosť,...) pacientov s diagnostikovaným ochorením osteoporóza. Výsledky sú uvedené v tabuľke 2, pričom sú veľmi zaujímavé. Prvým dôvodom je fakt, že všetky korelačné koeficienty sú štatisticky významne odlišné od nulovej hodnoty ($<0,001$). Pomerne silný kladný vzťah sme zistili medzi vekom a elánom ($R=0,62$), stredne silný medzi vekom a pocitom energie ($R=0,51$) a pokojom a pohodou ($R=0,47$). Stredne silný negatívny vzťah sme zistili medzi vekom a: pocitom únavy ($R=-0,50$), zlým cítením ($R=-0,45$), vyčerpanosťou ($R=-0,45$) a smútkom a sklesnutosťou ($R=-0,43$). Z toho vyplýva, že naozaj so zvyšujúcim sa vekom s diagnózou osteoporóza sa pacienti

cítia nervózne, skleslejšie a bez energie. Singh et al. (2020) tiež zistil, že u osôb s osteoporózou sa skóre bolesti postupne zvyšovalo so zvyšujúcim sa vekom, čím sa poukázalo na zlú kvalitu života pre bolesť u osôb vo veku ≥ 70 rokov, a to bolo štatisticky významné. Podobný trend sa v skupine s osteoporózou zaznamenal aj v prípade fyzických a sociálnych funkcií a celkovej škály QUALEFFO-41.

Brennan-Olsen a kol. (2017) na základe prierezovej štúdie 893 austrálskych mužov vo veku 24-92 rokov uviedli, že obmedzená schopnosť vykonávať každodenné úlohy mala silný negatívny vplyv na kvalitu života u všetkých z nich bez ohľadu na ich vek a intenzitu symptómov úzkosti a depresie. Moriyama et al. a Ferrier et al. (2008) zistili, že osteoporóza vyvoláva u ľudí pesimizmus, zhoršuje ich náladu a spôsobuje nespavosť a únavu.

Tabuľka 2 Vzťah veku k emocionálnym problémom u pacientov s osteoporózou

Ako často min. mesiac:	<i>n</i>	<i>R</i>	interval spoľahlivosti		<i>p</i>
			-95%	+95%	
Ste sa cítili plný elánu?	120	0,62	0,49	0,72	<0,001
Ste boli veľmi nervózny?	120	-0,29	-0,45	-0,11	0,001
Ste sa cítili tak mizerne, že Vás nič nemohlo rozveseliť?	120	-0,45	-0,59	-0,29	<0,001
Ste pociťovali pokoj a pohodu?	120	0,47	0,32	0,61	<0,001
Ste boli plný energie?	120	0,51	0,37	0,64	<0,001
Ste sa cítili smutne a skleslo?	120	-0,43	-0,57	-0,26	<0,001
Ste sa cítili vyčerpaný?	120	-0,45	-0,58	-0,29	<0,001
Ste boli šťastný?	120	0,44	0,27	0,57	<0,001
Ste sa cítili unavený?	120	-0,50	-0,62	-0,34	<0,001

Odporúčania pre prax

Zdravotnícki pracovníci, by mali využívať holistický prístup rešpektovaním individuality pacienta, akceptáciou jeho názorov a postojov. Motivovať sestry k individuálnemu prístupu k zvyšovaniu kvality života pacientov s osteoporózou. Všetkými dostupnými metódami sa snažiť zmierňovať prípadne odstrániť bolesť a zabrániť tak vzniku porúch spánku, pocitom psychickej nepohody a depresie vyvolanej bolesťou. Tematicky zamerať semináre sestier na celkovú kvalitu života pacientov postihnutých osteoporózou, zdôrazniť, že ochorenie postihuje nie len fyzickú stránku, ale vo veľkej miere aj emočnú.

Záver

U pacientov s osteoporózou sa stretávame s častým výskytom bolesti, hlavne v dôsledku vertebrálnych zlomenín, ktoré sú častou príčinou nielen chronických bolesti, ale aj sekundárnych deformít. Okrem toho môžu vyvolať psychické problémy v dôsledku zníženia fyzických schopností, sociálnu izoláciu (Masaryková et al. 2014). Osteoporóza je právom označovaná ako tichý zabijak kostí. Jej vývoj je pomalý a často bez symptómov. V boji proti nej je najdôležitejšia včasná prevencia a eliminácia rizikových vplyvov. Ovplyvňuje negatívne kvalitu života vo viacerých dimenziách. V rámci ošetrovateľskej starostlivosti je potrebný holistický prístup

k pacientovi, uspokojovanie jeho bio-psycho-socio-sprituálnych potrieb a hlavne zmierňovanie bolesti.

Cieľom práce bolo zistiť, či a do akej miery vplýva osteoporóza na emocionalitu a spoločenský život pacientov. Túto problematiku sme skúmali pomocou Dotazníka kvality života WHOQOL-BREF a dotazníka SF 36. Výsledky výskumu sme spracovali do tabuliek. Po analýze výsledkov môžeme konštatovať, že stanovené ciele, hlavný i čiastkové sa nám podarilo dosiahnuť. Prvým čiastkovým cieľom bolo zistiť vplyv pohlavia na zmenu v spoločenskom živote po prepuknutí ochorenia osteoporóza. Zistili sme, že muži vnímajú mieru narušenia v spoločenskom živote vo vyššej miere ako ženy. Druhým čiastkovým cieľom bolo zistiť vplyv veku na emocionálne problémy pacientov s diagnostikovaným ochorením osteoporóza. Na základe nami získaných výsledkov sa nám podarilo zistiť, že so zvyšujúcim sa vekom pri diagnóze osteoporóza sa pacienti cítia nervózne, skleslejšie a bez energie, sú vyčerpaní a bez elánu do života.

Duševné zdravie je jednoznačným elementom, ktorý výrazne vplýva na kvalitu života. Osteoporóza a jej následky prostredníctvom celkovo negatívnych dopadov na psychiku človeka a spoločenský život, môžu značným spôsobom zhoršovať kvalitu života. Zdravie človeka vo veľkej miere ovplyvňuje strava, pohyb, zdravý životný štýl pozitívne myslenie a uspokojivý spoločenský život. Nie len pacienti s osteoporózou, ale aj široká verejnosť by sa mala snažiť o lepší prístup k sebe samému a tým predchádzať mnohým bio-psycho-sociálnym problémom.

Zoznam bibliografických odkazov

BOČÁKOVÁ O., ROLNÍKOVÁ B. *Sociológia v kontexte nelekárskych zdravotníckych odboroch*. Trenčín: TnUAD, 2007. 113 str. ISBN 978-80-8075-192-0.

BRENNAN-OLSEN S.L., PASCO J.A., HOSKING S.M., DOBBINS A.G., WILLIAMS L.J. Poor quality of life in Australian men: Cross-sectional associations with obesity, mobility, lifestyle and psychiatric symptoms. *Maturitas*.2017;103:32–36.

MASARYKOVÁ L. et al. Osteoporóza a kvalita života. *Praktické lekárnictvo*. 2014; 4 (4): 98-102.

MORIYAMA C.K., ONEDA B., BERANRDO F.R., CARDOSO C.G., FORJAZ C., ABRAHAO S.B., MION D., FONSECA M., TINUCCI T. A randomized, placebo-controlled trial of the effects of physical exercises and estrogen therapy on health-related quality of life in postmenopausal women. *Menopause*. 2008; 15:613–618.

PAYER J. Osteoporóza ako závažný problém. *Via practica*. 2013; 10 (3-4): 91.

PAYER J., JACKULIAK P. Osteoartóza- degeneratívne kĺbne ochorenie. *Zdravotnícke noviny*. 2013; 37: 12- 15.

SINGH N., KUMAR D., YADAV G., SRIVASTAVA MK., MISHRA SR., GUPTA AK., JAUHARI S., ROY MS. Comparison of Quality of Life and Bone Mass Density among Postmenopausal Women: A Cross-sectional Study. *J Midlife Health*. 2020; 11(4): 224-230.

SOLGAJOVÁ A., VÖRÖŠOVÁ G., ZRUBCOVÁ D. Determinanty kvality života pacientov po cievnej mozgovej príhode. *Ošetrovateľstvo*. 2017; 7 (1): 35.

COHUT M. Osteoporosis: Does poor social life impact bone health?. *Medical News Today*. 2019.

EVALUATION OF THE OCCURRENCE OF PAIN IN PATIENTS WITH VENOUS ULCERATION OF THE LOWER LIMB – A REVIEW OF SELECTED STUDIES CONDUCTED AT THE OUTPATIENT CLINIC FOR THE TREATMENT OF CHRONIC WOUNDS IN BYDGOSZCZ

MOŚCICKA Paulina^{1,2}, CWAJDA – BIAŁASIK Justyna^{1,2}, JAWIEŃ Arkadiusz³,
SZEWCZYK Maria T.^{1,2}

¹*Department of Perioperative Nursing, Nicolaus Copernicus University in Toruń, Ludwik Rydygier Collegium Medicum in Bydgoszcz, Poland*

²*Outpatient Department for Chronic Wound Management, University Hospital No 1 in Bydgoszcz, Poland*

³*Department of Vascular Surgery and Angiology, Nicolaus Copernicus University in Toruń, Ludwik Rydygier Collegium Medicum in Bydgoszcz, Poland*

Abstract

Background: Chronic Venous Insufficiency and venous ulcers are often painful and are estimated to affect up to 64% of patients. This pain can occur both at rest and during dressing changes, which can intensify it. These discomforts affect not only the patient's quality of life, but also the course of wound healing, as their effective management guarantees therapeutic discipline and thus increases therapeutic success.

Aim: A review of selected studies conducted at the Chronic Wound Healing Clinic in Bydgoszcz.

Material and methods: We conducted a literature review using the CM Medical Library database at: <https://bm.cm.umk.pl/>, the Medical Library, the advanced PubMed database at: www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/. We used a combination of keywords in Polish, viz: "pain", "quality of life", "skin care", "dressing", "compression therapy" and "venous ulceration", "Bydgoszcz". We did not impose restrictions on the date and language of publication. Only full-text papers that originated in the Bydgoszcz center were selected.

Results: Out of 587 papers, including research papers, review papers and case studies, we selected 6 publications meeting the criteria for review. Pain has been shown to be a significant problem in patients with venous leg ulcers. Implementation of comprehensive holistic care seems to contribute to a significant reduction in the incidence and severity of pain.

Keywords: Pain. Venous ulceration. Comprehensive care.

Introduction

The phenomenon of pain (Latin: dolor), which has accompanied man since the beginning of his existence, has always been associated with illness or external injury or wounding. For many years, the terms pain and disease were used interchangeably. It is now known that pain is a subjective phenomenon, individually variable, and therefore difficult to define. According to Prof. V. Ventafrida-a World Health Organization (WHO) expert on palliative care-pain is just the tip of the iceberg, called suffering, and this suffering consists of somatic, psychological, spiritual, and social factors [1]. The definition formulated by the International Association for the Study of Pain encompasses most of the aforementioned factors and describes pain in terms of an unpleasant sensory and emotional experience resulting from tissue damage. It says that pain is an unpleasant sensory and emotional experience associated with, or described in terms of, currently occurring or potential tissue damage [2]. In most cases, the persistence of the disease process makes pain pathological in character, limiting the functionality of patients and reducing their quality of life. Recently, it has been emphasized that pain is one of the most troublesome symptoms of chronic wounds.

These, in turn, pose a serious medical problem - they are difficult to treat and are associated with many complications. Although Poland lacks accurate epidemiological data describing the incidence of various types of chronic wounds, it is believed that bedsores and leg ulcers are among the most common. Among the latter, venous (about 80%), arterial and arteriovenous ulcers (10-25%), as well as diabetic ulcers developing from ischemic and/or neuropathic disorders constitute a significant group [3,4].

Aim of the study - a review of selected studies conducted at the Chronic Wound Healing Clinic in Bydgoszcz.

Material and methods - We conducted a literature review using the CM Medical Library database at: <https://bm.cm.umk.pl/>, the Medical Library, the advanced PubMed database at: www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/. We used a combination of keywords in Polish, viz: "pain", "quality of life", "skin care", "dressing", "compression therapy" and "venous ulceration", "Bydgoszcz". We did not impose restrictions on the date and language of publication. Only full-text papers that originated in the Bydgoszcz center were selected.

Pain during venous ulcers of the lower limbs

Chronic Venous Insufficiency (CVI) is a syndrome of progressive symptoms associated with discomfort and burning sensations, up to constant or acute pain. Although venous ulcers were thought to be relatively painless in the past, it is now known that many patients experience severe pain [5,6]. Pain can be associated with the disease, with ulceration, tissue inflammation and infection. It can be constant, intermittent, or episodic, such as during dressing changes. On the one hand, the pain associated with lower extremity ulcers is physiological in nature, as it is a consequence of a break in tissue continuity. On the other hand, because of the prolonged inflammatory process that accompanies chronic wounds, there may be pathology, disturbed activity of the pain conduction and modulation system and the transition of acute pain to chronic pain. Its intensity varies over time (most often increasing with increasing tissue damage), and complaints can take on different dimensions [4,6].

Pain significantly affects the patient's treatment, as well as his quality of life. Prolonged pain can discourage the patient from participating in therapy [7-10]. Most often, pain is more severe in the initial period of therapy, and is reduced with the progress of healing, and the use of compression therapy [8]. Treatment of pain depends on its cause. Clinically, swelling after prolonged standing and dilated veins are signs of incipient CVI. Patients often describe dull pain that worsens at the end of the day. In these cases, compression stockings, limb elevation and walking often help. In addition, attention should be paid to other factors contributing to CVI - obesity, a sedentary lifestyle and other concomitant diseases. The clinician must remember that pain can also occur after the ulcer has healed. Helpful in determining the causes of pain is the wound related pain (WRP).

Wound preparation is associated with standard activities using anesthetics (local or general) for pain relief.

Wound care - normal procedures such as removing or applying a dressing or washing the wound cause pain. Both pharmacological and non-pharmacological techniques are used to control it.

Piercing pains occur during the patient's daily activities - movement, coughing, shifting of the dressing.

Wound substrate - pain occurs during the patient's rest when there is no irritation of the wound. It can be continuous (like a toothache) or intermittent (like muscle cramps or night pain). This pain results from factors acting locally on the wound - ischemia, infection, maceration), but also from comorbidities (such as diabetic neuropathy, lower extremity ischemia, rheumatic arthritis, dermatological diseases). It also happens that although the pain sensation does not originate in the wound, it can affect its substrate (e.g., shingles, osteoarthritis, cancer).

Psychological and environmental factors – age, education level, environment, previous pain experiences - can affect patients' experience of pain and how they describe it. The nurse caring for the patient should consider these patient experiences and beliefs about the cause of pain, as they have a strong influence on the patient's acceptance of certain methods of pain management.

Pain assessment and monitoring

Pain associated with venous ulceration should be continuously and regularly evaluated. Such elements as the type, intensity, nature, extent, its location, triggers and relievers should be taken into account. Based on these data, a management plan is developed for each patient, including the use of analgesics, exercise, compression therapy and/or elevation of the lower limb [12,13]. Systematic monitoring of pain ensures proper modification of therapeutic management, as increasing pain may be an indicator of a developing infection or inappropriate local management. Tools that allow the patient to determine the intensity of pain such as the Numerical Rating Scale (NRS), Visual Analogue Scale (VAS), Verbal Rating Scale (VRS), or pain diaries are helpful in assessing pain intensity [12,14-18].

Comprehensive care for patients with venous ulceration

Comprehensive therapy of venous ulcers of the lower limbs influences the dynamics of healing and contributes to reducing the symptoms of the disease, associated with both venous hypertension and its consequences. Therefore, pain assessment should be a regular part of therapy in all centers dealing with patients with chronic wounds. One of the leading centers in Poland for interdisciplinary and comprehensive care of patients with venous ulceration is the Chronic Wound Management Clinic in Bydgoszcz. Assessment and monitoring, as well as minimizing pain, are among the most important elements of care. The outpatient clinic was established by Prof. Maria T. Szewczyk in 1998-1999 within the Department of General Surgery, headed by Prof. Arkadiusz Jawień [19-22]. The outpatient program of care for patients with venous ulceration is based, among other things, on the assumptions of causal treatment, modern methods of wound dressing and patient education. In the clinic, a lot of research has been done on the care of patients with venous ulceration for more than 20 years. Since the predominant symptom in patients with CVI and ulceration is pain, therefore, in most of the studies conducted, it was one of the most important and most frequently analyzed factors. The visual analog scales VAS, NRS and VRS were most often used in the included studies.

One study [23] analyzed the medical records of 754 patients treated at the Chronic Wound Management Clinic for venous ulceration of the lower limb. Subjective pain intensity was measured at weekly intervals using an 11-point visual analog scale (VAS). A significant decrease in VAS scores was observed throughout the analysis period. Higher pain intensity at follow-up was dependent on the presence of pus and/or odor from the ulcer at the first visit, as well as the presence of a wound location on the posterior surface of the shin. The presence of redness of the ulcer at the first visit was associated with lower pain intensity. The study showed that the implementation of comprehensive holistic care can significantly reduce the incidence and severity of pain in a patient with venous ulceration.

Impact of pain on quality of life of patients with venous ulceration

Although skin lesions including venous ulceration are rarely a cause of immediate life-threatening pain, patients find them far more troublesome than most chronic somatic diseases, which can be life-threatening [24]. For many patients with ulceration, "the pain is sometimes unmanageable, taking analgesics does not help much" [25]. Nerve endings that are damaged by prolonged or frequently repeated tissue loss are often responsible for the lack of response to the pharmacological analgesics used [26].

In one research work [18] conducted at the Chronic Wound Treatment Clinic in Bydgoszcz, the health situation of patients with venous ulceration was described. 40 patients with venous ulcers were selected for the study. The study was conducted based on nursing interview (Nursing History) and Community health nursing questionnaire. The analysis showed that pain was present in 87% of the patients studied, moreover, it was more common in patients with small ulcers. As many as 87 % of patients took pain medications an average of 22 times a month, most often Tramal, Ketonal, Pyralgin. In contrast, another study [27] conducted at the Chronic Wound Healing Clinic in 2007 analyzed the psychological and social problems of patients with Chronic Venous Insufficiency and venous ulceration. Fifty patients were considered for the study, including 26 women and 24 men. It was shown that among the physical symptoms of the disease, the presence of pain (72%) was most frequently reported, followed by swelling (66 %) and local redness of the skin around the ulceration.

Effect of compression therapy on pain complaints

Compression therapy is the golden standard for treating venous ulcers. When the appropriate level of compression is applied and the effects of venous hypertension are abolished, and local wound healing is optimized, pain relief and improved comfort can be achieved [28]. One study [29] conducted at a center in Bydgoszcz compared the healing dynamics of venous ulcers using compression stockings and original two-layer and four-layer dressing systems. 46 patients with venous ulceration were considered for the study. A general scoring method was used among all patients. The score indicated the severity of chronic venous insufficiency according to CEAP, C6. The name is derived from the first letters of the following words: Clinical (symptoms), Etiological (classification), Anatomy (anatomy), and Pathology (dysfunction). Clinical (C) classification represents the increasing progression of venous disorders, where C6 - defines active ulceration [5]. Point values were assigned from "0" to "2" (the most severe parameter on the scale). Eight parameters were evaluated: pain, swelling, skin melanosis, lipodermatosclerosis, ulcer area, duration of ulceration, recurrence, and

number of ulcerations. Patients could score a maximum of 16 points. The overall evaluation of scale parameters was carried out during the first and last week of the study. In the study presented here, clinical symptoms were reduced ($p < 0.001$) in all three CEAP; C6 groups within 12 weeks after the application of compression therapy. The results of our study, as well as data from the literature describing the effectiveness of different types of compression show that they have a significant effect on the healing process of venous ulcers, as well as on the reduction of pain. For comparison, a pilot study was conducted in Canada at one of the Wound Healing Centers on 42 patients with venous ulceration. The outpatient clinic was run by experienced nurses in wound care and the care of patients with venous ulceration, including performing ankle-brachial index and applying compression therapy, among other things. Patients with newly diagnosed ulceration who had not previously received compression therapy were considered in the study. Pain complaints were assessed once a week using two scales: a numerical scale and an analog scale. The observation period lasted 3 months. All patients participating in the study were prescribed compression therapy. In 90% of the patients, compression was prescribed in the form of specialized bandages (in 45% of the patients, the compression oscillated between 41 and 50mmHg, in another 45% of the patients - between 31 and 40mmHg), while the remaining 10% were prescribed ready-made compression products. The study showed that at the first visit, pain was present in as many as 85% of the patients, of whom 61% rated the level of pain as medium to high. At the end of the follow-up period, slightly fewer patients reported the absence of pain, but all subjects showed that pain decreased with the duration of treatment [8].

Effect of topical treatment on pain complaints

Pain intensity can also be modified with appropriately selected topical therapy. Regulation of the local wound environment abolishes the negative effects of prostaglandins, including prostaglandin PGE₂ that sensitizes nerve endings and pain receptors. In the initial phase of injury, pain can serve a protective function as it informs about the location and extent of the wound. However, persistent tissue damage becomes a stimulus for the development of chronic pain, lacking a physiological protective function. This results in increased sensitivity of the wound and surrounding skin [7,17]. The properties of the dressing, which provide a moist healing environment and a microclimate that is compatible with the characteristics of the wound, reduce the intensity of background and adventitious pain. The dressing should protect the wound from excessive drying or the effects of moisture macerating the skin and damaging the wound. Irritation of nerve endings is less in a moist environment. There is also less possibility of tissue damage. Damage most often occurs during the removal of dry, gaseous and desiccating dressings, which dry to the wound surface. Changing such dressings should be seen as a repetitive damaging stimulus, sustaining the source of pain and aggravating it. In addition to dressings, some topical preparations aggravate pain-these include cytotoxic agents, antibiotics, and various types of ointments and lubricants, which should not be applied to the surface of wound tissues [3,30]. In a study conducted by Szewczyk and co-authors, an attempt was made to evaluate the effectiveness of polyurethane dressings in the treatment of venous shin ulcers and to assess wound pain. The study was conducted at the Chronic Wound Treatment Clinic in Bydgoszcz. Twenty patients with venous ulceration who had indications for an absorbent dressing were enrolled in the study. The level of pain intensity of the wound area was analyzed during the following 6 weeks of treatment. Wound-related pain was present in all patients participating in the study. Before the start of treatment, patients

reported severe to excruciating pain (between 5 and 10 points on the VAS scale), and during treatment it was moderate (between 4 and 9 points on the VAS scale). Mean pain intensity scores changed significantly during the 6-week follow-up ($p < 0.05$). At the end of therapy, pain had less of an impact on patients' sleep, mood, and daily functioning [31].

Effect of skin care on pain reduction

According to the Guidelines [32,28,33], skin care is an integral part of caring for a patient with a chronic wound and is as important as caring for the wound itself. The process can be disrupted, for example, by maceration, when excess moisture loosens the delicate structure of the skin surrounding the ulcer. Damage to the stratum corneum, changes in pH abolish its protective functions and increase the risk of additional damage [34]. Irritating effects can be caused by improperly used cosmetics and care products, especially detergents. Redness, rash, and pain can occur on the skin surface as a result of irritants. Another factor that adversely affects the course of therapy is improper skin care, the incompetent use of skin care products or lack of skin hygiene [28]. Patients often avoid contact with water for fear of getting the wound wet. Thus, they do not wash their extremities or the skin around the ulcer and focus only on securing the wound and placing a specialized dressing. One paper [35] describes two cases of patients with ulceration, in which the relationship between the occurrence of pain and the lack of hygiene and skin care was highlighted. The first patient, after a 3-month treatment and the use of wound hygiene and proper skin care, no longer experienced annoying itching and burning of the skin around the wound. In the second case, during the 3-month therapy, a satisfactory effect was obtained in the form of a systematic reduction of pain and itching on the skin around the wound.

Summary

The implementation of comprehensive holistic care seems to contribute to a significant reduction in the occurrence and severity of pain.

References

- [1] Stachowiak-Andrysiak M, Mikstacki A. Wpływ bólu przewlekłego na funkcjonowanie pacjentów i ich rodzin. *Nowiny Lekarskie* 2005; 74: 255-8.
- [2] Deklaracja Europejskiej Federacji (EFIC) Oddziałów Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu (IASP) odnośnie bólu przewlekłego 2001. Dostępne na: www.iasp-pain.org
- [3] Briggs M, Ferris FD, Glynn Ch i wsp. Zasady ograniczania bólu w czasie zabiegów związanych z opatrywaniem ran – konsensus. Inicjatywa Światowej Unii Towarzystw Leczenia Ran. *Leczenie Ran* 2006; 3 (1): 1-8.
- [4] Szewczyk MT, Jawień A. Wybrane aspekty zachowawczego leczenia owrzodzeń żylnych. Część I. Kompresjoterapia. *Post Alergol Dermatol* 2005; 22: 133-40.
- [5] Eklof B., Ruthefor R.B., Bergan J.J. et.al. Revision of the CEAP classification for chronic venous disorders: Consensus statement. *Journal Vascular Surgery* 2004; 40;6
- [6] Kunimoto B., Colling M., Gulliver W., et al. Best Practices for the Prevention and Treatment of Venous Leg Ulcers. *Ostomy Wound Management* 2001;47;2:34-50.

- [7] Moffatt CJ, Franks PJ, Hollinworth H. Understanding wound pain and trauma: an international perspective. London: MEP. Ltd, 2002: 2-7.
- [8] Nemeth K.A., Harrison M.B., Graham I.D. et al. Understanding venous leg ulcer pain: results of a longitudinal study. *Ostomy Wound Manage* 2004;50;1:34-46.
- [9] Walshe C. Living with a venous leg ulcer: a descriptive study of patients' experiences *Journal of Advanced Nursing*, 1995;22,1092-1100.
- [10] Ryan S., Eager C., Sibbald R.G. Venous leg ulcer pain. *Ostomy Wound Manage* 2003; 49;4:16-23.
- [11] World Union of Wound Healing Societies. Principles of Best Practice: Minimising Pain at Wound Dressing-Related Procedures. A Consensus Document. London: MEP Ltd, 2004. Available from URL: <http://www.wuwhs.org>
- [12] Fórmankiewicz B. Ból w owrzodzeniu żylnym goleni. W: Jawień A., Szewczyk M.T. (red.). *Kliniczne i pielęgnacyjne aspekty opieki nad chorym z owrzodzeniem żylnym goleni*. Wydawnictwo Medyczne Teremdia, Poznań 2008:133-150.
- [13] Moffat Ch, Harper P. *Leg ulcer*. Churchill Livingstone, London 1997.
- [14] Białasik B, Muszalik M, Szewczyk MT. Ocena dolegliwości bólowych u chorych z owrzodzeniem kończyny dolnej. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2007;4:150-157.
- [15] Mayberry J, Moneta G, Taylor L, Porter J. Fifteen-year results of ambulatory compression therapy for chronic venous ulcers. *Surgery* 1991; 109: 575-81.
- [16] Samson RH, Showalter DP. Stockings and the Prevention of Recurrent Venous Ulcers. *Phlebology, Dermatology Surgery* 1996;22;373-376.
- [17] Moffatt CJ European Wound Management Association (EWMA) Position Document: Pain at wound dressing changes. 2002, London MEP Ltd: I.
- [18] Leren L, Johansen E, Eide H. et al. Pain in persons with chronic venous leg ulcers: A systematic review and meta-analysis. *Int Wound J*. 2020;17:466–484.
- [19] Szewczyk MT, Jawień A. Sytuacja zdrowotna chorych z owrzodzeniem żylnym. *Valetudinaria, Post. Med. Klin. Wojsk.* 2002: T. 7, nr 3, s. 44-49.
- [20] Szewczyk MT Leczenie owrzodzeń żylnych goleni metodą kompresji. *Pol. Med. Paliat.* 2003;T 2; 4; s. 295.
- [21] Szewczyk MT, Jawień A. Program leczenia owrzodzeń żylnych goleni. *Biul. Kraj. Konsult. Med.* 2004.10; 26.
- [22] Szewczyk MT. Ocena dynamiki procesu gojenia owrzodzeń żylnych z zastosowaniem kompresjoterapii i holistycznego modelu opieki pielęgniarstwiej. *UMK CM, Bydgoszcz*, 2006, s. 159.
- [23] Mościcka P, Cwajda- Białasik J, Jawień A, Sopata M, Szewczyk MT. Occurrence and Severity of Pain in Patients with Venous Leg Ulcers: A 12-Week Longitudinal Study. *J. Clin. Med.* 2020, 9, 3399; doi:10.3390/jcm9113399.
- [24] Żelazny I, Nowicki R, Majkowicz M et al. Jakość życia w chorobach skóry. *Przewodnik Lekarza* 2004;9:60-5.

- [25] Walshe C. Living with a venous leg ulcer: a descriptive study of patients' experiences *Journal of Advanced Nursing*, 1995;22,1092-1100.
- [26] Wulf H, Baron R. The theory of pain. Position Document Pain at wound dressing changes. EWMA. Medical Education Partnership LTD.2002; 8-11.
- [27] Szewczyk MT, Rogala J, Cwajda J i wsp. Psychologiczne i społeczne problemy chorych z przewlekłą niewydolnością żylną i owrzodzeniem. *Postępy Dermatologii i Alergologii XXIV*; 2007;5:207-210.
- [28] Szewczyk MT, Jawień A i Zespół ekspertów. Zalecenia specjalistycznej opieki pielęgniarskiej nad chorym z owrzodzeniem żylnym goleni. *PChiA* 2007;3:23.
- [29] Szewczyk MT, Jawień A., Cierzniakowska K. i wsp. Comparison of the effectiveness of compression stockings and layer compression systems in venous ulceration treatment. *Arch Med Sci* 2010; 6, 5: 793-799.
- [30] Szewczyk MT, Cwajda J. Funkcje, zadania i kryteria wyboru opatrunków w leczeniu owrzodzeń. W: *Owrzodzenia żylnie goleni*. Jawień A, Szewczyk MT (red.). *Twoje Zdrowie*, Warszawa 2005:146-52.
- [31] Szewczyk MT., Mościcka P, Cwajda J i wsp. Evaluation of the effectiveness of new polyurethane foam dressings the treatment of heavily exudative venous ulcers. *Acta Angiol.* 2007; Vol 13.No. 2, pp. 85-93.
- [32] Jawień A, Szewczyk MT, Kaszuba A. i wsp. Wytyczne Grupy Ekspertów w sprawie gojenia owrzodzeń żylnych goleni. *Leczenie Ran* 2011; 8;3:59-80.
- [33] Franks PJ, Collier M, Gethin G. et al. Management of patients with venous leg ulcers. *Journal of Wound Care* Vol 25 No 6 EWMA Document 2016.
- [34] Szewczyk MT, Cwajda J., Jawień A. Utrzymanie integralności skóry. *Klinika Zakażeń*. 2005;3:92-95.
- [35] Mościcka P, Cwajda- Białasik J, Jawień A, Szewczyk MT. Higiena rany i pielęgnacja skóry wokół rany podstawą leczenia ran przewlekłych. opis dwóch przypadków klinicznych. *Leczenie Ran* 2020; 17:2; 100-106.

POSTOJE SESTIER K STAROSTLIVOSTI O SVOJE ZDRAVIE

ATTITUDES OF NURSES TO CARE FOR THEIR HEALTH

ORAVIKOVÁ Mária, POLIAKOVÁ Nikoleta, GERLICHOVÁ Katarína

Fakulta zdravotníctva, Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne

Abstrakt

Východiská: Problematika postoja k zdravému životnému štýlu je v súčasnej dobe veľmi aktuálna, osobitne v profesii sestry. Sestra svojím postojom k zdraviu ovplyvňuje nielen svoje zdravie, ale môže ovplyvňovať aj svoje okolie. Pri výkone profesie je možné získať viacero zlých návykov zapríčinených nedostatkom času a stresovými situáciami. Štúdiou chceme poukázať na dôležitosť udržiavania správneho postoja k zdraviu u sestier.

Ciele: Hlavným cieľom bolo zistiť, aký majú sestry postoj k starostlivosti o svoje zdravie. Čiastkovými cieľmi bolo zistiť, do akej miery sa sestry zaujímajú o problematiku zdravia, či sestry chcú viesť k zdraviu svoje okolie, v akej miere je v životnom štýle sestier zastúpená pohybová aktivita, zdravé spánkové návyky, zdravé stravovanie a pitný režim, aké majú sestry zlozvyky, aký je postoj sestier k preventívnym prehliadkam, ktoré faktory vyplývajúce z výkonu práce ovplyvňujú zdravie sestier a na aké ochorenia sa sestry liečia.

Vzorka a metódy: Vzorku prieskumu tvorilo 350 sestier registrovaných v SKSaPA. Metódou prieskumu bol dotazník vlastnej konštrukcie distribuovaný sestrám prostredníctvom portálu SKSaPA vo februári 2021. Výsledky prieskumu sú spracované deskriptívnou štatistikou.

Výsledky: Z výsledkov prieskumu vyplýva, že sestry sa zaujímajú o svoje zdravie a o zdravý životný štýl. Väčšina sestier trávi svoj voľný čas aktívnym spôsobom a rovnako vedie aj svoje okolie ku zdravému životnému štýlu. Nedostatky v životnom štýle sestier spočívajú v nedodržiavaní pitného režimu, v nepravidelnom absolvovaní preventívnych lekárskech prehliadok, v nerealizovaní samovyšetovania prsníkov. Najčastejším zdravotným problémom u sestier bola bolesť chrbtice, hlavy a nôh. Väčšina sestier sa dlhodobo nelieči na žiadne ochorenie.

Záver: Sestry by mali byť v dodržiavaní zdravého životného štýlu príkladom pre pacientov. Je dôležité, aby si kontinuálne doplňali vedomosti a mali možnosť zúčastňovať sa seminárov zameraných na problematiku udržiavania zdravia.

Kľúčové slová: Postoje. Sestra. Zdravie. Stres. Zdravotný stav sestier.

Abstract

Background: The issue of attitudes towards a healthy lifestyle is currently very topical, especially in the profession of nurse. With her attitude to health, the nurse not only influences her health, but can also influence her surroundings. When practicing the profession, it is possible to acquire several bad habits caused by lack of time and stressful situations. With this study, we want to point out the importance of maintaining access to nurse's health.

Aim: The main goal was to find out the nurses' attitude to taking care of their health. The partial goals were to find out to what extent nurses are interested in health issues, whether nurses want to lead their health to health, to what extent physical activity, healthy sleep habits, healthy eating and drinking regime are represented in the lifestyle of nurses, what are the habits of nurses, what is the attitude of nurses to preventive examinations, which factors resulting from the performance of work affect the health of nurses and what diseases nurses are treated for.

Research sample and methods: The sample of the survey consisted of 350 nurses registered in SKSaPA. The survey method was a self-designed questionnaire distributed to nurses via the SKSaPA portal in February 2021.

Results: The results of the survey are processed by descriptive statistics. The results of the survey show that nurses are interested in their health and healthy lifestyle. Most nurses spend their free time in an active way and lead their surroundings to a healthy lifestyle. Deficiencies in the lifestyle of nurses are in the observance of the drinking regime, in the irregular completion of preventive medical examinations, in the non-implementation of breast self-examination. The most common health problem in nurses was back, head and leg pain. Most nurses are not treated for any illness for a long time.

Conclusion: Nurses should set an example for patients in maintaining a healthy lifestyle. It is important that they constantly update their knowledge and have the opportunity to participate in seminars focused on maintaining health issues.

Key words: Attitudes. Nurse. Health. Stress. Medical condition of nurses.

Úvod

Sestry sú dôležitou skupinou poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Povolanie sestry je náročné po fyzickej i psychickej stránke, preto je veľmi dôležité, aby im ich zdravotný stav umožňoval vykonávať svoje povolanie bez ťažkostí. Postoj sestier k svojmu zdraviu odzrkadľuje ich životný štýl, účasť na preventívnych prehliadkach a zlozvyky. Zdravie sestier ovplyvňujú viaceré determinanty vyplývajúce z povahy ich práce, medzi ktoré patrí najmä pracovné prostredie, zmennosť, interpersonálne vzťahy a stres súvisiaci s fyzickou a psychickou záťažou.

Pracovné prostredie možno chápať komplexne ako súhrn všetkých okolností a ľudí obklopujúcich jedinca, materiálnych podmienok a psychosociálnych faktorov, v ktorých sa práca realizuje. Sestry sú pri výkone svojej profesie vystavené rôznym sociálnym, chemickým, fyzikálnym či biologickým vplyvom prostredia, napr. pri práci s infekčným materiálom alebo priamo kontaktom s infekčnou osobou. Pracovné prostredie sestry ovplyvňujú aj ekonomické faktory medzi ktoré patrí mzdové ohodnotenie, technické, materiálne a personálne vybavenie (Jankechová, 2011).

Dôležitým faktorom ovplyvňujúcim zdravie sestier je zmennosť. V literatúre sa popisuje najmä negatívny vplyv nočných zmien na zdravie kardiovaskulárneho systému sestier. Horáček, Beroušek a Vymazal (2017) preukázali vo svojej observačnej štúdii vplyv jednej nočnej zmeny na srdcovú aktivitu. Na klinike anestéziológie, resuscitácie a intenzívnej medicíny v nemocnici v Motole bol zrealizovaný výskum, ktorého cieľom bolo určiť mieru odpočinku, predĺženie QT intervalu a zmenu indexu kardio-elektrofyzologickej rovnováhy, ako ukazovateľov náchylností k arytmiám. Vďaka štandardnému dvanásť svodovému EKG vyšetreniu pred a po nočnej službe zistili, že srdcová frekvencia, QRS a QT boli zvýšené, ale neboli preukázané významné arytmie. Práca v nočnej službe neovplyvňuje zdravotnícky personál len vznikajúcou spánkovou depriváciou, ale aj ich príjem energie a živín. Vo vykonanej štúdii Peplonskej, Kaluznyj, Trafalskej (2019) bol preukázaný vplyv nočnej zmeny na stravovacie návyky a riziko vzniku nadváhy a obezity. Výskum bol realizovaný medzi poľskými sestrami. Bolo zistené, že pracujúce sestry v nočných zmenách majú významne zvýšený energetický príjem (2005 kcal), celkové mastné kyseliny (77,9 g), cholesterol (277 mg), sacharózu (55,8 g) či uhľohydráty (266 g) v porovnaní s pracovníkmi v dennej službe. Rovnako boli zachytené aj zmeny spotreby vápnika, fosforu, vitamínov a energie z bielkovín. Z vykonanej štúdie vyplýva, že u sestier je zvýšená spotreba energie v nočných zmenách, čo môže prispieť k zvýšenému riziku nadváhy a obezity.

K negatívnym aspektom vykonávania pomáhajúcej profesie patrí aj stres, syndróm vyhorenia, vyčerpanosť či pracovná nespokojnosť. Práve povaha pomáhajúcej profesie sama nabáda pracovníkov ku starostlivosti o svoju osobu (Kőverová, Mesárošová, 2018).

Sestry by mali byť pre ľudí vzorom zdravého životného štýlu. Mali by ich pozitívne motivovať a usmerňovať. Skúmaným subjektom našej práce sú sestry v Slovenskej

republike, nakoľko sa snažíme zistiť ich subjektívne názory a postoje k životnému štýlu.

Hlavným cieľom práce je priblížiť problematiku postojov sestier k starostlivosti o svoje zdravie. Čiastkovými cieľmi štúdie sme chceli zistiť, do akej miery sa sestry zaujímajú o problematiku zdravia, zdravého životného štýlu a vyhľadávajú informácie o zdraví, či sestry chcú viesť k zdraviu svoje okolie, v akej miere je v životnom štýle sestier zastúpená pohybová aktivita, zdravé spánkové návyky, zdravé stravovanie a pitný režim, aké majú sestry zlozvyky a návyky poškodzujúce zdravie, aký je postoj sestier k preventívnym prehliadkam, ktoré faktory vyplývajúce z výkonu práce ovplyvňujú zdravie sestier a zistiť, na aké ochorenia sa sestry liečia. Nadobudnuté informácie nám pomôžu nahliadnuť do života sestier a pochopiť ich postoje k svojmu zdraviu.

Metodika a vzorka prieskumu

Metódou prieskumu bol dotazník vlastnej konštrukcie, ktorý sme na základe pozitívneho vyjadrenia koordinátora SKSaPA distribuovali prostredníctvom portálu SKSaPA všetkým registrovaným sestrám v SR. Zber údajov bol realizovaný v mesiaci február 2021.

Dotazník pozostával z 36 otázok. Na spracovanie výsledkov sme použili deskriptívnu štatistiku. Vzorku tvorilo 350 sestier registrovaných v SKSaPA, 337 (96,3 %) žien a 13 (3,7 %) mužov. Zaraďujúcim kritériom bol aktívny výkon povolania sestra. Priemerný vek respondentov bol 44 rokov. Stredná hodnota (medián) bola 45 rokov. Najviac respondentov malo 43 rokov. Najstarší respondent mal 65 rokov a najmladší 22 rokov. Dosiahnuté vzdelanie, 2. stupeň vysokoškolského vzdelania (Mgr.) malo 122 (34,86 %) respondentov. 1. stupeň vysokoškolského vzdelania (Bc.) malo 94 (26,86 %) respondentov. Sestier s ukončením špecializačného vzdelania bolo 47 (13,43 %). Vyššie odborné vzdelanie uviedlo 37 (10,57 %) respondentov. 36 (10,29 %) sestier malo stredoškolské vzdelanie ukončené maturitou. 14 (4,00 %) sestier malo dosiahnutý 3. stupeň vysokoškolského vzdelania (PhD.).

Najviac sestier, 141 (40,29 %), pôsobilo v lôžkovom zdravotníckom zariadení. V ambulantnom zdravotníckom zariadení pracovalo 115 (32,86 %) sestier. V ústavnom zdravotníckom zariadení pôsobilo 51 (14,57 %) respondentov. Možnosť iné uviedlo 43 (12,29 %) respondentov, kde ako miesto výkonu povolania sestry udávali školstvo, centrum pre deti a rodiny, kúpele, manažment či RZP.

Výsledky

259 sestier (74 %) sestier prejavilo zvýšený záujem o zdravý životný štýl. Životnému štýlu nevenuje zvýšenú pozornosť 90 (25,71 %) sestier.

V súvislosti so **zdrojmi informácií** o zdravom životnom štýle sme získali až 1059 odpovedí. Z výsledkov vyplýva, že opýtaní respondenti čerpali informácie z viacerých zdrojov súčasne. Najvyššie zastúpenie, 419 (39,57 %) odpovedí, mala kategória semináre, webináre a workshopy. Sestry tiež čerpali informácie z internetu (29,46 % odpovedí), z časopisov (17,75 % odpovedí) a kníh (12,75 % odpovedí).

Z výsledkov vyplýva, že sestry sa v súvislosti so životným štýlom zaujímajú o:

- stravovanie a zdravú výživu (37,10 % odpovedí),

- šport/ fyzickú aktivitu (24,73 % odpovedí),
- zvládanie stresu (22,04 % odpovedí),
- osobný rozvoj (15,46 % odpovedí).

Trávenie voľného času sme na základe kategorizácie odpovedí rozdelili na prevažne aktívne a prevažne pasívne. Aktívne svoj voľný čas trávilo 52,46 % sestier. V odpovediach uvádzali prechádzky, šport, prácu v záhrade či turistiku (tab. 1). Pasívne trávilo voľný čas 47,54 % sestier. V tejto kategórii sa nachádzali odpovede: čítanie, háčkovanie, domácnosť, učenie sa cudziemu jazyku, lúštenie krížoviek, relax, oddych, spánok, sledovanie televízie, trávenie voľného času s rodinou, ale, taktiež sa tu nachádzali odpovede nemám žiaden voľný čas.

Tabuľka 1 Spôsoby aktívneho trávenia voľného času

	Beh		Cyklistika		Plávanie		Turistika		Fitness		Prechádzky	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Pravidelne	21	6,00	46	13,14	9	2,57	81	23,14	38	10,86	219	62,57
Občas	98	28,00	204	58,29	193	55,14	224	64,00	98	28,00	126	36,00
Vôbec	231	66,00	100	28,57	148	42,29	45	12,86	214	61,14	5	1,43
Spolu	350	100,00	350	100,00	350	100,00	350	100,00	350	100,00	350	100,00

Pravidelný **denný príjem tekutín** v množstve 1,5 l denne uviedlo 44,57 % sestier. Odporúčaný objem príjmu tekutín, 2,5 l denne dodržiava 14,00 % sestier. V tejto odpovedi sestry uvádzali množstvo príjmu tekutín na základe momentálneho počasia či fyzickej aktivity. Zo zistených výsledkov vyplýva, že väčšina opýtaných respondentov nedodržiava pitný režim v dostatočnej miere.

Dostatok času na konzumáciu jedla v službe uviedlo 51 % sestier. Až 49 % sestier uviedlo, že nemajú čas na konzumáciu jedla počas výkonu služby. Sestry preferujú domácu stravu. Verejné stravovanie využívajú najčastejšie v miere občas, čo uviedlo 76,78 % sestier. Fast food vôbec nevyužíva 53, 43% sestier, ale občas si ho dopraje 46,29 % dotazovaných sestier (tab.2).

Tabuľka 2 Preferencie v spôsobe stravovania sestier

	Domáca strava		Verejné stravovanie		Fast-Food	
	n	%	n	%	n	%
Pravidelne	333	95,14	35	10,00	1	0,29
Občas	17	4,86	269	76,78	162	46,29
Vôbec	0	0,00	46	13,14	187	53,43
Spolu	350	100,00	350	100,00	350	100,00

V súvislosti so zmennosťou, sme sa snažili zistiť, aký ma práca v zmenách dopad **na spánkový režim**. 68,57 % sestier potvrdilo negatívny dopad zmennosti na spánkový režim.

Zisťovali sme **výskyt fajčenia, konzumácie alkoholu, kávy a užívanie liekov**. Zistili sme, že 76,29 % sestier našej vzorky boli nefajčiari a 15,43 % fajčiari. Občasnú konzumáciu alkoholu priznalo 74,29 % sestier, pravidelnú konzumáciu alkoholu priznali 2 % sestier. Občasné užívanie hypnotík uviedlo 12,29 % sestier a pravidelné užívanie uviedlo 2,29 % sestier. Po sedatívach občas siahne 12,86 % sestier a pravidelne 1,43 % sestier. Analgetiká občas užíva 75,71 % sestier a pravidelne 3,71 % sestier. Pravidelne pije kávu 76,86 % sestier, občas 15,71 % sestier. 63 % sestier vníma svoje povolanie ako **stresujúce**. So stresom sa sestry vyrovnávali nasledovne: komunikáciou 54 % sestier, fyzickou aktivitou 51,7 % sestier, prejedaním sa 20,8 % sestier, fajčením 16 % sestier a zvýšenou konzumáciou alkoholu 6 % sestier (Tab. 3). Sestry tiež uvádzali iné možnosti, ako relax, hudba a duchovná očista. Až 59 % sestier pripúšťa, že výkon povolania sestra vplýva na ich zdravie negatívne.

Tabuľka 3 Spôsoby vyrovnávania sa so stresom

Vyrovnávanie so stresom	n	%
Fajčenie	56	16,0
Prejedanie sa	73	20,8
Alkohol	21	6,0
Fyzická aktivita	181	51,7
Rozhovor	189	54,0

Ďalej sme sa zamerali na **zdravotný stav sestier**. Z výsledkov vyplýva, že sestry trápilo viac zdravotných problémov súčasne. Najčastejšie bola uvádzaná bolesť chrbtice (81,1%), bolesť hlavy (68,3) a bolesť nôh (60,8). Pracovné úrazy uviedlo 6,8 % sestier. Sestry sa najčastejšie liečia na nasledovné ochorenia: autoimunitné

ochorenia (14 % sestier), kardiovaskulárne ochorenia (8,6 % sestier), ochorenia pohybového systému (10 % sestier), alergie (8,6 % sestier).

V súvislosti s aktívnym prístupom k starostlivosti o svoje zdravie sme zisťovali **frekvenciu absolvovania preventívnych prehliadok**. Pravidelne stomatologickú ambulanciu 1 krát za rok navštevuje 86,86 % sestier, nepravidelne 8,57 %. K všeobecnému lekárovi na preventívnu prehliadku 1 krát za 2 roky chodí 72,86 % sestier a nepravidelne 24 %. Na gynekologickú prehliadku pravidelne 1 krát ročne chodí 68,57 % sestier, nepravidelne 23,14 %. Samovyšetovanie prsníkov realizuje 63,14 % sestier, pravidelne iba 26,00 % a nerealizuje 10,86 % sestier.

Napriek tomu, že až 59 % sestier vníma, že výkon profesie ovplyvňuje ich zdravie negatívne, až 95 % považuje toto povolanie za napĺňajúce.

Diskusia

Sestry charakterom svojho povolania priamo vplývajú na svoje široké okolie, a tým sú predurčené k pôsobeniu v primárnej prevencii (Simočková, Zamboriová, 2009). Zistili sme, že až 259 (74 %) respondentov sa v našom prieskume zaujíma o zdravý životný štýl. Pri vyhľadávaní informácií o zdravom životnom štýle, sestry najviac navštevujú semináre, webináre a workshopy. Ako uvádza SKSaPA (2019), sestra je povinná sa počas výkonu svojho povolania súčasne vzdelávať, preto by bolo vhodné vzdelávacie aktivity zamerať aj na problematiku zdravého životného štýlu. Blake a Patterson (2015) vo svojej štúdii zistili, že 48 % sestier nie je úplne spokojných s podporou zdravia svojho okolia a mali by vynaložiť viac úsilia na zlepšenie problematiky začleňovania zdravého životného štýlu do denného režimu. 84 % sestier sa domnievalo, že by sestry mali byť prezentované ako obraz zdravia. Zaujímavým výsledkom, ktorý sa nachádzal v ich štúdií bol fakt, že 77 % sestier si uvedomuje sugestívnosť svojho pôsobenia na okolie, ktoré by lepšie dbalo na ich rady pri edukácií, keby sa nimi riadili ony samé.

Pozitívny postoj k svojmu zdraviu je evidentný v súvislosti so zakomponovaním jeho súčastí do bežného života. Ide o zaradenie fyzickej aktivity, zdravého stavovania a pitného režimu. V rámci fyzickej aktivity boli u sestier v našej štúdii dominantné prechádzky (pravidelne ich uviedlo 62,6 % sestier). Z ostatných športov sestry najviac preferovali turistiku, cyklistiku a plávanie. Zo štúdie Madziovej a Janíkovej (2013) vyplýva, že 69 % sestier sa venuje športu aktívne. Blake a Harrison (2013) skúmali postoje sestier k ich zdraviu a zistili, že z ich respondentov 47 % nebolo fyzicky aktívnych natoľko, aby to priaznivo vplývalo na telesné a duševné zdravie. Tento výsledok čiastočne korešponduje s naším zistením, lebo z nášho súboru 47,54 % sestier oddychuje prevažne pasívne. Dopad práce na spánkový režim sestier v našom prieskume bol nepriaznivý. 240 (68,57 %) sestier uviedlo, že práca v zmenách má negatívny dopad na ich spánkový režim. V porovnateľnej štúdií Donga, Zhanga, Suna et al. (2017) bolo preukázané, že až 2713 (50 %) respondentov malo problémy so spánkom aj vďaka prítomným nočným službám. Výsledky Rossa, Yanga, Wehrlena et al. (2018) poukazujú na zvýšené riziko vzniku obezity u sestier. V ich štúdií zistili, že 34 % opýtaných respondentiek malo nadváhu alebo obezitu a 47,2 % sestier konzumovalo päť porcií ovocia alebo zeleniny denne. Priemerná hmotnosť našich sestier bola 71 kg a výška 166 cm, čo signalizuje miernu nadváhu. V našej vzorke sa konzumácia zeleniny pravidelne vyskytovala u 295 (84,29 %) sestier a ovocia u 296 (84,57 %) sestier. Frekvencia stravovania bola u 266 (76,00 %) sestier 3 - 4 krát denne. Porovnateľné sú výsledky Mazalánovej, Mendelovej a Němcovej (2010), kedy sa v

priemere 3-krát denne stravovalo 74 % sestier. Kamenský a Pella (2010) uvádzajú, že dodržiavanie pitného režimu by malo byť minimálne 2 litre denne, v našom prieskume sme však zistili, že denný príjem tekutín v množstve 1,5 l denne uviedlo 156 (44,57 %) respondentov, z čoho vyplýva, že sestry v dostatočnej miere nedodržujú pitný režim.

Súčasťou našej štúdie bolo zistiť, aké majú sestry zlozvyky a návyky poškodzujúce zdravie. V súvislosti s fajčením sme získali relatívne pozitívne výsledky, nakoľko len 54 (15,43 %) sestier z celkovej vzorky fajčilo. V štúdií Adámek, Stoczynska, Maksymiuka et al. (2012) z okresu Lodž v Poľsku bol výskyt fajčenia u sestier relatívne vysoký, a to až u 57 % sestier. Ayoub a Sousa (2019) taktiež skúmali prevalenciu fajčenia medzi zdravotníckymi pracovníkmi a rovnako ako nám, aj im vyšli podobné výsledky ako nám, keďže až 77,6 % sestier nefajčilo a len 10,2 % fajčilo. Z uvedeného môžeme konštatovať, že miera závislosti na nikotíne má klesajúcu tendenciu v prípade, že sestry odpovedali na otázku o fajčení pravdivo. V súvislosti s požívaním alkoholu sme zistili, že 260 (74,29 %) sestier udávalo občasné pitie alkoholu. Alkohol konzumovalo pravidelne 7 (2,00 %) sestier. Závislosť od alkoholu je s prácou zdravotníckeho pracovníka nezlučiteľná. Porovnateľné údaje Madziovej a Janíkovej (2013) v nemocnici v Ondrách a Bílovecké nemocnici sa stotožňovali s našimi výsledkami, nakoľko zistili, že až 80 % respondentov konzumuje alkoholické nápoje občasne, ako víno, pivo a destiláty. Mazalánová, Mendelová a Němcová (2010) zistili, že 88 % sestier nekonzumuje alkoholické nápoje vôbec. V súvislosti s užívaním návykových liekov sme zistili, že nikdy neužíva lieky na spanie 299 (85,43 %) respondentov a lieky na upokojenie 300 (85,71 %) respondentov. Taktiež výsledky štúdie Mazalánovej, Mendelovej a Němcovej (2010) nepotvrdili nadužívanie liekov, ktoré potenciálne vyvolávajú závislosť. Povolanie sestry považuje za stresujúce 163 (46,57 %) respondentov. Naše výsledky sa stotožňujú s výsledkami Asefzadeh, Kalhor a Tir (2017), ktorí skúmali úroveň stresu medzi sestrami v nemocnici v Mazandarene. Výsledky ukázali, že až 75 % sestier mali priemernú až vysokú úroveň stresu na pracovisku. V našich výsledkoch sestry uvádzali ako najčastejšiu formu vyrovnávania sa so stresom komunikáci a v menšej miere fyzickú aktivitu. Podľa štúdie Akbar, Elahi, Mohammadi, (2015) sa sestry vyrovnávali so stresom sebakontrolou, psychohygienou, vyhýbaním sa stresovým situáciám, hľadaním pomoci či príležitostnou kontrolou stavu.

Frekvenciu preventívnych prehliadok väčšina sestier dodržovala. Najviac sestier (86,86 %) navštevovalo pravidelne stomatologickú ambulanciu. K všeobecnému lekárovi na preventívne prehliadky chodilo 72,86 % sestier. Z výsledkov štúdie Simočkovej a Zamboriovej (2009) vyplýva, že 62 % sestier navštevuje všeobecného lekára len vtedy, keď sa u nich objavia zdravotné problémy. Najmenej sestier chodilo na preventívne prehliadky ku gynekológovi, a to 68,57 %.

Väčšina opýtaných respondentov si myslí, že profesia sestry negatívne vplyva na ich zdravie. Môže to súvisieť s viacerými faktormi. Jedným zo spúšťačích činiteľov môže byť konflikt, ktorý sa medzi našimi respondentami na pracovisku objavoval občas, čo uviedlo až 232 (66,29 %) sestier. Podľa štúdie Sun, Gao, Li, (2017) najčastejším spôsobom násillia na pracovisku bolo verbálne zneužívanie (76,2 %), úmyselné sťažovanie práce (58,3 %), zlá povest' (40,8 %), zastrašovanie (27,6 %) ale aj fyzické násillie (27,1 %) sestier. Tieto vplyvy pracovného prostredia negatívne vplyvajú na psychiku zamestnancov a ovplyvňujú zdravie. Takisto aj Silva a Marcolan (2020) skúmali vznik konfliktov a vplyv pracovného prostredia na psychiku. Sestry v štúdií uvádzali depresívne príznaky miernej intenzity a ako dôvod určili: dezorganizáciu

práce, agresivitu, nevhodné správanie vedenia či lekára a profesionálne znehodnocovanie.

Záver

Príspevok pojednáva o postojoch sestier k svojmu zdraviu. Hlavným cieľom prieskumu bolo zistiť, aký majú sestry postoj k starostlivosti o svoje zdravie. Pozitívnym zistením bolo, že sestry majú záujem o svoje zdravie, chcú pozitívne ovplyvňovať zdravie vo svojom okolí, majú záujem o zdravé stravovanie a absolvovanie preventívnych prehliadok. Viac ako 80 % sestier pravidelne konzumuje ovocie a zeleninu. Takmer polovica sestier v prieskumnej vzorke trávi aktívne svoj voľný čas a stres rieši komunikáciou. Zaznamenali sme pokles výskytu fajčenia u sestier. Konzumácia alkoholu sa vyskytovala v miere občas. Nezaznamenali sme abúsus analgetík, sedatív alebo hypnotík. Sestry považujú svoju profesiu za naplňajúcu.

Negatívnym zistením bolo, že sestry venujú málo pozornosti samovyšetrovaniu prsníkov a viac ako jedna tretina zanedbáva aj gynekologické prehliadky. Takmer 60 % sestier uviedlo, že profesia ovplyvňuje ich zdravotný stav. Sestry trpia bolesťami chrbtice, hlavy a nôh. Takmer polovica sestier sa lieči na rôzne chronické a civilizačné ochorenia. Sestry zanedbávajú pitný režim.

Zdravotnému stavu a životnému štýlu sestier je potrebné venovať pozornosť. Sestry majú záujem sa vzdelávať v problematike zdravého životného štýlu. Majú záujem sa zúčastňovať seminárov alebo webinárov, preto by bolo vhodné rozšíriť vzdelávacie aktivity zamerané na problematiku upevňovania zdravia v oblasti zdravého stravovania a pitného režimu, prevencie ochorení chrbtice a pohybového systému, fyzickej aktivity, redukcie stresu.

Zoznam bibliografických odkazov

ADAMEK R., STOCZNSKA J., MAKSYMIAK T. et. al. Prevalence of tobacco smoking among nurses and the awareness of harmfulness of smoking habit. In *Przegl Lek.* 2012, vol. 69, no 10, pp. 969-72.

ASEFZADEH S., KALHOR R., TIR M. Patient safety culture and job stress among nurses in Mazandaran, Iran. In *Election Physician*. 2017, vol. 9, no 12, pp. 6010-6016.

AYOUB A., SOUSA M. Prevalence of smoking in nursing professionals of a cardiovascular hospital. In *Rev Bras Enferm.* 2019, roč. 72, no 1, pp. 173-180.

AKBAR R., ELAHI N., MOHAMADI E. et al. What strategies do the nurses apply to cope with job stress?: A qualitative study. In *Glob J Health Sci.* 2015, vol. 8, no 6, pp. 55-64.

BLAKE H., PATTERSON J. Paediatric nurses' attitudes towards the promotion of healthy eating. In *BR J Nurs.* 2015, vol. 24 no 2, pp. 108-12.

BLAKE, H.- HARRISON, C. 2013. Health behaviours and attitudes towards being role models. In *BR J Nurs.* 2013, vol. 22, no 2, pp. 86-94.

DONG H., ZHANG Q., SUN Z. et al. 2017. Sleep problems among Chinese clinical nurses working in general hospital. In *Ocup Med (Lond)* [online]. 2017, vol. 67, no 7, pp. 534-539. [Cit.2021-03-20]. Dostupné na:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29016953/>

KAMENSKÝ G., PELLA D. *Zdravý životný štýl – Cesta k prevencii ochorení srdca a ciev*. 1. vydanie, Bratislava: AEPress, s.r.o., 2010, ISBN 978-80-88880-2.

MADZIOVÁ S., JANÍKOVÁ E. Péče všeobecných sester o své zdraví. In *Ošetrovatelství a porodní asistence*. ISSN: 1804-2740. 2013, roč. 4, č.1, s. 546-552.

MAZALANOVÁ A., MENDELOVÁ A., NĚMCOVÁ J. Špecifiká záťaže práce sestry na geriatrickom oddelení. In *Monitor Medicíny SLS*. ISSN: 1338-2551. 2010, č. 3-4, s. 22-26.

SILVA M., MARCONAL J. Working conditions and depression in hospital emergency service nurses. In *Rev Bras Enferm*. 2020, vol. 73, no. 1.

SIMOČKOVÁ V., ZAMBORIOVÁ M. Zdravie a prevencia cez prizmu povolania sestry. In *Kontakt*. ISSN: 1212-4117. 2009, roč.11, č. 1, s. 1-270.

SLOVENSKÁ KOMORA SESTIER A PÔRODNÝCH ASISTENTIEK.2019. *Stručný prehľad základných pojmov a terminológie v procese hodnotenia sústavného vzdelávania*. [online]. 2019. [Cit. 2021-03-20]. Dostupné na: <https://www.sksapa.sk/obsah/co-je-sustavne-vzdelavanie/strucny-prehľad-zakladnychpojmov-a-terminologie-v-procese-hodnotenia-sustavneho-vzdelavania.html>

SUN T., GAO L., LI F. et al. Workplace violence, psychological stress, sleep quality and subjective health in Chinese doctors: a large cross-sectional study. In *BMJ Open*. 2017, vol. 12, no. 7.

ROSS, A., YANG, L., WEHRLIN, L. et al. Nurses and health-promoting self-care: Do we practice what we preach?. In *Jurnal of Nursing Management*. 2018, vol. 27, no. 3, pp. 99-608.

VYKONÁVANIE POHYBOVÝCH AKTIVÍT V KOMUNITE SESTIER AKO FORMA PSYCHOHYGIENY

PERFORMANCE OF PHYSICAL ACTIVITIES AS A FORM OF PSYCHOHYGIENE IN NURSES' COMMUNITY

ŠEVČOVIČOVÁ Andrea, ŽELONKOVÁ Lenka

VŠ ZaSP sv. Alžbety, Detašované pracovisko bl. Sály Salkaházi, Rožňava

Abstrakt

Východiská: Sestry sú počas výkonu povolania vystavované nadmernej fyzickej a psychickej záťaži, ktorých dlhodobé pôsobenie sa odzrkadľuje na ich telesnom a duševnom zdraví. Pohybovými aktivitami možno účinne a efektívne znižovať stres a psychické vypätie, ku ktorému dochádza dlhodobým pôsobením stresu a vylučovaním stresových hormónov. Pri športe sa vylučujú hormóny spôsobujúce pozitívne zmeny v psychike človeka.

Ciele: Cieľom štúdie bolo zistiť, ktorým športovým aktivitám sa venujú sestry a čo je motiváciou pre realizáciu týchto pohybových aktivít.

Súbor a metódy/metodika: Výber respondentov bol zámerný. Prieskumnú vzorku tvorilo spolu 315 respondentov, z ktorých bolo 94,6 % žien. Najväčšie zastúpenie mali respondenti vo vekovej kategórii od 41 – 50 rokov (37,1 %), s dosiahnutým vysokoškolským vzdelaním 1. stupňa (29,8 %) a dĺžkou praxe od 21 – 30 rokov (27,3 %). Metódou zberu dát bol neštandardizovaný dotazník vlastnej konštrukcie, distribuovaný v elektronickej podobe prostredníctvom portálu Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek a sociálnej siete. Zber dát sa uskutočnil vo februári 2021. Spracovanie výsledkov prebehlo automatickým vyhodnotením odpovedí v softvéri webového portálu Survio.com a v programe MS Excel.

Výsledky: Z vykonávaných pohybových aktivít dominujú prechádzky, bicyklovanie a posilňovanie, najmenej sa sestry venujú bojovým športom, otužovaniu v ľadovej vode a joge. Najsilnejšou motiváciou pre výkon pohybovej aktivity je u 65,7 % respondentov posilňovanie vlastného zdravia, u 57,1 % zlepšovanie telesnej kondície a u 53 % odbúravanie stresu. Vplyv športu na znižovanie stresu potvrdilo 69,2 % respondentov.

Záver: Výsledky štúdie potvrdili vykonávanie pohybových aktivít v komunite sestier a ich priaznivý vplyv na znižovanie stresu.

Kľúčové slová: Sestry. Pohybová aktivita. Psychohygiena. Znižovanie stresu.

Abstract

Background: Nurses during the performance of their profession are exposed to enormous physical and psychological burden which long-term effect reflects on their physical and mental health. Movement activities are possible means of effective and efficient reduction of stress and mental tension caused by long-term stress impact and releasing of stress hormones. Doing a sport releases hormones causing positive changes in a human's psychic.

Aims: The aim of the study was to find out what sport activities nurses do and what is the motivation for performance of these physical activities.

File and methods/methodics: The selection of the respondents was intentional. The research sample consisted of 315 respondents, of whom 94,6 % were women. The highest representation 37,1 % had the respondents of the age category 41 – 50 years of age, with achieved 1st degree university education (29,8 %), and the length of practice from 21 to 30 years (27,3 %). The method of data collection was a non-standardized questionnaire of own construction, distributed in the electronic form through the Slovak nurses and midwives chamber portal and through social media. The data collection took place in February 2021. The elaboration of the data was carried out by automatic evaluation of responses in the Survio.com web portal software and in the MS EXCEL programme.

Results: The strongest motivation for performance of a physical activity in 65,7 % of the respondents is fostering of own health, in 57,1 % improving of physical condition, and in 53 % it is the elimination of stress. The impact of sport on stress elimination has been confirmed by 69,2 % of the respondents. Among movement activities prevailed walking, cycling and weightlifting. The activities least performed by nurses were fighting sports, freezing water hardening, and yoga.

Conclusion: The study results have confirmed performance of physical activities in nurses' community and their positive effect on stress reduction.

Key words: Nurses. Physical activity. Psychohygiene. Stress reduction.

Úvod

Zdravotnícky personál sa zaoberá fyzicky náročnými úlohami (Jun et al., 2019). Výkon povolania sestry so sebou prináša vysokú mieru psychickej a fyzickej záťaže. Preto je dôležité efektívne predchádzať mimoriadne stresujúcim situáciám a zároveň aplikovať stratégie na odbúravanie stresu a nadmernej záťaže. Je všeobecne známe, že akákoľvek telesná aktivita, primeraná veku a zdravotnému stavu, bez pôsobenia negatívnych dopadov na zdravie jedinca, patrí vo všeobecnosti spolu so športom a ďalšími pohybovými aktivitami k formám udržiavania fyzického i psychického zdravia. Pri výkone sesterského povolania by mali túto skutočnosť brať na vedomie všetky sestry, denne vystavované nadmernej záťaži.

Šiška, Krška (2021) uvádzajú, že životný štýl a neustále sa zvyšujúce životné tempo spôsobuje časté vyčerpanie energie človeka. Autori zdôrazňujú, že nie je dobré zanedbať svoje telo, ale pozornosť by mala byť upriamená aj na našu psychiku. Podľa Dimunovej (2018) sa pri trvalej psychickej záťaži časom prejavujú v organizme somatické behaviorálne a emocionálne zmeny. Somatické zmeny sa prejavujú napr. hypertenziou, obštipáciou, zmenou menštruačného cyklu a pod. Pri emocionálnych zmenách vznikajú depresie, pocit strachu, bezmocnosť, nepokoj, pocit menejcennosti. K behaviorálnym zmenám patrí nadmerné pitie kávy, alkoholu, nadmerne prijímanie jedla, sociálna izolácia, poruchy správania na pracovisku, neschopnosť naplánovať a plniť úlohy.

Fyzická nečinnosť je Svetovou zdravotníckou organizáciou identifikovaná ako štvrtý rizikový faktor globálnej úmrtnosti, s významným vplyvom na prevalenciu neprenosných chorôb a celkového zdravia populácie (Zhou et al., 2019). Fyzická aktivita, chápaná ako akýkoľvek telesný pohyb vedúci k výdaju energie, zohrávajú spolu s cvičením dôležitú úlohu vo verejnom zdraví, ako aj pri prevencii a liečbe širokého spektra ochorení, vrátane metabolických a kardiovaskulárnych chorôb a obezity. Presvedčivé dôkazy preukázali, že fyzická aktivita a cvičenie môžu tiež predchádzať bežným duševným poruchám, ako sú depresia a úzkostné poruchy. Zvýšenie úrovne fyzickej aktivity v populácii pravdepodobne zníži zaťaženie duševného zdravia (Schuch, Vancampfort, 2021). Primeraná úroveň fyzickej aktivity môže byť účinným zásahom nielen pri prevencii a liečbe mnohých chronických zdravotných stavov, ale aj pri zlepšovaní duševného zdravia, kvality života a celkovej pohody (Zhou et al., 2019). Športový psychológ Kuračka (2020) vysvetľuje pôsobenie adrenalínu a kortizolu vylučovanému pri strese. Pri krátkodobom pôsobení majú tieto hormóny pozitívny účinok v príprave organizmu na určitú záťaž. Pri dlhodobom pôsobení dochádza k vyčerpaniu telesných a fyzických zásob. Naopak, šport môže byť vynikajúcim prostriedkom na zníženie stresu alebo psychického vypätia. Pri športe sa okrem adrenalínu vylučujú aj endorfíny a testosterón, ktoré spôsobujú pozitívne zmeny v psychike človeka.

Duševná hygiena predstavuje systém pravidiel a rád slúžiacich na udržanie, prehĺbenie a znovuzískanie rovnováhy duševného zdravia. Psychohygiena má význam najmä ako prevencia somatických a psychických ochorení, ale tiež pre pracovnú výkonnosť a subjektívnu spokojnosť. Pohybové aktivity predstavujú jednu

z rád a prostriedkov psychohygieny. Podľa výskumov existuje pozitívny vzťah medzi fyzickou zdatnosťou a duševnou rovnováhou. Nedostatok pohybu prispieva k vytvoreniu podmienok pre vznik mnohých psychosomatických ochorení. Pravidelný pohyb zvyšuje duševné schopnosti a aktivitu, odbúrava psychické napätie, znižuje úzkosť a depresiu, upevňuje pocity duševnej pohody a vyrovnanosti a podporuje dobrú náladu. Rýchle a silové športy vyžadujúce veľa energie, napr. tenis a squash veľmi dobre odbúravajú stres. Pre udržanie fyzického a psychického zdravia sú vhodné vytrvalostné športy vyžadujúce rovnomerný a rytmický pohyb, ako napr. chôdza, plávanie, beh, lyžovanie, bicyklovanie (Synaková, 2016). Pohybová aktivita vplýva na celú osobnosť človeka, ktorý sa stáva sebavedomejší a vyrovnanejší, čo môže pozitívne ovplyvniť osobný život, ale aj pracovný výkon (Halmová, Korímová, 2021). Vzhľadom na všeobecne známe fakty o pozitívnych účinkoch pravidelne vykonávaných pohybových aktivít na celkové zdravie človeka, považujeme pohyb za dôležitý faktor zvládania stresu a záťaže aj pri výkone sesterského povolania.

Cieľ

Cieľom štúdie bolo zmapovať, ktorým športovým aktivitám sa venujú slovenské sestry a zároveň zistiť motivačné faktory pre realizáciu týchto pohybových aktivít.

Súbor

Výber respondentov bol zámerný. Kritériom výberu bola ochota spolupracovať a aktuálny výkon zdravotníckeho povolania. Štúdie sa zúčastnilo 315 respondentov, z čoho bolo 88,6 % sester. Najväčšie zastúpenie mali respondenti (94,6 %) s VŠ vzdelaním 1. stupňa (29,8 %), vo vekovej kategórii od 41-50 rokov (37,1 %), s dĺžkou odbornej praxe od 21-30 rokov (27,3 %). Prieskumný súbor pozostával z 94,6 % žien.

Metodika

Metódou zberu údajov bol neštandardizovaný dotazník vlastnej konštrukcie, spracovaný v elektronickej podobe cez web www.survio.com. Distribúcia dotazníka sa realizovala prostredníctvom portálu Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek na základe súhlasného stanoviska SK SaPA s jeho distribúciou a oslovením vybraných sesterských komunít cez sociálnu sieť. Zber dát sa uskutočnil vo februári 2021. Spracovanie výsledkov sa realizovalo automatickým vyhodnotením odpovedí v používanom softvéri webového portálu Survio.com a v programe MS Excel 2007.

Etické aspekty a konflikt záujmov

Účasť respondentov na prieskume bola dobrovoľná a všetky údaje boli spracované dôverne. Účastníci prieskumu boli poučení o udelení súhlasu k publikácii výsledkov štúdie, ktorému predchádzalo vyplnenie a odoslanie dotazníka. Autori si nie sú vedomí žiadneho konfliktu záujmov.

Výsledky a diskusia

Pravidelné cvičenie so sebou prináša zdravotné benefity, ktoré by mali byť posilňované. Z hľadiska prínosov ide predovšetkým o lepší spánok, úľavu od stresu, zlepšenie nálady, zvýšenie energie a vytrvalosti, lepšiu výdrž, zníženie únavy, ktorá môže zvýšiť duševnú bdelosť. V neposlednom rade je prínosom úprava hmotnosti, zníženie cholesterolu a zlepšenie kardiovaskulárnej kondície (Sharma, Madaan, Petty,

2006). Vzhľadom na uvedené skutočnosti sme sa v štúdiu zaujímali o to, aký prínos prináša zdravotníkom vykonávanie športových aktivít. Zistili sme, že šport pomáha 69,2 % našich respondentov pri odbúravaní stresu. Uvedomujúc si benefity plynúce z pestovania športu však až 49,5 % opýtaných nie je spokojných s vykonávaním pohybových aktivít. Mental Health Foundation (2021) poukazuje na to, že byť aktívnym znamená nájsť si činnosti, ktoré človeka bavia a poskytnú cieľ i pocit zmysluplnosti. Výhodami býva možnosť spoznávania nových ľudí, oddych od každodenného života a získanie sebadôvery. Pohybovo aktívny človek, podobne ako potvrdili výsledky našej štúdie, zažíva menej napätia, stresu a získava duševnú rovnováhu. Plusom je aj prirodzený prírastok energie, pocit úspechu, viac sústredenia a motivácie, menej hnevu alebo frustrácie, zdravá chuť do jedla a možnosť zabávať sa.

Považujeme za dôležité nájsť si čas na šport a oddych a to nielen pri výkone zdravotníckeho povolania. Na výber je viac pohybových aktivít, ktorým sa možno venovať. Pri vykonávaní športových aktivít 7,3 % našich respondentov potvrdilo, že sú zároveň aktívnymi členmi nejakého športového klubu. Pri zisťovaní údajov týkajúcich sa výkonu konkrétnych športových aktivít sme sa zamerali aj na intervaly ich vykonávania. Výsledky našej štúdie potvrdili, že denne sa najviac respondentov (20,6 %) venuje prechádzkam a 1,6 % turistike. Podľa Mental Health Foundation (2021), odvolávajú sa na výsledky výskumov môže pobyt v prírode a prechádzky spôsobiť, že človek sa cíti šťastnejší, jeho život má väčšiu hodnotu a zníži sa úroveň úzkosti a depresie. Naši respondenti (6 %) sa venujú aj pasívnemu oddychovaniu v podobe denného sledovania športových prenosov. Jogu cvičí každý deň 2,2 % respondentov. Joga pritom predstavuje druh športu, ktorý dopomáha k zlepšovaniu sústredenia sa jedinca a formovaniu postavy. Pravidelným cvičením jogy sa jedinec stáva flexibilnejším a odolnejším z fyzickej stránky. Pozitívom jogy však je jej benefit s ohľadom na psychiku. Tréningom jogy sa zlepšuje sústredenie človeka, čo umožňuje jeho prenos do prítomného momentu a uspokojenie jeho mysle (Huber a kol., 2009). Bicyklovaniu sa denne venuje 4,1 % účastníkov štúdie. Športový psychológ Kuračka (2020) pritom upozorňuje na benefity cyklistiky. Spôsob dýchania pri bicyklovaní predstavuje dôležitú formu na zníženie psychického napätia. Pri jazde na bicykli sa rozširujú pľúca, zvýši sa prietok krvi v celom tele, prekyslí sa mozog. Bicyklovanie napomáha okrem zlepšenia pozornosti aj lepšiemu spánku.

Oveľa vyššie ukazovatele dominovali u respondentov pri vykonávaní konkrétnej športovej aktivity niekoľkokrát týždenne. Opäť prevládali prechádzky (41,9 %) pred posilňovaním (16,2 %), bicyklovaním (15,2 %) a behom (9,5 %). Už tridsať minút cvičenia strednej intenzity, ako je napr. rýchla chôdza počas troch dní v týždni, prinášajú rôzne zdravotné benefity, ku ktorým patria napr. zvýšená úroveň kondície, zníženie krvného tlaku (Sharma, Madaan, Petty, 2006). V zdravej miere je fitness a kulturistika tiež istým spôsobom zvládania stresu. Človek sa pri vykonávaní športu socializuje, stretáva s ľuďmi podobných záujmov, čím sa zbavuje stresu a dochádza k zlepšeniu nálady i fyzického stavu (Malcolm, 2017). Beh môže podobne prispieť k zlepšeniu nálady a viesť k dlhotrvajúcim pozitívnym zmenám. Počas behu sa vyplavuje vysoká dávka endorfínov, ktoré pomáhajú zmierňovať stres (Kuračka, 2020). Niekoľkokrát do mesiaca sa 27 % respondentov venuje turistike a bicyklovaniu (15,6 %). Turistika je podľa Žideka a kol. (2004) jednou zo základných zložiek kultúry športu. Je vhodná na udržanie telesného a duševného zdravia, aj pocitu mladosti a sviežosti v každej generáčnej vlne. Občas chodí plávať 52,7 % zdravotníkov, alebo sa venujú turistike (51,4 %), bicyklovaniu (42,5 %) a korčuľovaniu (30,2 %). Plávanie a pobyt vo vode majú terapeutické účinky. Voda v človeku spúšťa uvoľnenie mysle a tela. Pociť

nadnášania vyvoláva u ľudí príjemné pocity. Tlak vody má podobné účinky ako kompresná terapia, ktorá stimuluje dotyk alebo objatie (Kuračka, 2020). V rámci štúdie sme zisťovali, ktoré pohybové aktivity sú najmenej vyhľadávané. Až 96,8 % respondentov uviedlo, že nepestujú žiadne bojové športy, hoci podľa Bu et al. (2010) bojové umenie v sebe kombinuje aj spoločenské a sociálne vyžitie a je vhodnou prevenciou stresu. Výsledky našej štúdie potvrdili, že značná časť respondentov sa nikdy nevenuje otužovaniu v ľadovej vode (89,5 %), joge (76,2 %) alebo lyžovaniu (67,6 %).

Fyzická aktivita je dôležitá pre podporu zdravia. Na podporu zapojenia sa do fyzickej aktivity sa za kľúčový faktor považuje motivácia (Zhong, Wang, 2019). Výsledky našej štúdie potvrdili, že pri výkone akejkoľvek športovej činnosti je najväčším motivačným činiteľom pre 65,7 % opýtaných vedomie, že robia niečo pre svoje zdravie. Štúdia Halmovej, Korímovej (2021) medzi 282 účastníkmi podobne odhalila, že hlavnou motiváciou pre výkon pohybových aktivít je u oboch pohlaví zlepšenie zdravia. Zlepšovanie telesnej kondície motivuje k športu 57,1 % našich respondentov. Pri výkone športových aktivít dochádza k odbúraniu stresu, čo je silným motivačným činiteľom pre 53 % respondentov. Pre 45,4 % opýtaných je motivátorom dobíjanie chýbajúcej energie a 44,4 % priznalo, že motivujúca je pre nich radosť, ktorú precitujú pri pohybe. U 40,6 % respondentov stojí za športovaním snaha o formovanie postavy alebo snaha schudnúť, čo priznalo 40,3 % opýtaných. Podobné výsledky dosiahli Saridi et al. (2021), ktorí zistili, že hlavnými dôvodmi k cvičeniu bolo zlepšenie kondície, zmiernenie stresu a prevencia zdravotných problémov. Najdôležitejším faktorom však v ich štúdii bola kontrola telesnej hmotnosti.

V rámci realizovanej štúdie sme pátrali aj po dôvodoch, ktoré bránia vykonávaniu športových a pohybových aktivít. Príčinou nevykonávania športových aktivít je u 49,8 % respondentov nedostatok času, čo korešponduje s výsledkami iných štúdií (Saridi et al., 2019; Jun et al., 2019; Halmová, Korímová, 2021; George et al., 2021) a 34 % priznáva, že ide skôr o vlastnú lenivosť. V štúdii George et al. (2021) sa lekáry a sestry sťažovali na väčší nedostatok času ako muži, nakoľko sú okrem zamestnania zahŕtené aj domácimi prácami. Sestrám sťažoval stanovenie času na cvičenie pracovný rozvrh, ako aj kombinácia práce a domácich prác, v dôsledku čoho si nedokázali nájsť na seba čas. Zaujímavé sú ich názory, kde sa vyjadrili, že čas na cvičenie si nájdu na dôchodku, alebo ak ich deti odídu študovať na vysokú školu. Niektorí lekári priznali, že voľný čas z nabitého programu by radšej využili na relax, ako ho tráviť fyzickou aktivitou. Saridi et al. (2019) tiež realizovali štúdiu medzi zdravotníckymi pracovníkmi. Aj oni zistili, že okrem spomínaného nedostatku času je brániacim faktorom k vykonávaniu športových aktivít práve lenivosť. V štúdii George et al. (2021) však iba málo lekárov priznalo, že im lenivosť bráni cvičiť. Lenivosť však v spojení s nedostatkom motivácie zhoršuje situáciu ohľadom vykonávania pohybových aktivít zdravotníkov. Jedným z dôvodov, prečo respondenti našej štúdie nešportujú, je pre 16,2 % skutočnosť, že im chýba niekto, kto by s nimi športoval. Dôležité je však myslieť na to, že nízka úroveň fyzickej aktivity sester môže negatívne ovplyvniť ich zdravie (Brunet et al., 2020). Fyzická nečinnosť je jedným z kritických rizikových faktorov chorôb súvisiacich so životným štýlom. Medzi lekármi a sestrami je fyzická aktivita v dôsledku prítomných bariér vážne ohrozená. Na uskutočnenie zmien je potrebný pocit seba uprednostňovania a vlastnej hodnoty (George et al., 2021).

Pri zisťovaní, čo najviac pomáha respondentom pri odbúravaní stresu a prináša im úľavu sa šport umiestnil na piatom mieste, čo potvrdilo 32,7 % opýtaných. Viac ako

šport pomáha odbúrať stres komunikácia s blízkymi (43,2 %), rôzne voľnočasové aktivity (52,7 %) a pozitívne myslenie (57,5 %). Pre dve tretiny opýtaných (66 %) je najväčšou pomocou eliminácie stresu stretávanie sa s rodinou a priateľmi. Z hľadiska udržiavania psychohygieny si však zaslúži pozornosť vyjadrenie 10,2 % respondentov, ktorí uviedli, že väčšinou sa uzavruť a problémy dusia v sebe. Považujeme za dôležité venovať po namáhavej práci priestor relaxácii a oddychu, ale zároveň sa realizovať aj v pravidelnej športovej aktivite a to práve kvôli benefítom, ktoré so sebou prináša.

Záver

Pravidelné vykonávanie pohybových aktivít prináša sestrám zdravotné benefity, ktoré sa odrážajú na telesnom i duševnom zdraví. Pohyb zvyšuje odolnosť, posilňuje imunitu, podporuje dobrú náladu, predovšetkým však odbúrava stres a napätie a prispieva k zníženiu úzkosti a depresie. Sestry pri výkone náročného povolania potrebujú čas na relax, oddych a regeneráciu. Možnými aktivitami ako predchádzať vyčerpaniu, nábrať nové sily, znížiť pretrvávajúce napätie a znovuzískať duševnú pohodu a vyrovnanosť sú rôzne pohybové aktivity. Výsledky realizovanej štúdie potvrdili, že sestry trávajú najviac času prechádzkami, turistikou, bicyklovaním, posilňovaním alebo pri behu. Nedostatok času a vlastná lenivosť sú najčastejšie uvádzanými dôvodmi, ktoré bránia vykonávaniu pohybových a športových aktivít. Naopak, silnou motiváciou je vedomie urobiť niečo pre svoje zdravie, samotné zlepšenie zdravia a zlepšovanie telesnej kondície. Šport a pohybové aktivity predstavujú u sestier významný prostriedok psychohygieny, s priaznivým dopadom na odbúravanie stresu a prinesenie úľavy.

Zoznam bibliografických odkazov

BRUNET J, TULLOCH HE, WOLFE PHILLIPS E, REID RD, PIPE AL, REED JL. Motivation Predicts Change in Nurses' Physical Activity Levels During a Web-Based Worksite Intervention: Results From a Randomized Trial. *J Med Internet Res*. 2020 Sep 11;22(9):e11543. doi: 10.2196/11543. PMID: 32915158; PMCID: PMC7519423.

BU, B. et al. 2010. Effects of martialarts on health status: A systematic review. In *Journal of Evidence-based Medicine*. 3(2010); 205-219, ISSN 1756-5391.

DIMUNOVÁ, L. a kol. 2018. *Pracovná záťaž v profesii sestry*. Praha: Powerpoint, 2018. 75 s. ISBN 978-80-7568-097-6.

GEORGE LS, LAIS H, CHACKO M, RETNAKUMAR C, KRISHNAPILLAI V. Motivators and Barriers for Physical Activity among Health-Care Professionals: A Qualitative Study. *Indian J Community Med*. 2021 Jan-Mar;46(1):66-69. doi: 10.4103/ijcm.IJCM_200_20. Epub 2021 Mar 1. PMID: 34035579; PMCID: PMC8117884.

HALMOVÁ, N., KORÍMOVÁ, L. 2021. Pohybová aktivita ako súčasť zdravého životného štýlu u dospeljej populácie. In *Šport a rekreácia 2021. Zborník vedeckých prác*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, 2021. s. 175-182. ISBN 978-80-558-1726-2.

HUBER, J. a kol. 2009. *30 spôsobů jak sezbavit stresu*. Praha: Grada Publishing, 2009. 117 s. ISBN 978-80-247-2486-7.

JUN SY, KIM J, CHOI H, KIM JS, LIM SH, SUL B, HONG BY. Physical Activity of Workers in a Hospital. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Feb 13;16(4):532. doi: 10.3390/ijerph16040532. PMID: 30781770; PMCID: PMC6406875.

KURAČKA, P. 2020. Šport môže byť výborným prostriedkom na zníženie stresu alebo psychického vypätia, hovorí psychológ. [online]. [citované 2022-08-30]. Dostupné na: <https://trenujeme.sk/sportom-proti-stresu>

MALCOLM, D. 2017. *Sport, Medicine and Health: The medicalization of sport?* 1. vyd. New York: Routledge, 2017. 212 s. ISBN 978-1317576389.

MENTAL HEALTH FOUNDATION. 2021. Physical activity and mental health. [online]. 19.8.2021 [citované 2022-08-30]. Dostupné na: <https://www.mentalhealth.org.uk/explore-mental-health/a-z-topics/physical-activity-and-mental-health>

SARIDI, M., FILIPPOPOULOU, T., TZITZIKOS, G. et al. Correlating physical activity and quality of life of healthcare workers. *BMC Res Notes* 12, 208 (2019). <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4240-1>

SHARMA A, MADAAN V, PETTY FD. Exercise for mental health. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2006;8(2):106. doi: 10.4088/pcc.v08n0208a. PMID: 16862239; PMCID: PMC1470658.

SCHUCH FB, VANCAMPFORT D. Physical activity, exercise, and mental disorders: it is time to move on. *Trends Psychiatry Psychother*. 2021 Jul-Sep;43(3):177-184. doi: 10.47626/2237-6089-2021-0237. Epub 2021 Apr 21. PMID: 33890431; PMCID: PMC8638711.

SYNAKOVÁ, M. 2016. *Psychohygienu a význam pohybových aktivít*. [online]. 8.3.2016 [cit. 2022-08-30]. Dostupné na: <https://www.unitedlife.sk/psychohygienu-a-vyznam-pohybovych-aktivit/>

ŠIŠKA, L., KRŠKA, P. 2021. Psychohygienu ako predpoklad zdravého životného štýlu. In *Šport a rekreácia 2021. Zborník vedeckých prác*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, 2021. s. 108-113. ISBN 978-80-558-1726-2.

ZHONG, T., WANG, H. Motivation Profiles for Physical Activity Among Office Workers. *Front. Psychol.*, 2019. doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01577

ZHOU S, DAVISON K, QIN F, LIN KF, CHOW BCH, ZHAO JK. The roles of exercise professionals in the health care system: A comparison between Australia and China, *Journal of Exercise Science & Fitness*, Volume 17, Issue 3, 2019, Pages 81-90, ISSN 1728-869X, <https://doi.org/10.1016/j.jesf.2019.04.001>.

ŽIDEK, J. a kol. 2004. *Turistika, história turistiky, obsah, druhy a formy turistiky, ochrana prírody*. Bratislava: Peter Mačura – PEEM, 2004. 184 s. ISBN 80-88901-89-8.

DOJČENIE AKO SÚČASŤ VZŤAHOVEJ VÝCHOVY JEHO TRENDY NA SLOVENSKU

BREASTFEEDING AS A PART OF ATTACHMENT PARENTING ITS TRENDS IN SLOVAKIA

VELKOVÁ Silvia

Detská fakultná nemocnica Košice

Abstrakt

Východiská: Duševné poruchy majú závažné dôsledky pre život jedinca, rodinu aj spoločnosť. K významným protektívnym faktorom, ktoré chránia pred duševnou poruchou patrí dobrý, stabilný, blízky trvalý vzťah aspoň s jednou osobou v detstve - bezpečná vzťahová väzba. Medzi nástroje na vytváranie bezpečnej vzťahovej väzby radíme vo významnej miere dojčenie dieťaťa.

Cieľ: Skúmanie úrovne dojčenia na Slovensku v širšom časovom horizonte, nakoľko jeho prevalencia a frekvencia je vo svete chápaná ako dôležitý zdravotný indikátor, dôležitú úlohu dojčenia pre zabezpečenie práva dieťaťa na najlepší možný zdravotný stav uvádza aj Dohovor o právach dieťaťa.

Metodika: Analýza databáz Pub Med, Cochrane Database of Systematic Reviews, Bibliographia Medica Slovaca, BioMed Central, Bibliographia medica Českoslovacca, Scopus; NCZI.

Výsledky: Z dlhodobého sledovania vývoja dojčených detí na konci šiesteho mesiaca života, pozorujeme nárast počtu výlučne resp. plne dojčených detí. V roku 2011 sa podarilo dosiahnuť úroveň plne dojčených detí nad 50 %, čo znamená, že každé druhé evidované dieťa bolo plne dojčené na konci šiesteho mesiaca života. Túto úroveň sa podarilo v nasledujúcich rokoch udržať a dokonca aj zvýšiť.

Záver: Trvanie dojčenia je kratšie ako odporúčania WHO. Slovenský výbor pre Unicef vyhlásil v roku 2016 vypršanie platnosti plakiet BFH. V súčasnosti prebieha recertifikácia nemocníc na Slovensku.

Kľúčové slová: Duševné zdravie. Vzťahová väzba. Dojčenie.

Abstract

Background: Mental disorders have serious impact in the life of individual, family and society. Important protective factors defending against mental disorders involve a close stable long-term relationship with at least one person formed during childhood – an attachment. One of the key elements of forming an attachment includes breastfeeding to a greater extent.

Aims: This article examines level of breastfeeding in Slovakia in a wider time spectrum, whereas its prevalence and frequency around the world is believed to be a major health indicator, importance of breastfeeding for ensuring the best health status is also present in The United Nations Convention on the Rights of the Child.

Method: Analysis of databases Pub Med, Cochrane Database of Systematic Reviews, Bibliographia Medica Slovaca, BioMed Central, Bibliographia medica Českoslovacca, Scopus; NCHI.

Results: From a long run monitoring of development of breastfed children at the end of their sixth month of life, we observe an increase in number of wholly (exclusively) breastfed children. In 2011 the percentage of exclusively breastfed children managed to reach 50%, which means that every second listed child was exclusively breastfed at the end of their sixth month of life. This percentage in the following years managed to hold and even increase.

Conclusion: The duration of breastfeeding is shorter than the recommendations of WHO. Slovak board for Unicef in 2016 reported expiration of BFH plaque. In a meantime the recertification of hospitals in Slovakia is in progress.

Key words: Mental Health. Attachment. Breastfeeding.

Úvod

Duševné poruchy sa vyskytujú v populácii pomerne často a majú závažné dôsledky pre život jedinca, rodinu, spoločnosť. V Európe a Amerike sa podieľajú až v 43 % na

rokoch strávených v invalidite. K rizikovým faktorom psychosociálnej povahy významným pre vznik duševných porúch patria: strata rodiča v prvých rokoch života, dlhšie odlúčenie od primárnej vzťahovej osoby (spravidla matky) v prvom roku života, matka pracujúca už v prvom roku života dieťaťa (bez stabilnej náhradnej „matky“), narodenie súrodenca v časovom odstupe kratšom než 2 roky, duševné alebo telesné choroby rodičov, napätý vzťah medzi rodičmi, násilie v rodine. Naopak významným protektívnym faktorom, ktorý chráni pred duševnou poruchou je dobrý, stabilný, blízky trvalý vzťah aspoň s jednou osobou v detstve (Hašto, 2005).

Brisch (2011) radí potrebu vzťahovej väzby medzi 6 životne dôležitých potrieb dojčťa a malého dieťaťa, ktoré musia byť bezpodmienečne splnené, aby sa dojčatá a možno ľudia vôbec mohli vyvíjať. Ďalej tu radí aj fyziologické potreby, zvedavú túžbu po poznaní, vnímanie všetkými zmyslovými orgánmi, seba účinnosť (deti chcú byť sebestačné), vyhýbanie sa nepríjemným podnetom. Potreba vzťahovej väzby bola podľa neho ustanovená v evolúcii už veľmi skoro, pretože ju nachádzame aj u vtákov a všetkých cicavcov vrátane ľudoopov. Táto potreba slúži na prežitie. Americká angličtina rozlišuje väzbu rodičov na dieťa – „bonding“ od väzby dieťaťa na svoju osobu pre vzťahovú väzbu – „attachment“.

Reálne správanie matky (rodiča) rozhoduje o tom, aký typ vzťahovej väzby sa u dieťaťa vyvinie – či sa vyvinie bezpečná vzťahová väzba alebo neistá vzťahová väzba, ktorá sa ďalej rozlišuje na ambivalentnú, vyhýbavú a dezorganizovanú (Hašto, 2005). Deti s nestabilnou (neistou) alebo zmätenou vzťahovou väzbou tvoria neskôr oveľa väčšiu množinu dospelých, ktorých správanie má rysy spadajúce do oblasti psychopatológie. Adolescenti s nestabilnou vzťahovou väzbou majú väčšie sklony k delikventnému správaniu, akým sú krádeže, ublíženie na zdraví, drogy, zneužívanie alkoholu a páchanie trestných činov vrátane znásilnení a domáceho násillia (Lovenheim, 2021).

Vzťahová výchova znamená prístup k deťom, namiesto prísneho zoznamu pravidiel. Takýto rodičia sa vyznačujú určitými prvkami ako: pozitívna výchova, deti v náručí rodičov, dojčenie. Pri takejto výchove sa podarí vytvoriť vzájomný vzťah – bezpečnú vzťahovú väzbu.

Medzi nástroje (nie kroky) na vytváranie bezpečnej vzťahovej väzby patrí:

- pripútanie po pôrode (bonding) – spôsob, akým na začiatku bábätko a rodičia nadviažu vzťah, pomáha rozvinúť ranú vzťahovú väzbu; úspešný začiatok je možný len vtedy, ak sú matka a dieťa spolu nepretržite počas prvých šiestich týždňov (zahŕňa roomin-in v pôrodnici);
- dojčenie;
- nosenie dieťaťa;
- spanie v blízkosti dieťaťa;
- reagovanie na plač bábätko;
- rovnováha a hranice – v horlivej snahe dať svojmu dieťaťu čo najviac sa môže stať, že rodič začne zanedbávať svoje potreby a potreby svojho manželstva;
- neriadenie sa mylnými radami (pozor na trénerov bábätiek) – rady vychádzajúce z mylného predpokladu, že bábätká plačú, aby vás manipulovali a nie, aby komunikovali, a že plač bábätko je zlovyk, ktorý treba odstrániť, aby čo najpohodlnejšie zapadlo do prostredia dospelých (Sears, Searsová, 2012).

Brisch (2011) detailnejšie rozoberá základné predpoklady pre vytvorenie bezpečnej vzťahovej väzby a zaraďuje tu 5 činností, ktoré sú súčasťou aj aktu dojčenia: jemnosť,

slovná komunikácia plná porozumenia, očný kontakt, dotyk (citlivý telesný kontakt), regulácia stresu (vziať do náručia).

Dojčenie ako súčasť vzťahovej výchovy je vynikajúci spôsob, ako spoznávať svoje bábätko – „prečítať svoje bábätko“. Úspešné dojčenie si vyžaduje, aby matka reagovala na signály bábätko, čo je prvým krokom v spoznávaní dieťaťa a budovaní dôverného vzťahu. Matkine hormóny spojené s laktáciou – prolaktín a oxytocín – posilňujú intuitívne správanie matky, pretože pomáhajú ženám cítiť sa uvoľnenejšie a pokojnejšie, keď sú so svojimi deťmi (Sears, Searsová, 2012).

Cieľ

Príspevok sa zameriava na skúmanie úrovne dojčenia na Slovensku v širšom časovom horizonte, nakoľko jeho prevalencia a frekvencia je vo svete chápaná ako dôležitý zdravotný indikátor, dôležitú úlohu dojčenia pre zabezpečenie práva dieťaťa na najlepší možný zdravotný stav uvádza aj Dohovor o právach dieťaťa.

Metodika

Za účelom vypracovania príspevku prebehla analýza databáz Pub Med, Cochrane Database of Systematic Reviews, Bibliographia Medica Slovaca, BioMed Central, Bibliographia medica Českoslovaca, Scopus; NCZI.

Výsledky

Na Slovensku sme si vždy uvedomovali mnohoraký význam dojčenia. Podľa Haľamovej (1993) mali slovenské matky v minulosti hlboký vzťah k deťom a obvykle do roka ich dojčili. Slovensko ako súčasť Československa (1918 – 1992) malo v prvej československej pediatrickej knihe z roku 1928 v sociálno-pediatrickej stati uvedené, že poradne pre dojčatá vzniknuté v priebehu 1. svetovej vojny strácajú význam, pretože takmer všetky deti sú dojčené (Švejcar, 1980). Táto stáročia trvajúca tradícia sa rýchlo začala meniť po 2. svetovej vojne – z roka na rok sa znižoval počet matiek schopných dlhšie dojčiť. Významný pokles sa zaznamenal najmä v rokoch sedemdesiatych minulého storočia, keď už z pôrodnických oddelení odchádzalo 30 % až 50 % novorodencov s umelou výživou, v 3. mesiaci bolo dojčených už len 15 % detí, v 6. mesiaci bolo dojčené dieťa výnimkou (tabuľka 1, tabuľka 2).

Tabuľka č. 1 Prehľad počtu výlučne dojčených detí na Slovensku v rokoch
1956 - 2006

Zdroj/Úroveň/Typ dojčenia	n	Rok	Deti výlučne/plne dojčené v SR (%)					
			mesiac (ukončený)					
			1	2	3	4	5	6
Šaláta, 1983/časť Prešovského kraja/výlučné	281	1956	98,9	90,7	85,0	72,2	59,7	49,1
Šaláta, 1983/časť Prešovského kraja/výlučné	260	1962	98,8	89,6	84,6	67,3	51,9	31,9
Šaláta, 1983/časť Prešovského kraja/výlučné	335	1968	94,7	81,6	58,3	35,1	17,2	6,2
Šaláta, 1983/časť Prešovského kraja/výlučné	413	1974	92,8	73,3	43,8	19,1	8,9	6,5
Šaláta, 1983/časť Prešovského kraja/výlučné	450	1979	98,4	77,6	48,0	18,4	10,4	5,6
Haľamová, Kops, Rybánska, 1990/ Národná/výlučné	1 495	1985	64,1	42,9	29,3	20,6	16,1	13,2
ÚZIŠ, 1998/ Národná/plné	58 062	1997	6. týždeň 72,1		52,5	-	-	32,3
ÚZIŠ, 2001/Národná/plné	53 780	2000	79,0	66,2	55,1	44,4	36,1	30,2
NCZI, 2006/Národná/plné	49 855	2005	81,5	71,7	62,6	53,9	45,9	40,4

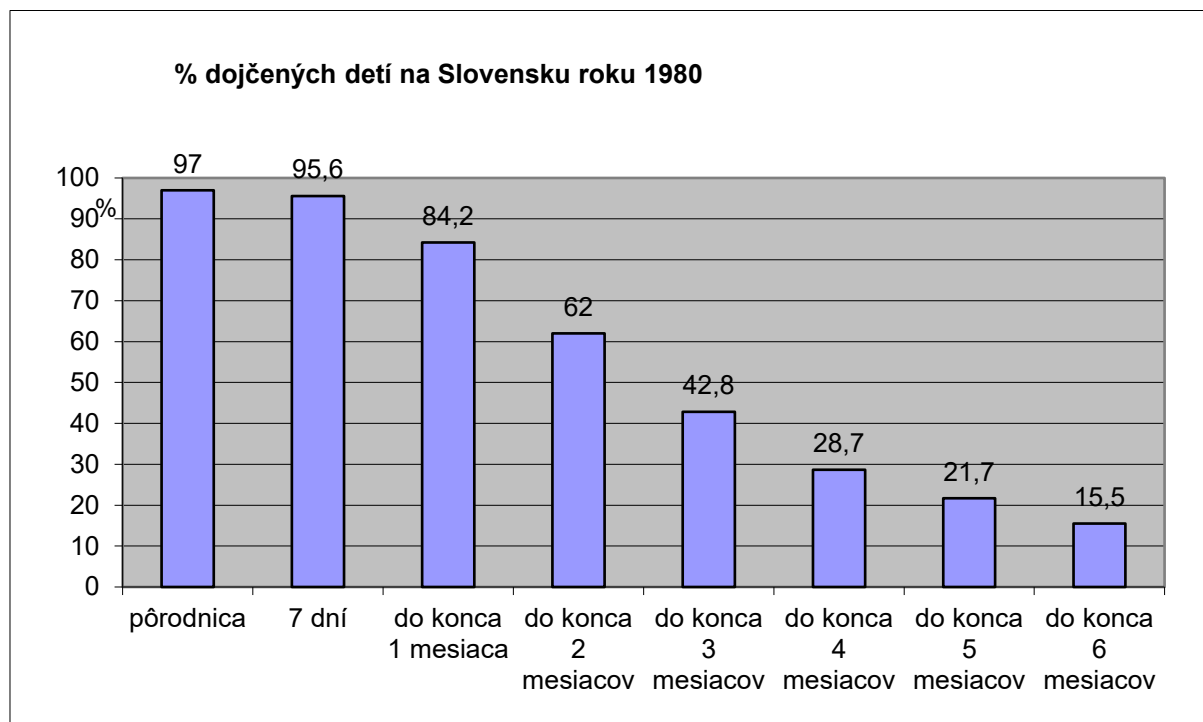
Tabuľka č. 2 Prehľad počtu čiastočne dojčených detí na Slovensku v rokoch
1956 - 2011

Zdroj/Úroveň	n	Rok	Deti čiastočne dojčené v SR (%)						
			mesiac (ukončený)						
			1	2	3	4	5	6	12
Šaláta, 1983/časť Prešovského kraja	281	1956	99,3	94,6	91,1	84,6	80,4	78,2	34,1
Šaláta, 1983/časť Prešovského kraja	260	1962	99,7	94,6	88,8	80,1	73,8	68,8	35,0
Šaláta, 1983/časť Prešovského kraja	335	1968	98,2	92,3	76,3	57,2	46,2	34,3	8,1
Šaláta, 1983/časť Prešovského kraja	413	1974	95,6	85,4	71,4	52,5	36,8	29,5	7,5
Cvengroš, Stadtruckerová, 1978/časť Žilinského kraja	1970	1974	6. týždeň 60		25	-	-	10	-
Šaláta, 1983/časť Prešovského kraja	450	1979	99,1	92,4	70,0	49,6	36,6	24,4	2,6
Dluholucký, 1999/Žilinský a Banskobystrický kraj	-	1979	40	26,4	-	-	-	13,7	-
Horanská, 1982/časť Trnavského kraja	128	1979	25,8	19,5	18,7	-	-	-	-
Haľamová, Kops, Rybánska, 1990/Národná	1 045	1980	84,2	62,0	42,8	26,7	21,7	15,5	-
Haľamová, Kops, Rybánska, 1990/Národná	1 495	1985	87,1	68,3	48,8	33,7	24,3	19,3	-
Dluholucký, 1999/Polonárodná	12 539	1997	-	-	54	-	-	25	-
Dluholucký, Haľamová, Hrubá, Frčová, 2009/Bans. Bystrický kraj	537	1999	86,8	74,0	59,9	50,4	45,5	39,1	-
Velková, 2020/Košický kraj	317	2011	91,2	78,9	69,4	61,2	54,6	51,4	36,3

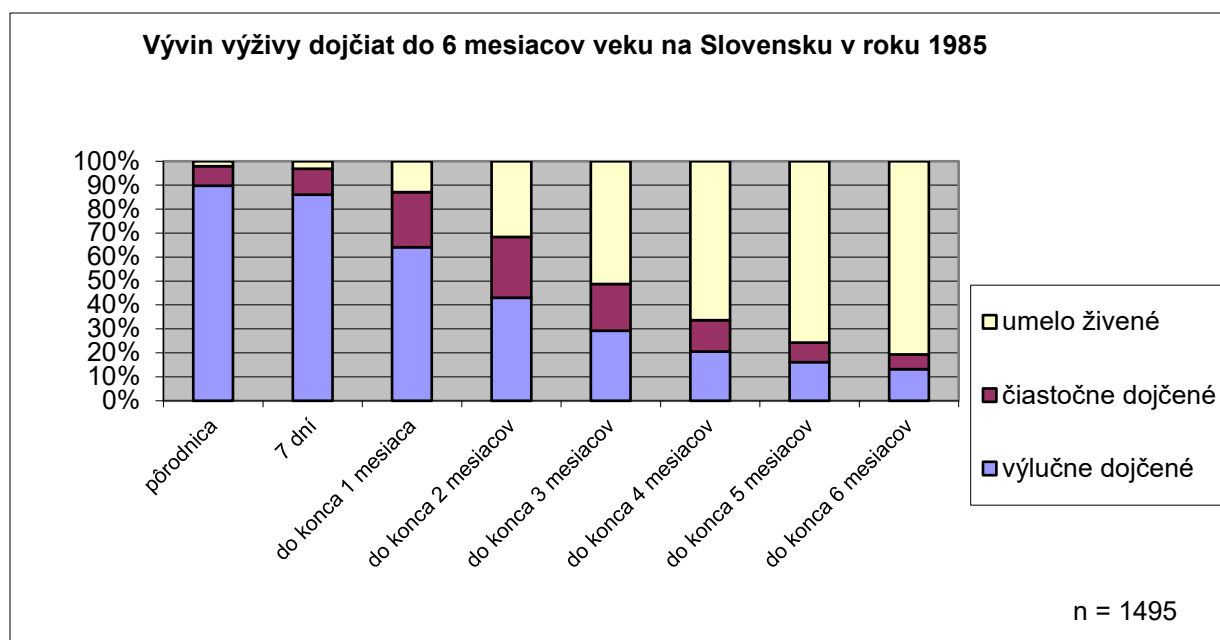
Príčinou tohto zvratu bola najmä vysoká zamestnanosť žien, zmena životného štýlu pri rýchлом prechode poľnohospodárskej spoločnosti Slovenska na priemyselnú, s rozsiahlym náborom žien do práce mimo domu, do tovární, úradov. Medzi ďalšie príčiny radíme nezaujem o podporu materstva a popularita umelej výživy (Haľamová, 1993). Umelými zmesami mlieka začali byť deti živene približne od roku 1930 (Švejcar, 1980). Jednotný systém umelej výživy v Československu bol zavedený v roku 1952 a na začiatku priniesol znížený výskyt dystrofických detí, výrazné zníženie chorobnosti a dojčenskej úmrtnosti. V nasledujúcich rokoch prevažovala v Československu podobne ako v iných európskych priemyselných štátoch umelá výživa jednoznačne nad výživou prirodzenou (Jodl, 1985). Negatívne dôsledky predčasného prechodu na umelú výživu sa výrazne začali prejavovať v sedemdesiatych rokoch minulého storočia

– zvyšovala sa úmrtnosť novorodencov (na 18 promile v roku 1978) najmä v dôsledku infekcií, zvyšovala sa morbidita dojčiat už v prvom polroku života s prevahou alergických ochorení, anémií, infekcií, v druhom polroku obezity u vysokého percenta detí (Haľamová, 1993).

Hoci sa po roku 1980 prijalo viacero opatrení na podporu dojčenia a rozvíjala sa široká propagácia dojčenia, rozhodujúci obrat sa ešte nedosiahol (graf 1, graf 2; Haľamová, Kops, Rybánska, 1990).



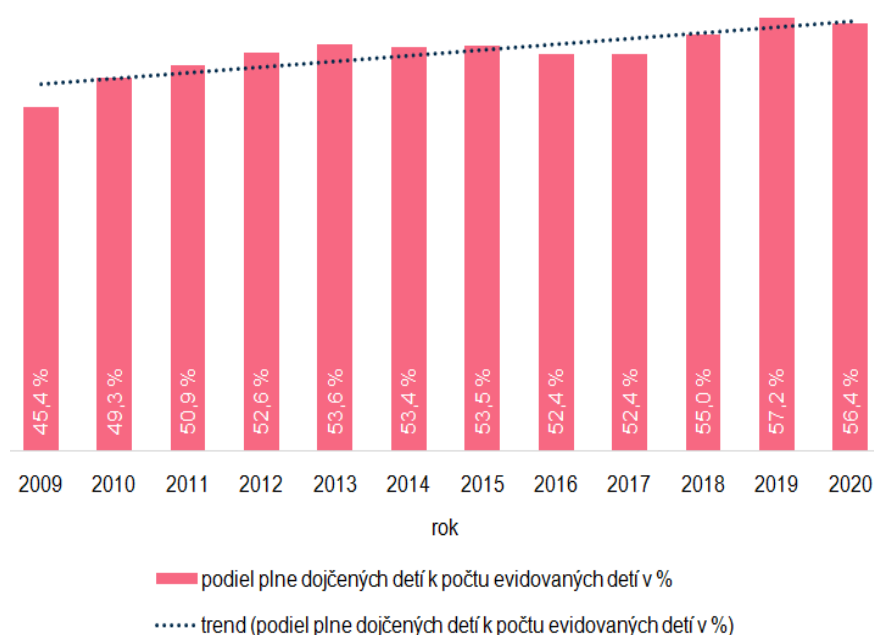
Graf č. 1 Prehľad počtu dojčených detí na Slovensku podľa štúdie „Úroveň zdravotného uvedomenia matiek v problematike dojčenia“ na vzorke 1045 matiek a ich detí zo 16 okresov Slovenska v roku 1980 (Haľamová, Kops, Rybánska, 1990)



Graf č. 2 Prehľad počtu dojčených detí na Slovensku podľa štúdie „Úroveň zdravotného uvedomenia matiek v problematike dojčenia“ na vzorke 1495 matiek a ich detí z 22 okresov Slovenska v roku 1985 (Haľamová, Kops, Rybánska 1990)

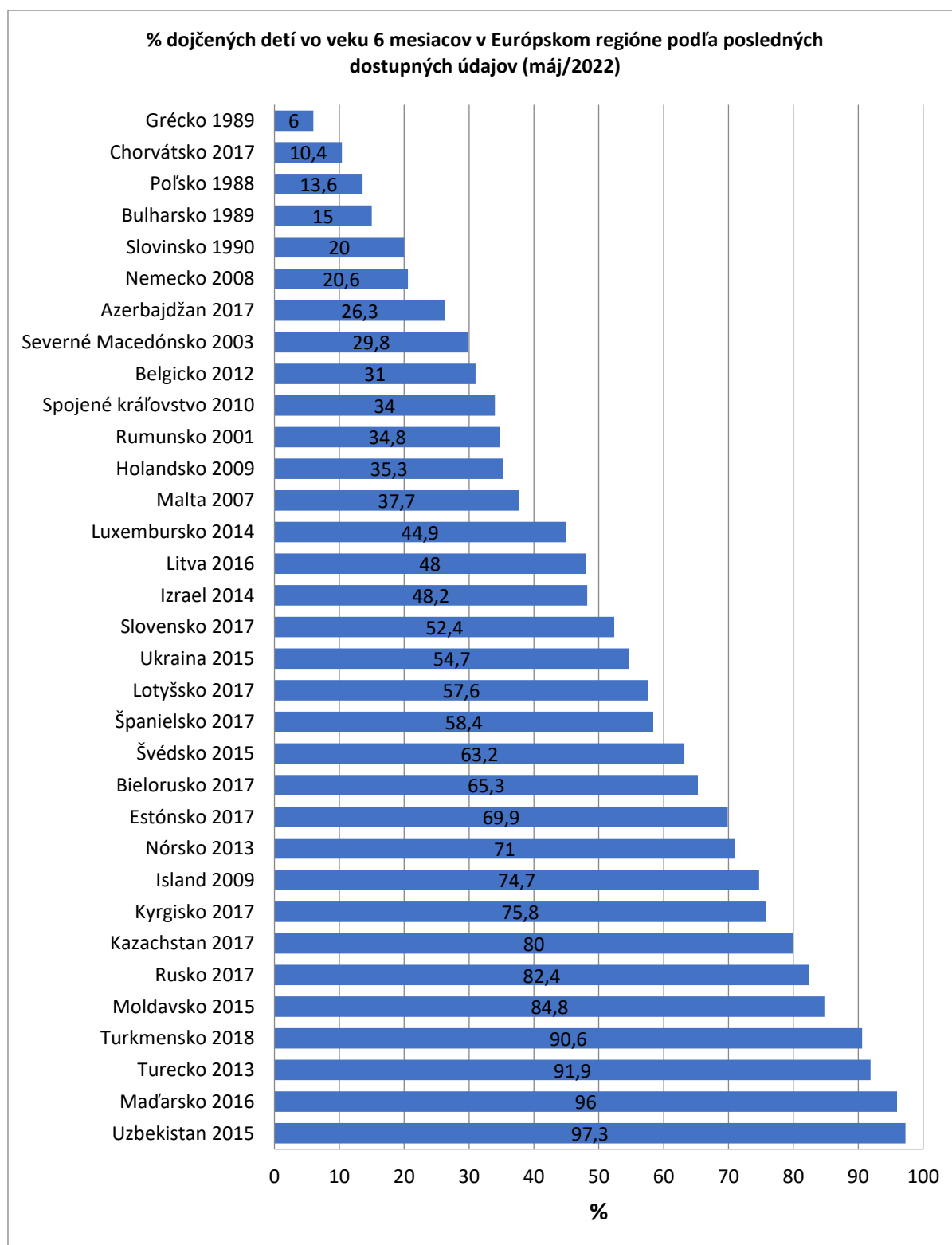
Po výzve WHO z roku 1979 vydalo Ministerstvo zdravotníctva metodický pokyn „Program na podporu zlepšenia výživy detí s dôrazom na dojčenie“, ktorý sa stal od roku 1980 súčasťou práce všetkých zdravotníckych pracovníkov v starostlivosti o dieťa (Haľamová, 1993). Na tento Laktačný program z rokov 1978 – 1989 nadviazal Baby Friendly Hospital Initiative Unicefu. Výraznejšieho zlepšenia prirodzenej výživy sa dosiahlo v rokoch deväťdesiatych (Haľamová, Benedeková, Vajová, 2001). Na začiatku 90 rokov minulého storočia sa v celosvetovom meradle čoraz častejšie a urgentnejšie poukazovalo na odborných podujatiach venovaných civilizačným chorobám na medicínsky omyl – nahradiť prirodzenú výživu materským mliekom v prvom roku života náhradnou umelou výživou, ktorá v skutočnosti predstavuje arteficiálne navodenú situáciu (Plintovič, 2000). K Deklarácii INNOCENTI o ochrane, propagácii a podpore dojčenia z roku 1990 sa pridala aj Slovenská republika v roku 1993 a začal sa aj na Slovensku uplatňovať globálny program WHO/UNICEF Baby Friendly Hospital Initiative. V roku 1996 prvých 6 nemocníc na Slovensku získali plaketu BFH (Haľamová, Benedeková, Vajová, 2001).

Podľa Plintoviča (2000) na prelome milénia ako v celej Európe, tak aj u nás výdavky na zdravotníctvo rástli rýchlejšie, ako hrubý domáci produkt a zdravotný stav obyvateľstva stagnoval – u nás sa dokonca zhoršoval. Naša zdravotná politika bola vlastne politika liečebná, ktorá bola schopná (v dobrej snahe pomôcť pacientovi) minúť akúkoľvek finančnú ponuku. Aj preto rozumný štát a poisťovne preferovali preventívne programy. Aj u nás platilo, že 1 Sk investovaná do prevencie ušetrí 100 Sk vynakladaných na liečbu.



Graf č. 3 Vývoj podielu plne dojčených detí na konci 6. mesiaca života v % v rokoch 2009 – 2020 (NCZI, 2021)

Prirodzená výživa dieťaťa je dlhodobo v popredí záujmu spoločnosti na Slovensku, zároveň je legislatívne ukotvená. Napríklad v roku 2014 existovalo v rámci platnej slovenskej legislatívy 33 právnych predpisov rôznej právnej sily – medzinárodné zmluvy so silou vyššou ako zákon, zákony, nariadenia vlády, vyhlášky, odborné usmernenia, koncepcie a výnosy – zaoberajúcich sa problematikou dojčenia. Medzi najdôležitejšie dokumenty Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky patria: Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore všeobecná starostlivosť o deti a dorast z roku 2006, ktorá hovorí, že súčasťou preventívnej zdravotnej starostlivosti je aj poradenstvo v oblasti výživy zamerané na laktačný program; Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o podpore výživy dojčiat a batoliat dojčením z roku 2009, ktoré pozostáva z desiatich článkov: presadzovanie a podpora dojčenia, dojčenie a materské mlieko, odporúčania dojčenia WHO/UNICEF, riziká predčasného odstavenia, kontraindikácie dojčenia, prípustnosť dojčenia, zdravotnícke zariadenia a kompetentní zdravotnícki pracovníci, podpora dojčenia v ambulantnej zdravotnej starostlivosti a deklarácia podpory; Štandardný postup na výkon prevencie: Starostlivosť o matku a novorodenca podľa zásad Baby-friendly Hospital Initiative (BFHI) – podpora vzťahovej väzby a laktácie z roku 2019, ktorý bol vydaný ako podklad pre recertifikáciu nemocníc, keď Slovenský výbor pre Unicef (od roku 2019 premenovaný na Slovenská nadácia pre UNICEF) v roku 2016 vyhlásil, že platnosť plaket BFH nemocniciam vypršala. V súčasnosti v roku 2021 zatiaľ ani jedna nemocnica na Slovensku nemá plaketu BFH.



Graf č. 4 Prehľad počtu dojčených detí vo veku 6 mesiacov v Európskom regióne podľa posledných dostupných údajov (World Health Organization - European Region, 2022)

Z dlhodobého sledovania vývoja dojčených detí na konci šiesteho mesiaca života, pozorujeme od roku 2009 do roku 2020 (posledné dostupné oficiálne údaje k augustu

2022) nárast počtu plne dojčených detí o 24,1 % (podiel plne dojčených detí k počtu evidovaných detí v %). V roku 2011 sa podarilo dosiahnuť úroveň plne dojčených detí nad 50 %, čo znamená, že každé druhé evidované dieťa bolo plne dojčené na konci šiesteho mesiaca života. Túto úroveň sa podarilo v nasledujúcich rokoch udržať a dokonca aj zvýšiť (graf 3).

V roku 2022 sa aj Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek (SKSaPA) zapojila do kampane „Svetový týždeň dojčenia“ (WBW) spolu s viac ako 120 organizáciami celého sveta, ktorú organizuje Svetová aliancia pre dojčenie (Waba). Táto kampaň je považovaná za jednu z najväčších spoločných kampaní medzinárodných organizácií ako WHO a Unicef tohto druhu, propagujúcich výhody dojčenia a v tomto roku je zameraná na pomoc s dojčením u predčasne narodených detí a novorodencov odkázaných na intenzívnu lekársku starostlivosť. Miera dojčenia počas pandémie COVID-19 výrazne klesla, najmä na jednotkách intenzívnej starostlivosti o novorodencov a ešte viac v krajinách so všeobecne nízkou mierou dojčenia. Teraz je kľúčové obnoviť mieru dojčenia na úroveň pred pandemiou a posilniť kapacitu systémov podpory dojčenia s cieľom chrániť, propagovať a podporovať dojčenie, najmä v kritických prostrediach, ako sú nemocnice (SKSaPA, 2022).

Pri hodnotení frekvencie dojčenia v rámci Európskeho regiónu má Slovensko podľa posledných dostupných údajov približne stredové hodnoty v počtoch čiastočne dojčených detí vo veku 6 mesiacov (graf 4; World Health Organization - European Region, 2022).

Záver

Význam dojčenia je pre slovenskú populáciu mnohoraký. Z hľadiska duševného zdravia dojčenie znižuje u dieťaťa výskyt rizikových faktorov psychosociálnej povahy významných pre vznik duševných porúch tým, že minimalizuje dlhšie odlúčenie od primárnej vzťahovej osoby (matky) v prvom roku života, znižuje počet matiek pracujúcich už v prvom roku života dieťaťa, odďaľuje narodenie ďalšieho súrodenca, zlepšuje zdravie dojčeného dieťa aj dojčiacej matky, prispieva k budovaniu bezpečnej vzťahovej väzby.

Počas uplynulého obdobia pandémie COVID-19 došlo k obmedzeniu laktačných poradenstiev a rooming-in systému ošetrovania u Covid pozitívnych matiek, čo bude mať nepriaznivý dopad na prevalenciu dojčenia na Slovensku.

Zoznam bibliografických odkazov

BRISCH, K., H. *Bezpečná vzťahová väzba. Attachment v tehotenstve a prvých rokoch života. Edukačný program pre rodičov SAFE®.* Trenčín: Vydavateľstvo F, Pro mente sana s.r.o., 2011, 150 s. ISBN 978-80-88952-67-1.

CVENGROŠ, V., STADTRUCKEROVÁ, A. A survey of breast feeding in the district of Martin. *Československá Pediatrie*, 1978, 33(5):302-5. ISSN 0069-2328.

DLUHOLUCKÝ, S. Ethnic and geographic difference in breast-feeding in Slovakia. *Lekársky Obzor*, 1999, 7-8:209-12. ISSN 0069-2328.

DLUHOLUCKÝ, S., HALÁMOVÁ, V., HRUBÁ, F., FRČOVÁ, B. State of breast feeding in Slovak republic at the beginning of millennium [1999 - 2003]. *Lekársky Obzor*, 2009, 57(3):94-103. ISSN 0069-2328.

HALÁMOVÁ, V. Promotion and encouragement of breast feeding in Slovakia. *Československá Pediatrie*, 1993, 48 Suppl 1:23-4. ISSN 0069-2328.

HALÁMOVÁ, V., BENEDEKOVÁ, M., VAJOVÁ, A. Úlohy pediatrov prvého kontaktu v podpore dojčenia v SR. *Československá Pediatrie*, 2001, 56(1):68. ISSN 0069-2328.

HALÁMOVÁ, V., KOPS, J., RYBÁNSKA, M. Natural feeding of infants in Slovakia. *Československá Pediatrie*, 199, 45(7):431-3. ISSN 0069-2328.

HAŠTO, J. *Vzťahová väzba. Ku koreňom lásky a úzkosti*. Trenčín: Vydavateľstvo F, Pro mente sana s.r.o., 2005, 300 s. ISBN 80-88952-28-X.

HORANSKÁ, E. Trends in breast feeding. *Československá Pediatrie*, 1982, 37(2):90-1. ISSN 0069-2328.

JODL, J. Basis of rational nutrition of infants at the present time. *Československá Pediatrie*, 1985, 40(8):466-8. ISSN 0069-2328.

Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore všeobecná starostlivosť o deti a dorast č. 15988 – 1/2006 – OZS zo dňa 12. júna 2006. In: Osobitné vydanie Vestníka MZ SR v mesiaci júl 2006.

LOVENHEIM, P. *Efekt pripútania. Ako väzby vytvorené v útlom detstve ovplyvňujú naše vzťahy v dospelosti*. Bratislava: Eastone Books, 2021, 248 s. ISBN 987-80-8109-405-7.

Národné centrum zdravotníckych informácií - NCZI. *Ambulantná starostlivosť pre deti a dorast v SR 2005*. Edícia Zdravotnícka štatistika. Bratislava, p. 28. [online], [citované 17.08.2022]. Dostupné na:
<http://www.nczisk.sk/Documents/publikacie/2005/zs0626.pdf>.

Národné centrum zdravotníckych informácií - NCZI. *Činnosť všeobecných ambulancií pre deti a dorast v Slovenskej republike 2020*. Edícia Štatistické prehľady, Bratislava, s. 5. [online], [citované 17.08.2022]. Dostupné na:
<https://data.nczisk.sk/statisticke_vystupy/Vseobecna_starostlivost_deti_dorast/Cinnost_vseobecnych_ambulancii_pre_deti_a_dorast_v_SR_2020.pdf>.

Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o podpore výživy dojčiat a batoliat dojčením č. 14422/2009 – OZS – zo dňa 15. 10. 2009; Vestník Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, čiastka 54 – 55 zo dňa 20. novembra 2009, ročník 57.

PLINTOVIČ, V. Renesancia dojčenia v SR. *Praktická gynekológia*, 2000, 7,(2): 80-81. ISSN 1335-4221.

SEARS, W., SEARSOVÁ, M. *Vzťahová výchova. Praktická príručka o citlivom a prirodzenom prístupe k dieťaťu*. Zlaté Moravce: ChristBook, 2012, 240 s. ISBN 987-80-970948-1-2.

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek – SKSaPA. *SKSaPA sa zapojila do kampane Svetový týždeň dojčenia*. [online]. 2022. [citované 31. 08. 2022]. Dostupné na: <<https://www.sksapa.sk/aktuality-a-oznamy/sksapa-sa-zapojila-do-kampane-svetovy-tyzden-dojcenia.html>>.

ŠALÁTA, A. Breastfeeding in northeastern Slovakia over the past 25 years. *Československá Pediatrie*, 1983, 38(2):109-11. ISSN 0069-2328.

Štandardný postup na výkon prevencie: Starostlivosť o matku a novorodenca podľa zásad Baby-friendly Hospital Initiative (BFHI) – podpora vzťahovej väzby a laktácie. [online], 2022. [citované 26. 08. 2022]. Dostupné na: <https://mzsr.sk/Zdroje/?Sources=dokumenty/SDTP/standardy/Baby-friendly_Hospital_Initiative_Interdisciplinarna_oblast/Standardny_postup_Starostlivost_o_matku_a_novorodenca_podla_zasad_BFHI_podpora_vzahovej_vazby_a_laktacie_2_revizia.pdf>.

ŠVEJCAR, J. Breast feeding. *Československá Pediatrie*, 1980, 35(10):542-52. ISSN 0069-2328.

Ústav zdravotníckych informácií a štatistiky. *Ambulantná starostlivosť pre deti a dorast v SR 1997*. Edícia Zdravotnícka štatistika. Bratislava, 1998, s. 8. [online], [citované 26. 05. 2022]. Dostupné na: http://www.nczisk.sk/Documents/publikacie/archiv/1997/ambulantna_starostlivost_o_deti_a_dorast_v_sr_1997.pdf.

Ústav zdravotníckych informácií a štatistiky. *Ambulantná starostlivosť pre deti a dorast v SR 2000*. Edícia Zdravotnícka štatistika. Bratislava, 2001, s. 9. [online], [citované 26. 05. 2022]. Dostupné na: http://www.nczisk.sk/Documents/publikacie/archiv/2000/ambulantna_starostlivost_o_deti_a_dorast_v_sr_2000.pdf.

VELKOVÁ, S. Human milk infant feeding in the Košice Region, Slovakia. *Ošetrovatelstvo a zdravie XII – recenzovaný zborník príspevkov z medzinárodnej vedeckej konferencie*, Alexander Dubček University of Trenčín, Faculty of Healthcare, 2020, s.164-72, ISBN 978-80-8075-919-3.

World Health Organization - European Region. *European Health Information Gateway - % of infants breastfed at age 6 months*. [online]. 2022. [citované 26. 05. 2022]. Dostupné na: <https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_616-7260-of-infants-breastfed-at-age-6-months/visualizations/#id=19721&tab=graph>.

STRESS MANAGEMENT VERSUS ESCALATION OF SUICIDAL THOUGHTS AMONG PSYCHIATRIC NURSES IN POLAND

WOJDA Piotr

Clinic of Psychiatry, Cologne, Germany

Abstract

Background: In the work of a psychiatric nurse, stress is part and parcel of this profession. However, long-term stress burden and ineffective coping with it led to psychosomatic disorders, engaging in self-destructive behaviours, and deteriorating the quality of nursing and medical care.

Aim: The aim of the study was to determine the occurrence of stress and ways of coping with the intensification of suicidal thoughts among psychiatric nurses in Poland

Sample and methods: The study involved the participation of 190 psychiatric nurses working in Poland. An original questionnaire was sent out electronically to the management of psychiatric care facilities in the largest cities of Poland with a request to forward the link to the nurses. The replies of the respondents were subjected to statistical analysis using the StatSoft's Statistica v.13.1 PL program.

Results: Almost 60 % of the respondents complained of frequent stress at work and among them 17.76% declared suicidal thoughts ($p=0.000$, Cramér's $V=0.326$). The most frequent causes of stress in the nurses' work were working with aggressive patients, excessive workload, and low remuneration. The surveyed nurses most often coped with stress by talking to family or friends (59.47%), using relaxation techniques, or doing hobbies (57.89%) and seeking support from colleagues (57.89%). Suicidal thoughts occurred the most frequently among the nurses who did not receive support at work ($p=0.038$, Cramér's $V=0.169$), took sedatives or drank alcohol ($p=0.000$, Cramér's $V=0.323$), and the least frequently in those who used relaxation techniques, confided in friends and family ($p=0.000$, Cramér's $V=0.323$) and received psychological support ($p=0.038$, Cramér's $V=0.169$). Coping with the situation by taking a sick leave or changing the workplace was negatively correlated with the intensity of suicidal thoughts ($p=-1$).

Conclusions: Stress and the ways of stress management have a significant impact on the occurrence of suicidal thoughts among the surveyed psychiatric nurses. The nurses displaying behaviours with active stress management admitted to having suicidal thoughts less often than those who exhibited evasive behaviours. Further studies on a larger group of psychiatric nurses are required. The results of the research may encourage management staff to implement training in workplaces to combat stress and provide support to their subordinates as a means of preventing the consequences of stress.

Key words: Stress. Coping. Psychiatric nurses. Suicidal thoughts.

Abstrakt

Východiská: Stres v práci psychiatrickej sestry k profesii patrí. Dlhodobý stres a jeho neefektívne zvládanie však vedú k psychosomatickým poruchám, sebadeštruktívnemu správaniu a zhoršovaniu kvality ošetrovateľskej a lekárskej starostlivosti.

Ciele: Cieľom štúdie bolo zistiť výskyt stresu a spôsob zvládania intenzifikácie samovražedných myšlienok u psychiatrických sestier v Poľsku.

Súbor a metódika: Štúdie sa zúčastnilo 190 psychiatrických sestier pracujúcich v Poľsku. Vedeniu psychiatrických ústavov v najväčších poľských mestách boli elektronicky zaslané dotazníky so žiadosťou o zdieľanie prepojenia so sestrami. Odpovede respondentov boli štatisticky analyzované pomocou programu Statistica v.13.1 PL od StatSoft.

Výsledky: Častému stresu v práci bolo vystavených takmer 60 % opýtaných a samovražedné myšlienky deklarovalo 17,76 % z nich ($p=0,000$, Cramerovo $V=0,326$). Najčastejšími príčinami stresu v práci sestry bola práca s agresívnym pacientom, priveľa práce a nízky plat. Opýtané sestry najčastejšie zvládali stres rozhovormi s rodinou alebo priateľmi (59,47 %), relaxačnými technikami alebo koníčkami (57,89 %), vyhľadávaním podpory u kolegov (57,89 %). Samovražedné myšlienky boli najčastejšie u sestier, ktoré nedostali podporu v práci ($p=0,038$, Cramer $V=0,19$), užívali sedatíva alebo pili alkohol ($p=0,000$, Cramer $V=0,323$) a najmenej časté u tých, ktoré využívali relaxačné techniky, rozhovory s priateľmi a rodinou ($p=0,000$, V Cramer = 0,323) a získanie podpory od psychológa ($p=0,038$, V

Cramer = 0, 169). Zvládnutie práceneschopnosti alebo zmena pracoviska negatívne korelovalo so závažnosťou samovražedných myšlienok ($p = -1$).

Záver: Stres a spôsob zvládania stresu majú významný vplyv na výskyt samovražedných myšlienok u skúmaných psychiatrických sestier. Sestry, ktoré vykazovali aktívne správanie pri zvládaní záťaže, mali menšiu pravdepodobnosť priznať samovražedné myšlienky ako tie, ktoré vykazovali vyhýbavé správanie. Je potrebný ďalší výskum na väčšej skupine psychiatrických sestier. Výsledky výskumu môžu podnietiť manažérov k realizácii tréningových kurzov v oblasti boja proti stresu a poskytovania podpory podriadeným ako prevencie následkov stresu.

Kľúčové slová: Stres. Zvládanie záťaže. Psychiatrické sestry. Samovražedné myšlienky.

Introduction

In the work of a psychiatric nurse, stress is part and parcel of caring for patients with mental health disorders. Psychiatric nurses experience a higher level of stress than nurses from other specialisations [1]. Occupational stress is defined as the interaction between an employee and the work environment which leads to mental and physiological changes affecting the normal functioning of the individual. Almost 90 % of all health problems affecting employees are attributed to stress [2]. Prolonged stress leads to the development of cardiovascular diseases, neurological-psychiatric diseases, as well as increased employee absence, abandoning the profession and lowering the quality of patient care. The source of stress experienced when providing care to a mentally ill patient is thought to be primarily their unpredictable behaviour, especially aggression. In addition, nurses are exposed to stress associated with the organization of work, irregular working hours, excessive workload, interpersonal conflicts, and lack of support from their superiors. Researchers point to four areas affecting the level of stress in employed nurses, i. e. workplace requirements (difficulty of the task, time pressure, level of knowledge and skills), individual characteristics (personality traits, age, culture, work experience), social support in the workplace and work organization (material and human resources, shift work) [2]. The effects of stress depend on the type of stressor, the duration of its impact and the way of coping with it. Excessive, long-term stress burden and ineffective coping with it may lead to serious health problems and self-destructive behaviours. American research conducted among nurses indicates that high levels of stress and ineffective coping with it increase the occurrence of anti-health behaviours (excessive consumption of fast food, drinking alcohol, smoking cigarettes), worsen the state of health and reduce productivity at work [3].

Stress management is defined as specific, learned action (cognitive and behavioural) undertaken in a stressful situation [4]. Coping strategies are divided into adaptive ones (focused on the problem and emotions, active search for a solution through the use of one's own resources and the environment, positive impact on well-being) and non-adaptive ones (avoidance strategies, reducing negative emotions caused by stress, do not solve the problem, having a negative impact on health) such substance use and self-pitying. Cheng and Cheung established that the level of stress can be effectively reduced by adapting the coping strategy to the current stressful situation [5]. Therefore, effective coping with a stressful situation will depend on selecting a coping style to match current requirements, after an earlier assessment of the level of threat and the possibility of its elimination. Currently, we can witness a departure from the assumption whereby one strategy for stress management is more effective than another in favour of the flexible application of various ways of stress management. For example, dealing with stress by avoidance may be effective in the case of short-term stress (sick leave),

but its long-term application is ineffective and may lead to the emergence of new stressful situations. According to the research by A. Kuczyńska and B. Janda-Dębek, the subjective recognition of a stressor as a challenge influences the choice of a task-oriented style of coping, while the perception of a stressor as a threat triggers an emotional style of coping [6].

Active stress management can reduce or eliminate negative emotions and solve problem situations by taking specific measures. Such measures may include changing the workplace, taking a medical leave, seeking support among co-workers or superiors. These measures are characterized by their long-term effectiveness. They relieve stress, reduce the risk of psychosomatic disorders and self-destructive behaviours and improve wellbeing as well as interpersonal relations [7,8].

Non-constructive measures reducing stress relieve current emotional state, but they do not solve the problem, while their long-term application leads to the development of addictions (use of psychoactive substances), which may increase suicidal behaviours [9,10].

Aim

The aim of the study was to determine the impact of the stress level and ways of coping with it on the increase of suicidal thoughts among psychiatric nurses. The study was intended to provide answers to the following questions:

1. What is the most stressful factor for the surveyed psychiatric nurses?
2. How do the nurses cope with stress?
3. Does the way of dealing with stress influence the occurrence and severity of suicidal thoughts?

Research method

The study used an original survey which was sent out electronically to the management of psychiatric care facilities in the largest cities of Poland with a request to forward the link to the nurses. The participation in the survey was anonymous and voluntary. The answers were encrypted and stored on the website interankiety.pl in a password-protected account. The study was carried out in accordance with the Declaration of Helsinki guidance of the World Medical Association and Good Clinical Practice recommendations. The study was approved by the Bioethics Committee of the Psychiatric Clinic in Cologne, Germany.

The survey consisted of a personal information section and the main part (20 questions in total). Multiple-choice questions were used with one or more selectable responses allowed. The survey was completed by 190 nurses between January and March 2022. In order to perform data analysis, calculations and diagrams, the Statistica v.13.1 PL statistical package by StatSoft company and Microsoft Excel spreadsheet were employed. The statistical hypothesis testing was carried out using the chi-squared test. The significance level was set at the commonly used figure of 0.05. Next, the correlation level between the two examined variables was determined using the Cramér's V coefficient.

In the first place, the occurrence of stress among nurses was determined. The respondents were asked the question: *How does your work impact your health?*, with the following selectable responses: I often experience stress, I have sleep problems, I experience somatic symptoms, I experience anxiety, I have suicidal thoughts, it has no impact and *What is the most strenuous factor for you in your work?* (possible responses: *working with an aggressive patient, low remuneration, excessive workload, relations with co-workers, undertaking actions against my conscience*). In the assessment of stress management, the answers to the following questions were used: *How do you cope with stress?* (possible answers: *relaxation techniques, hobbies, drinking alcohol, smoking cigarettes, taking sedatives, talking to friends, family*), *When in crisis situation at work, do you seek help and support from ...?* (possible responses: *colleagues, superior, psychologist, I do not receive support*), *Do you feel overloaded to the extent that you are thinking about...?* *changing the workplace, a medical leave, taking your own life*. Then, the relationship between stress management and the severity of suicidal thoughts was determined (*How often do you have suicidal thoughts?* – *often, sporadically, I don't have suicidal thoughts*) in the studied group. In both cases, the socio-demographic variables of the respondents were taken into account.

Results

A group of 190 nurses participated in the study. In terms of socio-demographic characteristics, the surveyed group was characterized by prevalence of women (87%), aged from 41 to 60 (71%), possessing higher education (79%). Most of the respondents declared having work experience in psychiatry from 11 to 20 years (29%) and 90% of the respondents worked in psychiatric hospitals (Table 1).

Almost 60 % of the surveyed nurses (57,36%) often experience stress at work. Sociodemographic factors correlated positively with the occurrence of stress (Table 2). Male respondents most often admitted to experiencing occupational stress (85.71%), those with a bachelor's degree in nursing (61.11%), aged 31-40 (73.07%), bachelors (60.60%), nurses with the longest practice experience in psychiatry (69.69%) and those employed in nursing homes for people with mental illnesses (75%). Occupational stress was admitted to the least degree by women (58.43%), women in formal marriage (55.89%), women with secondary medical education (50%), people aged over 60 (45.45%), nurses with the shortest practice experience in psychiatry and nurses employed in community psychiatric care (50%).

The biggest sources of stress for nurses were patient aggression (57.89%), excessive workload (47.89%) and low remuneration (46.31%). The relations between co-workers (23.15%) and the need to act against one's conscience (the so-called conscience stress) were less stressful for the respondents (14.73%).

Table 1 Demographic characteristics of psychiatric nurses

Gender	N	%
Women	166	87%
Men	24	13%
Age (years)		
20-30 lat	18	9%
31-40	26	14%
41-50	67	35%
51-60	68	36%
Over 60	11	6%
Merital status		
Singel	33	17%
Married	120	64%
Widowed	10	5%
Divorced	27	14%
Level of education		
Registered nurse	40	21%
Bachelor's in nursing	54	28%
Master's in nursing	82	44%
Other higher education in health care	14	7%
Work experience in psychiatry (years)		
<1	5	3%
1-5	31	16%
6-10	29	15%
11-20	55	29%
21-30	37	19%
Over 30	33	17%
Workplace		
Psychiatric ward	170	90%
Community psychiatry	8	4%
Nursing home for people with mental illness	12	6%

Stress management

Among the surveyed nurses, the following strategies of stress management were identified: active stress management – focused on the problem (seeking support from a superior, friends, a psychologist, change of workplace) and focused on emotions (talking with a psychologist, talking with friends, a hobby, relaxation techniques), and passive stress management – avoidance (using psychoactive substances, taking a medical leave). The surveyed nurses most often coped with stress by talking to family or friends (59.47%), using relaxation techniques, or doing hobbies (57.89%), seeking support from colleagues (57.89%) or from their superior (29.47%). More as 40 % of the respondents considered changing the workplace. And only 4.73% used a psychologist's assistance. Among the ways of stress management through avoidance, the following dominated: taking medical leave (40%), smoking cigarettes (23.68%), followed by drinking alcohol (11.57%) and taking sedatives (10.57%). Sociodemographic factors had a significant influence on stress management in the studied group. Men (19.57%) drank almost 4 times more alcohol than women (5.02%) and were more likely to take sedatives (8.70%) compared to women (6.18%). Whereas

women (15.44%) smoked cigarettes more often than the examined male nurses (10.87%), used relaxation techniques (36.29% vs. 30.43%) and talked to family and friends (33.98% vs. 28.26%) while fighting stress.

Table 2 Demographic data of respondents and work stress

Gender (p=1)	Work stress
Women	97 (58,43%)
Men	12 (85,71%)
Age (years) (p=0,981)	
20-30 lat	9 (50 %)
31-40	19 (73,07%)
41-50	35 (52,23%)
51-60	41 (60,29%)
Over 60	5 (45,45%)
Merital status (p=0,999)	
Singel	20 (60,60%)
Married	67 (55,83%)
Widowed	6 (60%)
Divorced	16 (59,25%)
Level of education (p=0,993)	
Registered nurse	20 (50%)
Bachelor's in nursing	33 (61,11%)
Master's in nursing	48 (58,53%)
Other higher education in health care	8 (57,14%)
Work experience in psychiatry (years) (p=0,896)	
<1	3 (60%)
1-5	12 (38,70%)
6-10	18 (62,06%)
11-20	26 (47,27%)
21-30	17 (45,94%)
Over 30	23 (69,69%)
Workeplace (p=0,999)	
Psychiatric ward	96 (56,47%)
Community psychiatry	4 (50%)
Nursing home for people with mental illness	9 (75%)

The oldest respondents (aged over 60) applied relaxation techniques and pursued hobbies (42.86%) as well as conversation with friends and family (35.71%) more often than younger people in order to relieve stress. In this group, a psychologist's help (0%) and administration of sedatives (0%) were sought the least frequently. This stands in contrast with the youngest respondents (20-30 years), who took sedatives the most often (9.09%). Persons aged 51 to 60 years most often reached for cigarettes (19.19%) and sought psychological help (7.07%) in the fight against stress. The respondents aged 31 to 40 were distinguished by the highest percentage of people drinking alcohol (16.67%) and smoking cigarettes (16.67%). Interestingly, the persons in this age group talked with friends and family (25.00%) and used relaxation techniques to relieve stress (35.42%) the least frequently. Among the remaining respondents, those who had the shortest work experience used relaxation techniques and hobbies the most often (46.15%). In turn, the persons with the longest work experience, compared to other groups, reached for cigarettes the most often (20.83 %).

Widowed persons use relaxation techniques the least frequently compared to others; they drink alcohol (18.75%) and use relaxation techniques (25%) to relieve stress the most often. On the other hand, bachelors and maidens talked with friends and family the least (25.4%) but used relaxation techniques (38.1%) and smoked cigarettes (20.63%) the most often. It is interesting that persons living in a formal relationship take sedatives the most often (8.06%).

The respondents holding the degree of Master in Nursing drank alcohol (18.29%) and took sedative drugs the most often (9.75%), while those holding a bachelor's degree in nursing talked to friends (68.61%). The nurses with secondary education were the most willing to smoke cigarettes (27.57%) among the respondents.

The impact of support received at the workplace on stress management seems to have special importance (Table 3). The respondents who do not receive any support at all, compared to others, most often resort to stress management by avoidance: smoking cigarettes (18.75%), drinking alcohol (11.46%) and are the ones who use relaxation techniques the least frequently (32.29%). The persons using psychological help most often use relaxation techniques (as many as 45%) in comparison to other groups and, what is interesting, they do not take sedatives at all.

Table 3 Support at work and coping with stress

support at work ($p=0,00$; V Cramera =0,594)	ways to cope with stress					
	relaxation techniques, hobbies	smoking cigarettes	drinking alcohol	take some sedatives	talk with friends, familie	psychologist support/help
manager	33 (37,5%)	9 (10,23%)	3 (3,41%)	8 (9,09%)	34 (38,64%)	1 (1,14%)
psychologist	9 (45%)	1 (5%)	2 (10%)	0 (0%)	7 (35%)	1 (5%)
colleagues	65 (36,72%)	24 (13,56%)	9 (5,08%)	10 (5,65%)	66 (37,29%)	3 (1,69%)
no support at work	31 (32,29%)	18 (18,75%)	11 (11,46%)	8 (8,33%)	24 (25%)	4 (4,17%)

The correlation between the way of stress management and the severity of suicidal thoughts was demonstrated (Cramér's $V = 0.323$; $p=0.000$). The nurses who take sedatives the most frequently declared that they often (15.82 %) or occasionally (47.41 %) had suicidal thoughts. The nurses who drink alcohol had suicidal thoughts occasionally (27.27 %) and 13.64% of them admitted to having frequent suicidal thoughts.

The respondents who use relaxation techniques and often talk to friends and family have almost no suicidal thoughts (90.91% of them). About 58 % of nurses declared that they could count on the support of their colleagues, superior (29.47 %) and psychologist (7.36 %) at work. 30.52% of the respondents did not receive support at their workplace, which led to suicidal thoughts in 28.07% of the respondents. The type of support significantly correlated with suicidal thoughts (Cramér's $V = 0.169$; $p=0.0380$). Over 92 % of the respondents who received support from a psychologist or superior did not have suicidal thoughts.

Negative correlation ($p= -1$) was found between the severity of suicidal thoughts and stress management by going on sick leave or changing the workplace.

Discussion

Occupational stress was a significant problem for more than half of the surveyed nurses. About 58 % of the respondents complained about frequent stress at work, and among them 17.76% declared suicidal thoughts. Male nurses, persons aged 31-40, persons holding a bachelor's degree in nursing and single people admitted to suffering from stress the most often. Despite the lack of unambiguous data indicating that sociodemographic factors (gender, age, marital status, education) significantly determine the experience of stress, this study proves their significant impact on the occurrence of stress, which finds confirmation in other studies [11, 12, 13]. It is also interesting that the persons with the longest experience in psychiatry declared the occurrence of stress the most often, which is contrary to scientific reports indicating the protective effect of professional experience [14]. The occurrence of stress correlated significantly with the occurrence of suicidal thoughts, which was admitted by 17.76% of the respondents. These results are similar to the outcome of the studies conducted among Taiwanese nurses, in which 10.5% of the respondents had suicidal thoughts related to everyday professional stress [15]. Prolonged stress may lead to the development of mental disorders and self-destructive behaviours.

Polish psychiatric nurses found working with aggressive patients the most stressful, which was confirmed by the research conducted among psychiatric nurses in Jordan, for whom patient aggression was associated with a high level of stress [15]. This stems from the frequency of experiencing aggression on the part of the nursing staff. According to the studies by Mosiolek et al., 50% of psychiatric nurses are victims of physical aggression and 66.7% of verbal aggression [16]. Similar results were obtained by Israeli researchers, whose survey indicated that 88.6% of nurses experienced verbal aggression and 56.1% physical aggression during the previous year [17]. The factors having a high stress-inducing potential for the respondents also included excessive duties and low remuneration, which are often mentioned in the scientific literature and constitute an indispensable part of the nurse's professional life and one of the most important reasons for quitting the profession [18,19,32].

The surveyed psychiatric nurses displayed various stress management behaviours. Most often, they took measures focused on solving the problem or focused on emotions. The persons who coped with stress by applying relaxation techniques (90.57%) or talking to friends and family (90.91%) denied the occurrence of suicidal thoughts. Talking with friends and family in stressful situations seems to be so effective among the oldest respondents that they did not take sedatives or use the support of a psychologist. This contrasted with the youngest respondents, who talked to friends and family less often in stressful situations, thus the percentage of people resorting to sedatives and experiencing suicidal thoughts was the highest among them. These observations are supported by studies which show that people receiving support from people from their closest circle had the lowest level of suicidal thoughts [7].

The support received correlated with the frequency of stress occurrence, the ways of stress management and the severity of suicidal thoughts. The people who did not receive support at work reported the occurrence of stress the most frequently, smoked cigarettes and consumed alcohol the most often in addition to exhibiting the highest rate of suicidal thoughts. The respondents left without emotional support had one of the higher rates of taking sedatives. It was proved that the higher the level of support

received from the environment, the lower the level of stress and the lower the risk of using psychoactive substances was [8]. The people who received support from their superior or psychologist at the workplace declared lack of suicidal thoughts the most often, and the people who received support from their co-workers complained about stress the least often. Receiving workplace support not only reduces stress, but also increases job satisfaction and reduces the risk of the burn-out syndrome [20,21,33].

The use of evasive methods in stress management was associated with a higher percentage of suicidal thoughts [22], which was also corroborated by this study. Among the respondents who took sedatives, more as 60 % experienced suicidal thoughts. Statistically, this method was most often chosen by young married men. According to the National Student Nurses Association (NSNA), male nurses are more likely to take psychoactive substances, and among female nurses this problem is encountered at an older age [23]. Men generally exhibit a tendency towards more frequent engaging in risky behaviours, which may stem from the traditional model of masculinity. In general, it constitutes a disturbing anti-stress behaviour significantly affecting the risk of drug overdose in this professional group [24]. According to American researchers, in 36.2% of suicide cases among nurses, they took their own lives by drug overdose (25), and among British female nurses this took place in 42% of cases [26]. This situation stemmed from easy access to medications.

Among alcohol-consuming nurses, 40.91% of them had suicidal thoughts. The research conducted by Tinkoff et al. points to the growing problem of alcohol consumption by nurses who resort to drinking to reduce stress [9]. Many scientific studies indicate that regular alcohol consumption increases the risk of depression, suicidal thoughts and suicide attempts resulting in death [27]. In the UK, among the nurses who committed suicide, over 40% had an alcohol problem. The use of alcohol and drugs to deal with problems and stress was more commonly applied by people at risk of suicide, which may indicate low effectiveness and counterproductive effects of these methods [10].

Among smoking nurses, 26.67% of the respondents experienced suicidal thoughts. Smoking is an important factor in the development of mental illness (depression, schizophrenia). A worrying increase in nicotine addiction is observed among health care workers. Female smokers are exposed to a 3-fold higher risk of developing depression, while in men smoking a pack of cigarettes a day the risk of depression is increased by 500% [28]. It has also been proved that smoking 15 or more cigarettes a day makes the risk of suicide in smokers 4 times greater than in non-smokers [29].

Nurses with a master's degree often drank alcohol and took sedative drugs in stressful situations. It is difficult to unequivocally determine the causes underlying the abuse of psychoactive substances in people with higher medical education. Some researchers argue that the reason for taking sedative drugs is the wish to manage stress, but also the reluctance to accept the role of patient and the resulting need to disclose one's problems to others. Al-Sayed et al. demonstrated that 17% of medical students took sedatives to relieve stress [30]. However, according to the studies by Manceska et al., over 50% of students consumed alcohol to relieve stress, and 12% used sleeping pills [31]. It is stressed that the level of education has an impact on the way alcohol is consumed (inebriation) and the consumption of psychoactive substances.

In the literature there are extensive discussions about changing the workplace and taking a sick leave because of inefficient stress management, lack of job satisfaction or organizational changes at work [34]. There are few studies, however, indicating any correlation between stress management and workplace absenteeism or changing the job. Most studies focus on the impact of stress management on the occurrence of incapacity for work. According to Kristensen, sickness absenteeism should be viewed as a rational behaviour in stress management and coping with illness to maintain or restore capacity to work [35]. In this study, both strategies of stress management were often indicated by nurses in situations of excessive stress, however, a negative correlation was demonstrated between them and the severity of suicidal thoughts.

Conclusion

The occurrence of stress among nurses is an indispensable part of their work. It is important to properly manage stress, which allows for controlling it and preventing negative health consequences. In this study, a relationship between the adopted strategies of stress management and suicidal thoughts was established. The nurses demonstrating active stress management behaviours were less likely to admit to having suicidal thoughts than those who exhibited evasive behaviours. Further studies on a larger sample of psychiatric nurses are required. The results of the research may encourage managers to implement training in workplaces in the scope of combating stress and providing support to subordinates to prevent its negative effects. It seems relevant to take measures aimed at identifying nurses exposed to the risk of suicide by excessive burden of professional stress and providing them with assistance.

References

- [1] MASA'DEH, R., JARRAH, S., MOHANNAD, E. A. Occupational stress in psychiatric nursing. *International Journal of Africa Nursing Sciences*. 2018; 9: 115-119.
- [2] HASSARD J., TEOH K. R. H., VISOCKAITE G. The cost of work-related stress to society: A systematic review. *Journal of Occupational Health Psychology*. 2018; 23(1): 1-7.
- [3] JORDAN T.R, KHUBCHANDANI J., WIBLISHAUSER M. The Impact of Perceived Stress and Coping Adequacy on the Health of Nurses: A Pilot Investigation. *Nursing Research and Practice*. 2016, Article ID 5843256, 1-11.
- [4] GRYGORCZYK A. Pojęcie stresu w medycynie i psychologii. *Psychiatria*, 2008; 5(3), 111–115.
- [5] CHENG C., CHEUNG MW. Cognitive processes underlying coping flexibility: differentiation and integration. *J Pers.* 2005; 73: 859-886.
- [6] KUCZYŃSKA A., JANDA-DĘBEK B. Subiektywna interpretacja sytuacji a style radzenia sobie ze stresem. In: Heszen-Niejodek I., Mateusiak J. (editors). *Konteksty stresu psychologicznego*. Katowice. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego. 2002. 23-37.

- [7] STANLEY B, MARTÍNEZ-ALÉS G, GRATCH I. et al. Coping Strategies that Reduce Suicidal Ideation: An Ecological Momentary Assessment Study, *J Psychiatr Res.* 2021; 133: 32–37. doi:10.1016/j.jpsychires.2020.12.012
- [7] MOON T. J., MATHIAS C. W., MULLEN, J. The Role of Social Support in Motivating Reductions in Alcohol Use: A Test of Three Models of Social Support in Alcohol-Impaired Drivers. *Alcoholism, clinical and experimental research.* 2019; 43(1): 123–134.
- [9] TRINKOFF AM, SELBY VL, HAN K, et al. The prevalence of substance use and substance use problems in registered nurses: estimates from the Nurse Worklife and Wellness Study. *J Nurse Regul.* 2022;12(4):35–46.
- [10] LIANG J, KÖLVES K, LEW B et al. Coping Strategies and Suicidality: A Cross-Sectional Study from China. *Front. Psychiatry.* 2020; 11:120- 129.
- [11] LEE J., CHO Y. H. Gender Differences in Job Stress and Stress Coping Strategies among Korean Nurses. *International Journal of Bio - Science and Bio - Technology.* 2016; 8 (3): 143-148.
- [12] FARAJI A., KARIMI, M., AZIZI, S. M. et al. Occupational stress and its related demographic factors among Iranian CCU nurses: a cross-sectional study . *BMC Research Notes.* 2019; 12: 630-634.
- [13] YOUNG KIM S., SHIN D., W., SEON K. et al. Gender Differences of Occupational Stress Associated with Suicidal Ideation among South Korean Employees: The Kangbuk Samsung Health Study. *Psychiatry Investigation.* 2018;15(2):156-163.
- [14] ANG, S. Y., DHALIWAL S. S., AYRE T. C. et al. Demographics and Personality Factors Associated with Burnout among Nurses in a Singapore Tertiary Hospital. *BioMed Research International.* 2016; 12:1-7.
- [15] CHIN W, CHEN Y, JYE HO J. et al. Psychological Work Environment and Suicidal Ideation Among Nurses in Taiwan. *J. Nurs. Scholarsh.* 2019; 51(1): 106-113.
- [16] MOSIOŁEK A., GIERUS J., MARGAŃSKA K. et al. Zachowania agresywne ze strony pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. *Varia Medica.* 2019; 3(3): 221–226.
- [17] ITZHAKI M., BLUVSTEIN I., PELES BORTZ A. et al. Mental Health Nurse's Exposure to Workplace Violence Leads to Job Stress, Which Leads to Reduced Professional Quality of Life. *Front Psychiatry.* 2018;9:1-6.
- [18] KUPCEWICZ E., SZCZYPÍŃSKI W., KĘDZIA A. Satysfakcja z życia w kontekście życia zawodowego pielęgniarek. *Piel. Zdr. Publ.* 2018; 8(1): 27–32.

- [19] RAJACICH D., KANE D., LAFRENIERE K. et al. Male RNs: Work Factors Influencing Job Satisfaction and Intention to Stay in the Profession. *Can J Nurs Res.* 2014; 46 (3): 94–109.
- [20] ALI H., FATEMI Y., ALI D., HAMASHA M., HAMASHA S. Investigating Frontline Nurse Stress: Perceptions of Job Demands, Organizational Support, and Social Support During the Current COVID-19 Pandemic. *Front. Public Health.* 2022; 10: 1-7.
- [21] WNUK M. Perceived supervisor support as a relevant factor for subordinates' job satisfaction – model verification. *Med Pr.* 2019; 70 (4):475–486.
- [22] AMBRUS L., SUNNQVIST C., ASP M. et al. Coping and suicide risk in high risk psychiatric patients. *J. Ment. Heal.* 2020; 29: 27–32.
- [23] The Rise of Substance Abuse Among Nurses. 2020. Available: <https://www.newdirectionsforwomen.org/>.
- [24] KE YT, FENG IJ, HSU CC. et al. Nurses have a four-fold risk for overdose of sedatives, hypnotics, and antipsychotics than other healthcare providers in Taiwan. *PLoS ONE* 2018; 13(8): 1-12.
- [25] DAVIDSON EJ., Proudfoot J., Lee K. A Longitudinal Analysis of Nurse Suicide in the United States (2005–2016) With Recommendations for Action. *Worldviews Evid.-Based Nurs.* 2020; 17(1): 6-15.
- [26] The National Confidential Inquiry into Suicide and Safety in Mental Health (NCISH). Suicide by female nurses: a brief report, University of Manchester. 2020. Available: www.manchester.ac.uk/ncish/suicide-by-female-nurses/.
- [27] DARVISHI N., FARHADI M., HAGHTALAB T. et al. Alcohol-Related Risk of Suicidal Ideation, Suicide Attempt, and Completed Suicide: A Meta-Analysis. *PLoS ONE.* 2015;10(5): 1-14.
- [28] MORENO A., RUIZ S., MEDINA-MORA ME. Association between smoking and minimal mild depressive symptomatology in heavy smokers. *Salud Mental.* 2009; 32: 199-204
- [29] MILLER M, HEMENWAY R, RIMM E. Cigarettes and suicide: A prospective study of 50,000 men. *Am J Public Health.* 2000; 90 (5): 768-773.
- [30] AL-SAYED A., AL-RASHOUDI A, AL-EISA A. Sedative Drug Use among King Saud University Medical Students: A Cross-Sectional Sampling Study. *Depression Research and Treatment.* 2014: 1-7.
- [31] MANCEVSKA S., BOZINOVSKA L., TECCE J. at al., Depression, anxiety and substance use in medical students in the Republic of Macedonia. *Bratislava Medical Journal.* 2008; 109(12): 568–572.

- [32] BRZOSTEK T, BRZYSKI P., KÓZKA M. et al. Research lessons from implementing a national nursing workforce study. *Int Nurs Rev.* 2015; 62:412–20.
- [33] YU J., REN X., WANG Q. et al. The role of social support on occupational stress among hospital nurses. *Int J Clin Exp Med.* 2014; 7: 3000–3004.
- [34] American Psychological Association. *Change at work linked to employee stress, distrust and intent to quit, new survey finds*. USA. 2017. Available: <https://www.apa.org/news/press/releases/2017/05/employee-stress>.
- [35] KRISTENSEN TS. Sickness absence and work strain among Danish slaughterhouse workers: an analysis of absence from work regarded as coping behaviour. *Soc Sci Med.* 1991; 32:15–27.

REPRODUKOVANÁ HUDBA A INŠTRUMENTÁLNE AKTIVITY VO FYZIOTERAPII ZAMERANEJ NA RELAXÁCIU U PACIENTKY S CERVIKOBRACHIÁLNYM SYNDRÓMOM A DEPRESIOU

BACKGROUND MUSIC AND INSTRUMENTAL MUSIC ACTIVITY IN PHYSIOTHERAPY FOCUSED ON RELAXATION IN A PATIENT WITH CERVICOBRACHIAL SYNDROME AND DEPRESSION

BUČKOVÁ Barbora, KRÁLOVÁ Eva

Fakulta zdravotníctva, Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne

Abstrakt

Neurčitú, difúznú bolesť pri cervikobrachiiálnom syndróme sprevádzajú nepríjemné emócie. Ak je postihnutá horná časť chrbtice, bolesť môže vyžarovať aj do oblasti hlavy. Môže sa objaviť depresia, ktorá sa prejavuje negatívnymi myšlienkami s vplyvom na kogníciu, správanie, náladu a motiváciu. Vzhľadom na jej zvyšujúcu sa záťaž, potrebné sú terapeutické opatrenia komunitného charakteru. Medzi také intervencie pri liečbe so zjavným účinkom na depresiu patrí aj hudobná terapia a reprodukováná hudba. Inštrumentálne hudobné aktivity sme zamerali na kreativitu pre ich možný účinok na fyzický a psychický stav človeka. V návrhu procesu hudobno-terapeutickej intervencie sme postupovali podľa Americkej muzikoterapeutickej asociácie (2005) v 3-krokovom procese: príprava, realizácia a evalvácia. Reprodukovanú hudbu a inštrumentálne hudobné aktivity sme zamerali na relaxáciu u pacientky s cervikobrachiiálnym syndrómom a depresiou v stabilizovanom stave. Z hudobných nástrojov sme využili hru na klavíri, panovej flaute a tibetskej miske. Ďalej sme využili reprodukovánú hudbu podľa výberu pacientky a muzikomaľbu. Spolu boli realizované 4 stretnutia v 42. – 45. týždni v mesiaci október – november 2022. Každé v trvaní 60 min. U pacientky sme zaznamenali tieto zmeny: Zníženie napätia trapézových svalov, zníženie svalového napätia a mierne znížené vnímanie bolesti v oblasti ramenného pletenca v porovnaní pred terapiou. Pozorovali sme u nej prehĺbenie dýchania a predĺženie nádychovej a výdychovej fázy.

Kľúčové slová: Cervikobrachiiálny syndróm. Depresia. Reprodukovaná hudba. Inštrumentálne hudobné činnosti. Muzikomaľba.

Abstract

Vague and diffuse pain in cervicobrachial syndrome is accompanied by unpleasant emotions. If the upper part of the spine is affected, the pain can radiate to the head. Depression can emerge. It is characterized by negative thoughts that affect cognition, behaviour, mood, and motivation. Due to its increasing burden, therapeutic measures of a community nature are needed. Music therapy and background music belong to treatment interventions with an apparent effect on depression. Instrumental music activities were aimed at creativity because of their possible effect on the physical and psychological condition of a person. The designed process of music therapy intervention was structured according to American Music Therapy Association (2005) in a 3-step process of preparation, implementation, and evaluation. Background music and instrumental music activities were aimed at relaxation in a patient with cervicobrachial syndrome and depression in a stabilised condition. The following music instruments were used: a piano, a pan flute, and a Tibetan bowl. Furthermore, we used background music according to the patient's choice and music painting. A total of 4 meetings were held from the 42nd to the 45th week of October and November 2022. Each meeting lasted for 60 min. We noted the following changes in the patient: Decrease of tension in the trapezius muscles, reduction in muscle tension and slightly reduced perception of pain in the shoulder girdle area compared to before music therapy. We also observed a deepened patient's breathing and a prolongation of the inspiratory and expiratory phases

Key words: Cervicobrachial syndrome. Depression. Background music. Instrumental music activities. Music painting.

ÚVOD

Cervikobrachiálny syndróm je diagnóza, ktorá označuje stav, v ktorom sa šíria bolesti z krčnej oblasti do ramena a hornej končatiny a ne / majú vyžarovanie spojené s nervovým útlakom (Nevšímalová et al., 2005). Bolesť je pri tomto syndróme popisovaná ako neurčitá a difúzna. Je sprevádzaná nepríjemnými emóciami, pričom sa neodrží príslušného dermatómu. Pri postihnutí dolnej časti krčnej chrbtice sa bolesť šíri iba do horných končatín. Ak je postihnutá horná časť krčnej chrbtice, bolesť môže vyžarovať až do oblasti hlavy. Bolesť sú u pacientov provokované zmenou polohy a pohybom. Najčastejšou príčinou jej vzniku býva postihnutie medzistavcových kĺbov (Dvorák et al., 2008).

Depresia sa prejavuje pretrvávajúcimi negatívnymi myšlienkami a emóciami, ktoré ovplyvňujú kogníciu, náladu, správanie a motiváciu. U osôb vo veku 15 – 39 rokov, ktoré sú ekonomicky aktívne, je depresia treťou najčastejšou príčinou pracovnej neschopnosti. U osôb stredného veku je na druhom mieste. Depresia a úzkostné poruchy sa v Európe spolupodieľajú na 50 % chronickej práceneschopnosti. Môže sa objaviť v akomkoľvek veku, zvyčajne sa jej prvá epizóda objavuje koncom adolescencie. Jej najčastejší výskyt je v neskoršom dospelom veku. Ženy postihuje asi 1,5-krát častejšie ako mužov (WHO, 2017). V najhoršom prípade končí smrťou a má veľký vplyv na nárast rizika suicídia v porovnaní s bežnou populáciou (Lépine, 2011). Približne 50 % pacientov s depresiou nie je liečených adekvátne (Akil et al., 2018). Navyše pri liečbe depresie, viac ako 3/4 populácie v krajinách s nízkym a stredným príjmom nedostáva žiadnu liečbu v dôsledku nedostatku medicínskych zdrojov a sociálnej stigmy duševných porúch (Wang, et. Al., 2007).

Vzhľadom na neustále sa zvyšujúcu záťaž depresie, sú potrebné ďalšie **účinné terapeutické opatrenia** na úrovni komunity.

Hudobná terapia a reprodukovaná hudba (hudba v medicíne) patria medzi dôležité nefarmakologické intervencie pri liečbe psychiatrických porúch a porúch správania, so zjavným účinkom na depresi (Kishita, et al., 2020; Zhao, et al., 2016). Dnes sa všeobecne uznáva, že intervencie založené na hudbe sú rozdelené do dvoch hlavných kategórií, a to hudobná terapia a hudba v terapii (hudobná medicína).

Podľa Slávikovej (2022) nastal obrat v psychologickom bádani vo vzťahu k osobnosti cez imagináciu, ktorú považuje za dobre uchopiteľnú cez pohyb, grafický prejav alebo inú expresiu. Autorka verí, že receptívna, kreatívna a intelektuálna rovina hudobnej skúsenosti môže u človeka mobilizovať hĺbkovo-psychologické obsahy a prenikať aj do dosiaľ potlačovaných oblastí vedomia a nevedomia. To podľa nej prináša širšie sebazpoznanie, ale aj poznanie „inakosti“. Podobne aj Medňanská, a Strenáčiková (2021) považujú aktívne muzicírovanie, improvizovanie a hudobné činnosti za dôležité médium na prepojenie sa s iným človekom a so sebou.

V rámci fyzioterapie hovoríme o **hudobnej terapii** vtedy, keď je niektorý výrazový prostriedok hudobnej reči pre fyzioterapiu podstatný, čiže bez neho by terapia nedávala zmysel. Pre lepšie pochopenie terminológie je dôležité od pojmu hudobná terapia odlíšiť pojem **reprodukovaná hudba**, čo je hudba zvolená k tréningu ako kulisa. A to je hudba v terapii (Kráľová, Kantor, 2020). Britská muzikoterapeutická asociácia (BAMT, 2019) definuje hudobnú terapiu ako prácu s pacientmi rôzneho veku, ktorí môžu mať emocionálne, fyzické, mentálne alebo psychické poruchy. Vzťah

založený na dôvere medzi terapeutom a pacientom umožňuje, aby u pacientov nastala zmena a začal sa proces liečby.

Hudobné aktivity sú integrálny systém vzájomne prepojených činností. Na jednej strane sú prostriedkom na rozvoj hudobných zručností a návykov, ale podieľajú sa aj na utváraní postojov k neverbálnemu umeniu (hudbe) a utváraní vkusu, čo je vlastnosť osobnosti (Kráľová, 2016). V rámci fyzioterapie je možné aplikovať všetky hudobné aktivity – vokálno-intonačné, hudobno-pohybové, percepčné, inštrumentálne a hudobno-dramatické. Fyzioterapeut by ich mal usmerňovať tak, aby nimi motivoval pacienta, aby sa zvyšovala jeho sebaúcta, sebavedomie, a aby mu prinášali radosť (Kráľová, Kantor, 2020).

Inštrumentálne hudobné aktivity sa realizujú hrou na melodické a rytmické hudobné nástroje a patria k najpríťažlivejším hudobným činnostiam. Mali by sa presmerovať z aktivity do kreativity – teda schopnosti tvoriť najmä prostredníctvom elementárnej improvizácie, komponovania, či inštrumentálneho sprievodu k príbehu, piesni a iné (Kráľová, 2016).

Benefitom inštrumentálnych aktivít sú vibrácie. Habalová (2019) tvrdí, že vibrácie môžu pôsobiť na organizmus človeka celkovo (na celé telo) alebo miestne, na tú časť tela, ktorá prichádza do kontaktu s vibrujúcim predmetom. Podľa nej organizmus reaguje na účinok vibrácií v závislosti od dĺžky ich pôsobenia, od smeru a intenzity vibrácií. V tomto celom zohráva dôležitú úlohu postavenie tela (končatín a hlavy), ako aj fyzický a psychický stav človeka.

Pri vnímaní vibrácií z povrchu tela sa podľa autorky uplatňujú mechanoreceptory, ktoré patria medzi jednoduchšie zmyslové receptory. Ich význam je v tom, že zaznamenávajú zmeny tlaku, bolesti, napätia a natiahnutia. Okrem nich sa na vnímaní vibrácií podieľajú aj propioceptory a nervové zakončenia v svalovej hmote. Proprioceptory sú vo svaloch, šľachách a kĺbových puzdrách a umožňujú vnímanie polohy a pohybu tela a končatín bez zrakovej kontroly. Aj na ne pôsobia pravidelné tlakové zmeny z prostredia, vyvolané ne / periodickým kmitaním oscilujúceho predmetu. Je to práve vďaka nim, že organizmus vníma vibrácie aj s nízkou frekvenciou. Dostávajú sa k nemu cez chvenie od zeme (Duel, 2005 in Kantor, Lipský, Weber, 2009).

Proces nami navrhutej a realizovanej hudobno-terapeutickej intervencie bol štruktúrovaný podľa Americkej muzikoterapeutickej asociácie (AMTA, 2005) na:

1. prípravu
2. realizáciu a
3. evalváciu hudobno-terapeutického programu.

1 Príprava hudobno-terapeutického procesu

Schválenie hudobnej terapie: Zaoberáme sa aplikáciou reprodukovanej hudby a inštrumentálnych hudobných aktivít vo fyzioterapii zameranej na relaxáciu u pacientky s cervikobrachiálnym syndrómom a depresiou v stabilizovanom stave.

Súhlas od pacientky na spracovanie osobných údajov a použitia zašifrovaných fotografií sme získali dňa 22.10.22

Na základe dotazníka o hudobnom zázemí, zručnostiach a preferenciách, ktorý vypísala pacientka, sme v hudobnej terapii využívali hudobné nástroje (klavír, panovú flautu, tibetskú miskú), dychovú gymnastiku s využitím hudby v pozadí, strečing s využitím hudby, improvizáciu s využitím hudobných nástrojov a muzikomaľbu. Do týchto aktivít sme aplikovali hudbu podľa pacientkinho výberu – prevažne klasické skladby, jazz, zvuky prírody, pričom sme hudbu získavali z YouTube.

Hudobné preferencie: Pacientka aktívne hrá na klavíri (každý deň) a hru na gitare považuje za svoje hobby, hráva si príležitostne. Obľubuje počúvať rockovú a folkovú hudbu, ale aj vážnu hudbu či už orchestrálnu, komornú, klavírnú. Rada navštevuje koncerty vážnej hudby pre umelecký a emočný zážitok. Spievala 3 roky v zbore. Hru na klavíri absolvovala na konzervatóriu. Hudba je jej povolaním aj „emočným vybitím“.

Vstupná diagnostika a anamnéza

Meno: V.A.

Vek: 23

Výška: 163 cm

Hmotnosť: 50 kg

Pohlavie: žena

Diagnóza: M53 1. cervikobrachiálny syndróm, F32. 0 mierna depresívna epizóda

Terajšie ochorenie: pacientka udáva bolesť v oblasti lopatkových svalov mm. rhomboidei na pravej strane aj v krčnej oblasti, bolesť sa zhoršuje pri hraní na klavír a dlhších statických polohách v stojí a sede, tenzná bolesť hlavy

Osobná anamnéza: zlomenina ľavého lakťového kĺbu v 5. rokoch, opakovaná zlomenina ľavého zápästia v 12 a 13 rokoch, opakované blokády v Th oblasti

Rodinná anamnéza: bezpredmetná

Pracovná anamnéza: študentka konzervatória v obore hra na klavír, hrá na klavír cca 3h denne

Športová anamnéza: chodí behať 1x do týždňa

Fyziologické funkcie: problémy so spánkom, konkrétne zo zaspaním

Abusus: káva 1x denne, alkohol 1x do týždňa

Lieky: Escitalopram 20mg denne, Alprazolam 0,5mg podľa potreby

Objektívne vyšetrenie – status praesens generalis: Pacientka bola pri vedomí, orientovaná v priestore a čase. Postoj vzpriamený, normostenický habitus, zaujíma aktívnu polohu. Pacientka na otázky odpovedal adekvátne, pri vyšetrení spolupracovala.

Subjektívne vyšetrenie: Pacientka pociťuje napätie a bolesť v oblasti pravého ramenného pletenca a lopatky, udáva stuhnutosť v oblasti linea nuchae.

Plánovanie hudobnej terapie

Zabezpečenie organizačných podmienok: S pacientkou sme naplánovali naše stretnutia v domácom prostredí, pravidelne v sobotu. Každé stretnutie bolo v trvaní 60 minút, formou individuálnych cvičení so začiatkom od 22.10.22 (42. týždeň). Terapiu sme ukončili v 45. týždni.

Výber stratégie hudobno-terapeutickej intervencie: Pri cervikobrachiálnom syndróme sa v rámci terapie pri pacientoch zameriavame na zníženie bolesti a napätia príslušných svalových štruktúr. U pacientky sú to svaly oblasti pravého

ramenného pletenca a lopatky. Stanovené ciele plánujeme dosiahnuť manuálnymi technikami spojenými s hudobnou zložkou, dychovými cvičeniami s využitím tibetskej misky, strečingom obohateným o hudbu, spontánnou hrou na klavíri, relaxačnými cvičeniami s hudbou a muzikomaľbou.

Definovanie terapeutických cieľov: Podporiť pacientku pri učení sa ako relaxovať telo a myseľ, a tým znížiť napätie svalov v hrudnej oblasti a svalov krku, preťažovaných pri cervikobrachiálnom syndróme.

Pri terapii sa zameriame konkrétne na emočnú oblasť, senzomotorické zručnosti, relaxáciu, protistresové zručnosti, ovplyvnenie bolesti a fyziologických funkcií.

- Za účelom vyjadrenia pocitov v emočnej oblasti využijeme zvukomaľbu a spontánnu hru na klavíri.
- Za účelom relaxácie použijeme manuálne terapie s využitím relaxačnej hudby.
- Pre zníženie bolesti svalových skupín ramenného pletenca potrebujeme zlepšiť dychový stereotyp a prehĺbenie dýchania čo budeme dosahovať dýchacou gymnastikou s využitím zvuku tibetskej misky a prehĺbením dýchania pomocou panovej flauty.
- Prehĺbením dýchania ovplyvňujeme aj fyziologické funkcie.
- Osvojenie si protistresových zručností a relaxáciu budeme dosahovať pomocou relaxačných cvičení.

2 Realizácia hudobno-terapeutického programu

- Hudobná terapia je bez kontraindikácií.
- Hlavným cieľom je relaxácia tela a mysle pacientky a zlepšenie fyzického a psychického stavu s využitím receptívnej a expresívnej hudobnej intervencie.
- Čiastkové ciele: Ovplyvniť fyziologické funkcie pomocou dychovej gymnastiky vykonávanej pri hudbe, zníženie svalového napätia aj bolesti pomocou manuálnych techník s hudbou v pozadí v rámci percepcie hudby, v rámci rozvoja senzomotorických zručností zlepšiť hrubú motoriku pacientky a tým aj držanie tela pomocou dynamického strečingu s hudbou.
- Priebeh terapie formou individuálnych cvičení po dobu 60 minút v domácom prostredí, spolu 4 stretnutia.

Priebeh hudobno-terapeutického stretnutia

- Receptívnu zložku sme využili v úvode stretnutia za pomoci tibetskej misky pri relaxácii. Reprodukovanú hudbu si vybrala pacientka. Počúvala ju pri strečingu za účelom zlepšenia držania tela; a pri manuálnych terapiách ako pomocný prostriedok za účelom zníženia svalového napätia.
- Expresívna zložka spočívala v hre na panovej flaute za účelom prehĺbenia dýchania; improvizácie pacientky hrou na klavíri za účelom prežitia svojich emócií; a v muzikomaľbe s cieľom vizualizovať a vyjadriť svoje pocity prežívané pri depresii.

Štruktúra hudobno-terapeutického stretnutia

Dĺžka stretnutia 60 minút.

Úvod: S pacientkou sme stretnutie začali krátkym dialógom. Cítila sa motivovaná opäť pokračovať pri hudobno-terapeutickom programe.

a) Prípravné cvičenia (warm-up) – receptívna časť

Pohybová aktivita č. 1 – Statická a dynamická dychová gymnastika: Terapiu sme zahájili prípravným cvičením – statickou dychovou gymnastikou za účelom prehĺbenia dýchania pacientky po dobu 10 minút v ľahu na chrbte s využitím tibetskej misky.

Pri zvuku tibetskej misky bolo úlohou pacientky dýchať do jednotlivých segmentov využívaných pri dychovej vlne. Každú zmenu segmentu, do ktorého pacientka dýchala, sme hlásili úderom paličky o stenu misky. Tibetskú misku sme zvolili s pacientkou ako nástroj, ktorého zvuk napomáha k uvoľneniu a relaxácii, ale aj pre zvýšenie koncentrácie a vstup do hladiny alfa ľudského mozgu, keď je možné sa učiť a zapamätať si nové poznatky oveľa efektívnejšie. Pri cvičení dychovej gymnastiky z predchádzajúceho stretnutia, sme pacientku inštruovali o tom, aby nedvíhala ramená k ušiam pri nádychovej fáze. Tento zlozvyk sme pri dnešnom cvičení už nepozorovali.

Pre prehĺbenie dýchania sme využili dynamickú dýchaciu gymnastiku v trvaní 5 minút so zapojením horných končatín. Cieľom bolo zlepšenie vitálnej kapacity a respirácie. Pacientka mala celú dobu zatvorené oči a počúvala v rámci perceptívnej zložky hudby zvuk tibetskej misky, ktorý mal slúžiť ku celkovému uvoľneniu na začiatku terapie.

b) Expresívna časť

Pohybová aktivita č. 2 – Prehĺbenie dýchania pomocou hry na panovú flautu: Pacientka vykonávala hlboký nádych a pri výdychovej fáze hrať na panovú flautu s cieľom ovplyvnenia fyziologických funkcií, konkrétne prehĺbenia dýchania (obr. 1). Táto aktivita trvala 5 minút. Pred zahájením cvičenia sme si s pacientkou zopakovali zásady správneho sedu.



Obrázok 1 Prehĺbenie dýchania pomocou panovej flauty

Pohybová aktivita č. 3 – Strečing s využitím hudby v pozadí:

Hudobná ukážka č. 1 *Meditation – Monoman* – v ukážke sa prelína v pokojnom tempe s emóciami šťastia a smútku.

- V prípravnej fáze sme do poslednej časti zaradili strečing za účelom uvoľnenia skrátených svalov a podpory hrubej motoriky pacientky. Pri strečingu pacientka dbala na vizuálno-motorickú koordináciu. Pri cvičení strečingu sme v pozadí počúvali relaxačnú hudbu s prvkami gitary podľa pacientkinho výberu po dobu 15 minút.
- Popis aktivity: Pacientka vykonávala strečing, podľa našej inštrukcie. Strečing bol zameraný na horné a dolné končatiny a trup pri počúvaní hudobnej ukážky, ktorá pacientku motivovala a pomáhala jej sústrediť sa pri vykonávaní pohybov. Pri prvej terapii sme pozorovali, že pacientka pri niektorých statických polohách stráca rovnováhu, kvôli zlej rovnováhe a bolesti, ktorú cítila v oblasti lopatky a ramena v dôsledku cervikobrachiálneho syndrómu.
- Na dnešnej 3. terapii sme skonštatovali zlepšenie v stabilite.

c) Hlavná téma hudobno-terapeutického stretnutia

Receptívna časť: Aktivita č. 4 – Manuálna terapia s využitím relaxačnej hudby:

- Hudobná ukážka č. 2 *Fall porch ambience* – ukážka obsahuje príjemné zvuky nočnej jesene, zvuk lístia.
- Popis aktivity: Pri fyzioterapii sme v pozadí pre lepšiu relaxáciu pacientky využili zvuky prírody a jesene, ktoré mali u pacientky navodiť príjemné myšlienky a pokojné myšlienky spojené s jej obľúbeným ročným obdobím. Hudobná terapia bola realizovaná s cieľom relaxácie a akceptácie zdravotného stavu cervikobrachiálneho syndrómu a depresie. Pacientka ležala v polohe na chrbte a na boku na cvičebnej podložke na zemi so zatvorenými očami a jej úlohou bolo vnímať hudbu a snažiť sa uvoľniť svoje telo. Trvanie manuálnej terapie bolo 25 minút. V hlavnej časti sme v rámci fyzioterapie využili manuálne techniky podľa MUDr. Smíška na ovplyvnenie svalov krčnej chrbtice a hornej končatiny. Tieto svaly boli vo zvýšenom napätí v dôsledku cervikobrachiálneho syndrómu a pravidelného preťažovania, preto bolo našim cieľom ich uvoľniť. Ďalej sme za týmto účelom využili aj mäkké techniky na oblasť hrudnej chrbtice a trakciu lumbodorzálnej fascie cez glutei.

Expresívna časť: Aktivita č. 5 – Muzikomaľba:

- Hudobná ukážka č. 3 *Bach nr.16 BWV 861 g mol.* S pacientkou sme využili muzikomaľbu pri klavírnej skladbe Bacha, je to jej obľúbená skladba.
- Popis aktivity: Trvala 5 minút a bola zameraná na emočnú oblasť. Pacientka sedela za stolom vo svojej izbe vedľa okna, aby mala dostatok svetla. Mala na výber farby suchého pastel, ktoré mohla ľubovoľne a spontánne použiť pri počúvaní skladby za účelom vyjadrenia svojich pocitov a myšlienok.
- Cieľom bola vizualizácia emócií a priestor pre ich prežitie a spracovanie. Toto spracovanie emócií má mať za následok celkové zlepšenie psychického stavu a ovplyvnenie negatívnych depresívnych myšlienok.
- Prvá časť skladby pomohla pacientke prežiť a zobrazit' pocit melanchólie a utiahnutia, ktorú vyjadrila na papier v šedo fialových farbách (obr. 2).



Obrázok 2 Muzikomaľba

- Druhá časť skladby od 2 min. 10 sek. fúga, pomohla pacientke prežiť a dostať zo seba pocity mrzutosti a cynickosti, ktoré na papier zobrazila čiernou a červenou farbou (obr. 3 a obr. 4).



Obrázok 3 Muzikomaľba 2



Obrázok 4 Muzikomaľba 3

Expresívna časť:

Aktivita č. 6 Improvizácia pri hre na klavíri

- Popis aktivity: Pacientka mala na klavíri pomocou improvizácie komponovať skladbu, ktorá vyjadruje jej momentálne pocity, ktoré prežíva (obr. 5). Aktivita nie je časovo limitovaná, aby sa pacientka necítila pod tlakom kvôli časovému stresu.
- Aktivita bola zameraná na emočnú oblasť, ale aj ako stratégia zvládania stresu a psychickej záťaže.
- Nástrojovú improvizáciu pri hre na klavíri sme s pacientkou využili za účelom zníženia svalového napätia, ktoré by sa malo dostať po spontánnom vyjadrení svojich emócií.
- Pre pacientku bolo pri prvej terapii ťažšie stvárniť svoje pocity spontánne s využitím klavíra, ale pri ďalších využívala pacientka prevažne jazzové akordy.



Obrázok 5 Spontánna hra na klavíri

Receptívna časť:

Aktivita č. 7 – Relaxácia:

- Hudobná ukážka č. 4 *Late night jazz Lounge*
- Popis aktivity: Pacientka ležala na cvičebnej podložke na zemi v polohe, ktorá pre ňu bola pohodlná a príjemná.
- Za účelom protistresových zručností sme využili hudobnú relaxáciu pri jazzovej kompilácii po dobu 5 minút. Pacientka si sama vybrala toto jazzové zoskupenie skladieb v pomalšom tempe pre pasívne počúvanie hudby a zníženie distresu v prostredí svojej izby pri ľahu na chrbte so zatvorenými očami.

d) Záver

Receptívna časť: Aktivita č. 8 – Relaxačné cvičenie:

- Hudobná ukážka č. 5 *Fall porch ambience*
- Popis aktivity: Pacientka ostala v rovnakej polohe ako pri prechádzajúcom cvičení.
- Terapiu sme ukončili relaxačným cvičením č. 12: „Predstav si, že...“ podľa knihy *Hudobná terapia v rámci fyzioterapie* zo strany 97 pri opakovanom využití jesenných zvukov prírody.
- Relaxačné cvičenie sme predĺžili a doplnili o vlastnú časť, po ktorej toto relaxačné cvičenie trvalo 5 minút. Účelom bolo v závere terapie pacientku priviesť do relaxovaného stavu mysle a tým aj znížiť pocity bolesti.

Miestnosť pre hudobno-terapeutickú intervenciu a jej vybavenie:

Ako miestnosť pre hudobnú terapiu sme vybrali detskú izbu, kde sa pacientka nachádza počas dňa. Miestnosť je dostatočne priestraná pre hudobno-pohybové aktivity a poskytuje súkromie nevyhnutné pre relaxáciu. Súkromie je pre pacientku v izbe dôležité aj kvôli jej diagnóze depresie. Táto miestnosť je pre pacientku vyhovujúca na relaxačné hudobné aktivity a poskytuje dostatok svetla.

Nami zvolená miestnosť sa nachádza v rodinnom dome a tým pádom nie je profesionálne odhlučnená, avšak nachádza sa v nej skriňa, posteľ a koberec, ktoré tlmiť zvuky hudby.

Z hudobných nástrojov miestnosť obsahuje klavír, ktorý sme využívali pri terapii. Vybavenie pre počúvanie hudby z YouTube je notebook, ktorý sme doniesli my.

3 Evalvácia hudobnej terapie

Záverečná správa z hudobno-terapeutickej intervencie: Pacientka vo veku 23 rokov na začiatku hudobno-terapeutickej intervencie pociťovala bolesť v oblasti pravého ramenného pletenca a pravej lopatky v dôsledku cervikobrachiálneho syndrómu.

Pri aspeksii sme pozorovali vyššie postavenie pravého ramena v dôsledku svalového skrátenia trapézového svalu. Palpačne sme zistili zvýšené svalové napätie oblasti pravej lopatky a svalov pravého trapézu s prítomnosťou bolestivých bodov – tento klinický obraz je typický pri pacientoch s cervikobrachiálnym syndrómom. Pri fyzioterapii sme využívali hudobnú terapiu. Terapia trvala 60 minút každý týždeň v sobotu.

Po ukončení terapie u pacientky pozorujeme zníženie napätia trapézových svalov napriek tomu, že musí pravidelne hrať na klavíri 3 h denne v rámci prípravy na štúdium. Napätie svalov sme overovali palpačne. Zníženie svalového napätia sme dosiahli kombináciou účinku manuálnej terapie s využitím relaxačnej hudby a relaxačného cvičenia. Znížené svalové napätie ovplyvnilo aj pacientkino vnímanie bolesti v oblasti ramenného pletenca v porovnaní jej stavu pred terapiou.

Pozorovali sme prehĺbenie dýchania a predĺženie nádychovej a výdychovej fázy čo sa nám podarilo dosiahnuť statickou a dynamickú dychovou gymnastikou vykonávanú pri zvuku tibetskej misky. Dýchanie sme prehľbovali aj za pomoci panovej flauty.

Pozitívny účinok sme zaznamenali aj v pacientkinej nálade napriek pretrvávajúcej depresii. Uvádza pocit pokoja, ktorý sme sa pri terapii snažili pacientke pomôcť vnímať po hudobnej improvizácii na klavíri a po zvukomaľbe.

Pacientka sa začala sama venovať vo voľnom čase improvizácii pri hre na gitaru, čo jej vo voľnom čase pomáha relaxovať pomocou vyjadrenia svojich pocitov.

Pacientka zaradila strečing s hudbou ku svojim voľnočasovým aktivitám minimálne 3x týždenne.

Zoznam bibliografických odkazov

AKIL, H., GORDON, J., HEN, R., JAVITCH, J., MAYBERG, H., MCEWEN, B., et al. 2018. Treatment resistant depression: A multi-scale, systems biology approach. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2018; 84: 272 – 88. ISSN 0149-7634.

American Music Therapy Association, 1982 – 2009 (AMTA): 2005. Dostupné na: <https://www.musictherapy.org/>

British Association for Music Therapy (BAMT). 2019. Dostupné na: <https://www.bamt.org/music-therapy/what-is-music-therapy>

DVORÁK, M., HLUBEKOVÁ, A., HORNÝ, H. 2008. Cervikogénne vertebrogénne syndrómy v neurologickej praxi. In *Via practica*. 2008, č. S4, roč. 5, s. 17–24. ISSN 1339-424X.

HABALOVÁ, M. 2019. Terapeutické využitie vibrácií zvukov v multisenzorických prístupoch. In *Multisenzorické prostredie ako priestor pre intervenciu. Zborník príspevkov z medzinárodnej konferencie*. S. 44 – 53.

KISHITA, N., BACKHOUSE, T., MIOISHI, E. 2020. Nonpharmacological Interventions to Improve Depression, Anxiety, and Quality of Life (QoL) in People With Dementia: An Overview of Systematic Reviews. In *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2020; 33(1): s. 28–41.

KRÁLOVÁ, E. 2016. Návrh tvorivých hudobných činností pre deti v materskej škole. In *Hudba a hudobné aktivity na podporu rozvoja osobnosti a kreativity u detí. Recenzovaný zborník vedeckých prác*. Vyd. FZ TnUAD Trenčín. ISBN 978-80-8075-748-9.

KRÁLOVÁ, E., KANTOR, J., 2020. Hudobná terapia v rámci fyzioterapie. Vydala Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne. 2020. ISBN 978-80-8075-932-2.

LÉPINE, J. P., BRILEY, M. 2011. The increasing burden of depression. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2011; 7 (SUPPL.): 3-7. ISSN 1176-6328.

MEDŇANSKÁ, I., STRENÁČIKOVÁ, M., jr. 2021. Reflection on teaching music in schools in Slovakia during the pandemic and description of online teaching. In *Perspectives for music education in schools after the pandemic: A joint publication by authors of the network of Music Teacher Associations in Europe*. Ed. Pabst-Krueger, M., Ziegenmeyer, A. Luebeck & Hamburg, Germany, 15th March 2021.

NEVŠÍMALOVÁ, S., RŮŽIČKA, E., TICHÝ, J. 2005. *Neurologie*. Galén. ISBN 80-7262-160-2.

SLÁVIKOVÁ, Z. 2022. Dynamizmus imaginácie ako predpoklad integratívnych umeleckých aktivít. In *EDUKACJA I SPOŁECZEŃSTWO VII. Zbiór artykułów naukowych*. Opole, 2022, s. 207-214. ISBN 978-83-66567-41-2.

WANG, P.S., AGUILAR-GAXIOLA, S., ALONSO, J., et al. 2007. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. In *Lancet (London, England)*, 2007; 370 (9590): s. 841–50.

WHO. 2017. Depression and Other Common Mental Disorders.

ZHAO, K., BAI, Z.G., BO, A., CHI, I. 2016. A systematic review and meta-analysis of music therapy for the older adults with depression. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2016. 31(11): s. 1188-98. ISSN 0885-6230.

Zoznam hudobných ukážok:

- 1 Meditaion - Monoman <https://www.youtube.com/watch?v=FjHGZj2ljBk>
- 2 Fall porch ambience <https://www.youtube.com/watch?v=-gKvayYQVcg>
- 3 Bach nr.16 BWV 861 g mol <https://www.youtube.com/watch?v=YYAY8fgd5w>
- 4 Late night jazz Lounge <https://www.youtube.com/watch?v=8w5ELqXNlvk>
- 5 Fall porch ambience <https://www.youtube.com/watch?v=-gKvayYQVcg>

PROCES UDRŽIAVANIA ROVNOVÁHY A JEHO VPLYV NA STRACH Z PÁDU U SENIOROV

THE PROCESS OF MAINTAINING BALANCE AND ITS INFLUENCE ON THE FEAR OF FALLING OF THE ELDERLY

ČERNICKÝ Miroslav, MALAY Miroslav, ZVERBÍKOVÁ Jana, ORAVCOVÁ Petra

Katedra fyzioterapie, Fakulta zdravotníctva, TnUAD

Abstrakt

Východiská: U seniorov je zo štatistického hľadiska priemerný ročný výskyt pádov v populácii 25% vo veku 65 –74 rokov a až 50% od 75 rokov. Pričom 25% populácie nad 65 rokov v štatistikách udáva ročné nárasty. Existuje mnoho vnútorných a vonkajších faktorov, ktoré prispievajú k pádom. Sú faktory, na ktoré sa môžu fyzioterapeuti vo svojej klinickej praxi u seniorov zamerať a tým predchádzať samotným pádom. Úzky súvis s problematikou majú rovnovážne a obranné reakcie, ktoré jedinec využíva pri posune svojho ťažiska v procese udržiavania rovnováhy.

Cieľ: Cieľom práce bolo získať poznatky o procese udržiavania rovnováhy a jeho vplyv na strach z pádu u seniorov.

Metódy: Do práce sme zahrnuli štúdie uverejnené v elektronických databázach a v časopisoch do konca roka 2020 o procese vplyvu pádu u seniorov.

Výsledky: Publikácie a štatistiky preukázali úzky súvis medzi rovnovážnymi reakciami a strachom z pádu u seniorov. Taktiež existuje pomerne veľa diagnostických testov, ktoré môžu včas odhaliť problém pádu seniorov a preventívne vhodne zvolenou kinezioterapiou mu zabrániť.

Záver: Je potrebné vykonať klinické štúdie, ktoré poskytnú dostatok poznatkov o účinnosti diagnostických a terapeutických postupov v prevencii pádov u seniorov. A taktiež z hľadiska budúcnosti bude dôležité vytvorenie takéhoto programu multidisciplinárnym tímom, ktorý sa bude venovať seniorom.

Kľúčové slová: Strach z pádu. Senior. Rovnováha. Rovnovážne reakcie. Kinezioterapia.

Abstract

Background: For seniors, from a statistical point of view, the average annual incidence of falls in the population is 25% at the age of 65-74 years, 50% from 75 years of age. While 25% of the population over 65 years of age show annual increases in the statistics. There are many internal and external factors that contribute to falls. Some factors that physiotherapists can influence in their clinical practice with seniors to focus on and prevent falls themselves. Closely related to the issue are balance and defense reactions, which the individual uses when shifting his center of gravity in the process of maintaining balance.

Objective: The aim of the work was to gain knowledge about the process of maintaining balance and its effect on the fear of falling in seniors.

Methods: We included in the work studies published in electronic databases and in journals until the end of 2020 on the process of impact of falls in seniors.

Results: Publications and statistics have shown a close relationship between balance reactions and fear of falling in seniors. There are also quite a few diagnostic tests that can detect the problem of falling in the elderly in time and prevent it with appropriately selected kinesiotherapy.

Conclusion: It is necessary to conduct clinical studies that will provide sufficient knowledge about the effectiveness of diagnostic and therapeutic procedures in the prevention of falls in the elderly. And also from the point of view of the future, it will be important to create such a program by a multidisciplinary team that will deal with seniors.

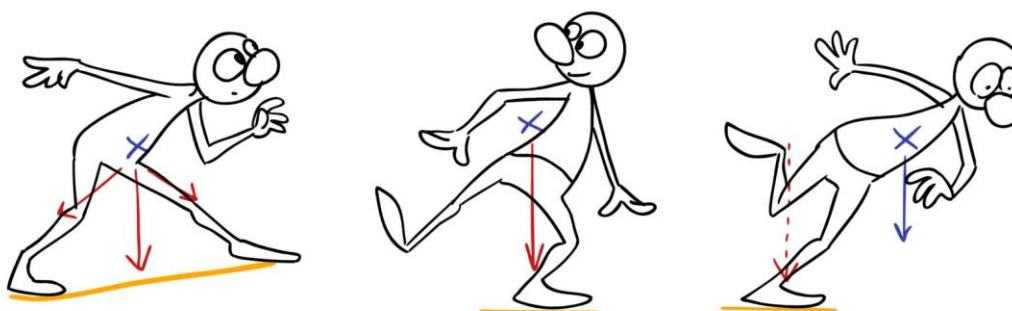
Key words: Fear of falling. Senior. Balance. Balance reactions. Kinesiotherapy.

Úvod

U seniorov je zo štatistického hľadiska významný priemerný ročný výskyt pádov 25% v populácii vo veku 65 –74 rokov a 50% od 75 rokov. Pričom 25% populácie nad 65 rokov v štatistikách udáva ročné nárasty. Predpokladá sa, že jedna tretina jedincov starších ako 65 rokov spadne v priemere jedenkrát za rok. Väčšina pádov sa vyskytuje v domácom prostredí počas dňa. Ročne sa vyskytne 646 000 fatálnych pádov a sú tak druhou najčastejšou príčinou neúmyselnej smrti. Viac ako 80 % pádov sa vyskytuje v krajinách so strednými a nižšími príjmami obyvateľov. Približne polovica pádov sa končí zraneniami a približne 10 % závažnými formami zranení s nutnosťou hospitalizácie. Osemdesiatšesť percent úmrtí súvisiacich s pádom sa stane vo veku nad 65 rokov [1, 2, 3]. Existuje mnoho vnútorných a vonkajších faktorov, ktoré prispievajú k pádom. Tieto môžu správnou intervenciou fyzioterapeuti ovplyvniť vo svojej klinickej praxi tak, aby u seniorov predchádzali samotným pádom [4]. Úzky súvis s problematikou majú rovnovážne a obranné reakcie, ktoré jedinec využíva pri posune svojho ťažiska v procese udržiavania rovnováhy. Existuje viacero diagnostických postupov, ktoré umožnia pomôcť identifikovať tieto rizikové faktory.

Vplyv polohy ťažiska na stabilitu

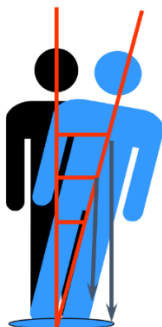
Zásadný vplyv v procese pôsobenia gravitácie počas života človeka podstupia kosti a svaly trupu. V súvislosti s procesmi na zvládnutie vzpriamenia a udržiavania rovnováhy sa vo vývojovej ontogenéze vyvíjajú u človeka najmä chrbtové ohnutia a mohutný dorzálny sval. Tie potom umožňujú a určujú základ osovému stabilizačnému systému počas života človeka. Tvorí ho v podstate pevný spoj driekového pásu s dolnou končatinou, ktorý slúži na boj proti gravitácii tela. Anatomické faktory v procese antropogenézy závisia od stability rovnováhy a dynamiky počas života. A následne určujú spoločné ťažisko počas života človeka. To je určené bodom aplikovania výsledných síl gravitácie na časti jeho tela. Tento bod sa nachádza na úrovni štvrtého sakrálneho stavca a premieta sa na predný povrch tela nad pubickú symfýzu. Pozícia ťažiskového smeru vo vzťahu k pozdĺžnej osi tela a chrbtici závisí od veku, pohlavia, kostí skeletu, svalov a tukového tkaniva. Navyše sa v súvislosti so skrátením alebo predĺžením chrbtice, ktoré vznikajú v dôsledku nerovnomernej fyzickej aktivity posúva [5]. U starších ľudí závisí pozícia ťažiskového smeru aj od držania tela. Ak je odchýlka oproti fyziológii príliš veľká, tak vo väčšine prípadov dochádza k pádom vid obrázok 1.



Obrázok 1 Vplyv pohybu trupu na ťažisko a rovnováhu u človeka

Pri vyšetrení s olovnicou prechádza ťažisko 5 cm za priečnou osou bedrových kĺbov a 3 cm vpredu od priečnej osi členkových kĺbov. Ak je smer ťažiska k podložke v rovine dokáže senior bez väčšej námahy udržať rovnováhu a nemusí aktivovať kompenzačné

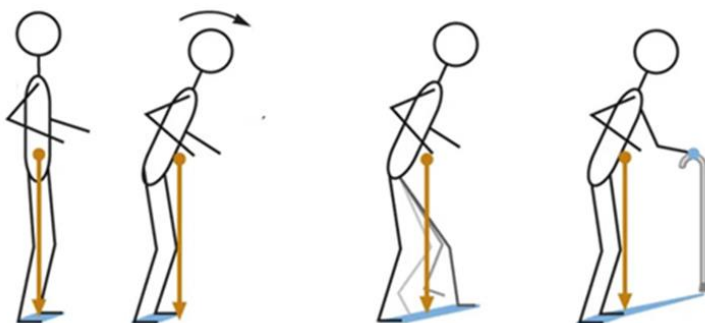
aktivity. Ak sa ťažisko vychýli a kompenzačné deje sú nedostatočné dochádza k strachu z pádu, alebo k samotnému pádu vid'. obrázok 2.



Obrázok 2 Vplyv polohy trupu na polohu ťažiska

Pri vertikálnej polohe tela už poloha a samotné ťažisko hlavy zohráva významnú úlohu v stabilite. Avšak, zodpovedajúce svalové aktivovanie agonistov a antagonistov, umožňuje držať telo v rôznych polohách (aktivácia rovnovážnych reakcií), dokonca aj keď je seniorove ťažisko mimo oblasti podpory, ktorá pôsobí na základňu ťažiska. Súčasne nemožno považovať stoj a chôdzu u seniora za stabilnú. Seniri na zvládnutie rovnovážnych reakcií v kompenzácií pri chôdzi využívajú vo väčšine prípadov pomerne malú dĺžku kroku. Pretože celkové telesné ťažisko je pomerne vysoko a oporná plocha je malá. Treba si uvedomiť, že v stave rovnováhy je telo držané pasívnymi stabilizátormi ako sú napríklad väzy, ktoré bývajú u seniorov opotrebované. Taktiež pri dynamike časti tela (hlava, trup, končatiny) menia silu pôsobiacu na ťažisko, ktoré musí senior kompenzovať. V statickej pozícii v stoji môže dochádzať k strachu z pádu, ak je spôsobená priechodom zvislej polohy ťažiska dopredu o 3-4 cm od priečnej osi členkových kĺbov. V prípade, že ťažisko sa bude pohybovať ešte viac dopredu pred prsty, tak vo väčšine prípadov dochádza u seniorov k pádu [6,7,8].

Pri sledovaní chôdze sa mení poloha ťažiska. Môžete si všimnúť pohyb celého tela dopredu, hore a bokom v horizontálnej čelnej aj sagitálnej rovine. Najväčší posun sa uskutočňuje v horizontálnej rovine dopredu viť obrázok 3. Posunutie hore a dole je približne o 3-4 cm a do strán (bočné výkyvy) približne o 1-2 cm. Charakter a rozsah týchto posunov podlieha značným výkyvom a závisí od veku, pohlavia a individuálnych charakteristík seniora. Kombinácia týchto faktorov určuje individualitu chôdze, ktorá sa môže zmeniť pod vplyvom tréningu [6,7,8].



Obrázok 3 Vplyv anteflexie trupu na polohu ťažiska

Percepcia

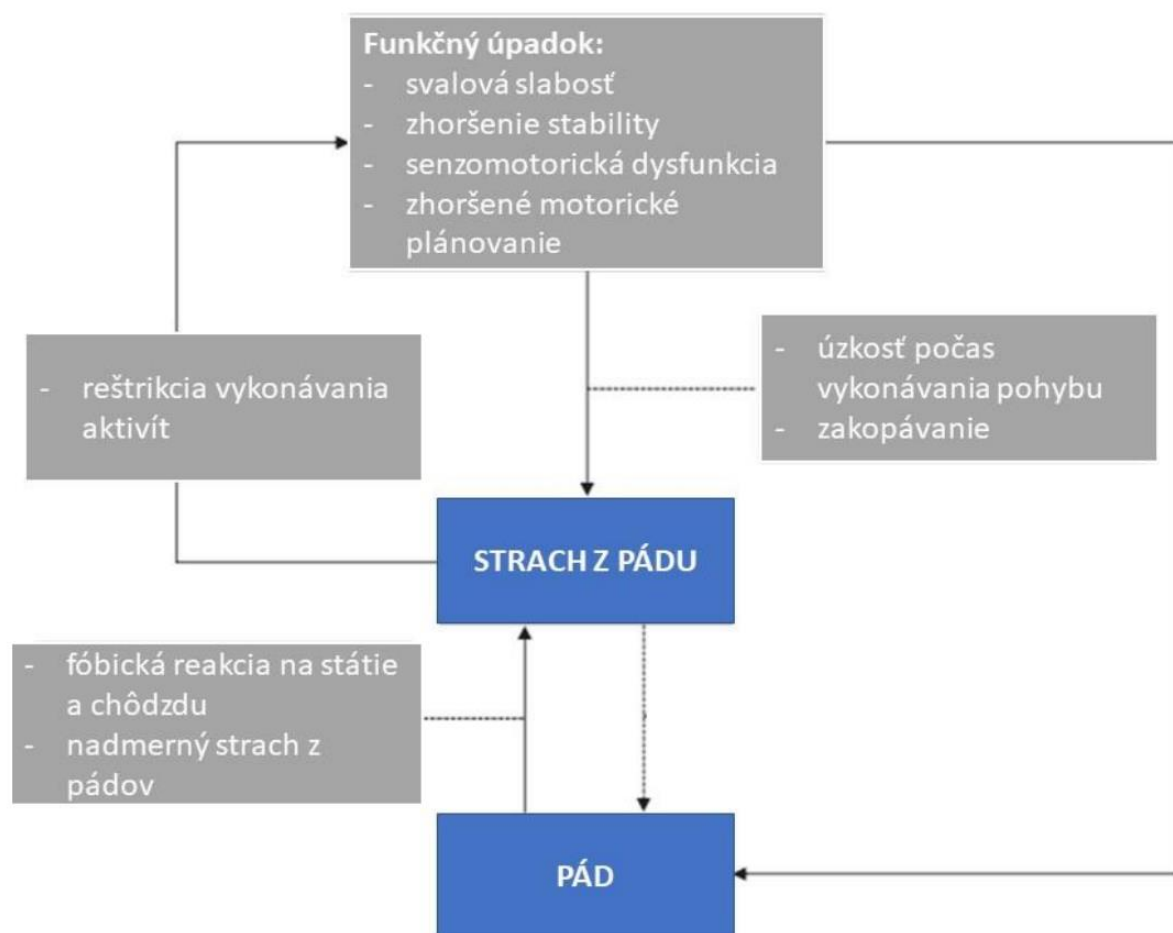
Výraznú úlohu v stabilite okrem osového aparátu v podobe svalov, šliach a väzov zohráva percepcia. Tá nám umožňuje vnímať vnútorné a vonkajšie podmienky na základe ktorých dokážeme adekvátne zapájať antigravitačný stabilizačný systém. Do percepcie zaraďujeme interoreceptory, proprioreceptory a exteroceptory - zrak, vestibulárny aparát a sluch. Tie všetky sú spracovávané v centrálnej nervovej sústave. Ak dochádza k mylným informáciám z receptorov alebo ich zle spracuje centrálna nervová sústava, čo je častý jav u seniorov, potom dochádza k preťažovaniu ejektorov a prejaví sa to po čase buď strachom z pádu alebo samotným pádom. Zapríčiňujú to degeneratívne zmeny vestibulárneho aparátu, degeneratívne zmeny sluchovo rovnovážneho nervu - nervus vestibulocochlearis a samotné oslabenie propriorepcie. Z exteroceptorov u seniorov, ktorý trpia problémami so zrakom, zhoršuje rovnovážne reakcie zlé osvetlenie a samotné časté choroby zraku. U vestibulárneho aparátu sú to poruchy perfúzie a degeneratívne choroby. Taktiež pri pádoch u seniorov zohráva významnú úlohu aj zhoršenie koordinácie pohybu pri degeneratívnych chorobách mozgu, zhoršená vigilita, ischemia, Parkinsonov syndróm, myopatie a osteoartróza [9,10].

Strach z pádov

U seniorov sú obavy z pádu pomerne veľmi častým javom. Vyskytuje sa približne u 30 % starších ľudí, ktorí s pádom nemajú skúsenosť a až u 60% tých, ktorí už niekedy pád prekonali [11]. To môže viesť ku kaskáde udalostí s funkčným úpadkom, k sociálnej izolácii, depresíve a inštitucionalizácii [12]. Strach z pádu veľmi úzko súvisí so zmenami v rovnováhe, hybnosti a svalovej slabosti. Na obrázku 2. sú schematicky znázornené vzťahy (mechanizmy) vedúce k vzniku strachu z pádov. Patologický strach z pádov taktiež súvisí s mimovoľným kolísaním sa, s nižším časom udržania sa v postoji na jednej nohe a so spomalením chôdze [13]. Nedávna štúdia vypracovaná na ženách starších ako 74 rokov s nízkou hladinou kostnej hmoty ukazuje, že strach z pádov je samostatne závislý na rovnováhe a pohyblivosti [14]. Táto závislosť je silnejšie zastúpená medzi staršími ľuďmi, ktorí v minulosti prekonali nebezpečné pády. U seniorov, ktorý sú fyzicky závislí na druhej osobe, je strach z pádov dokumentovaný častejšie. Z tohto dôvodu ostáva 34 % starších žien sociálne izolovaných v domácom prostredí so zvýšeným rizikom pádov [15].

Analýza hlavných príčin pádov

Je dôležité si uvedomiť, že pády u starších ľudí majú zriedka jedinú, zjednocujúcu príčinu. Sú skôr výsledkom komplexnej súhry vnútorných a vonkajších rizikových faktorov, ako je vidieť v tabuľkách 1 a 2 a na obrázku 5. Vnútorné rizikové faktory sú dosť rôznorodé. Zatiaľ čo niektoré prvky sú nemodifikovateľné (napr. vek, pohlavie a predchádzajúca história pádov), iné sa dajú ľahko zmeniť (napr. fyzická nečinnosť/zdravotné postihnutie, inkontinencia a polyfarmácia). Vonkajšie rizikové faktory, ktoré vedú k pádom, sú oveľa prístupnejšie modifikácii a zahŕňajú prvky, ako je osvetlenie prostredia, používanie asistenčných zariadení, či obuv. Seniorovi často rýchlo pripisujú pády základným environmentálnym príčinám (napr. pošmyknutie na mokrej podlahe alebo zakopnutie o domáce zviera alebo predmet) alebo sociálnym faktorom (napr. ponáhľanie sa alebo nevenovanie pozornosti). Neuvedomujú si však významnú úlohu, ktorú zohrávajú vnútorné prvky, ktoré môžu mať na pády u seniorov najväčší vplyv. Schopnosť rozpoznať a vypočítať širokú škálu rizikových faktorov je preto prvoradá pokiaľ ide o riešenie vysokej chorobnosti a úmrtnosti spojenej s pádom u starších ľudí [16].



Obrázok 4 Schematické znázornenie možných vzťahov medzi strachom z pádu a samotným pádom [16]

Tabuľka 1 Vnútorne faktory pádu

Vnútorne príčiny pádu.	1 faktor	2 faktor	3 faktor	4 faktor
Zhoršenie koordinácie pohybov udržiavajúcich rovnováhu	Zmenšená vzdialenosť ťažiska od okraja podstavy	Zhoršené vnímanie polohy tela v priestore	Zhoršenie pohybov upravujúcich polohu ťažiska	-
Dekondicionovanie	Fyzická nečinnosť	Znížená aeróbna funkcia	Myopatie	Obezita
Senzorické deficity	Znížená zraková ostrosť/vnímanie hĺbk	Nemodifikovateľné vizuálne nedostatky	Proprioceptívne deficity	Nedostatky sluchu
Vlastné	Ženské pohlavie	Vek	Predchádzajúca história pádu	

Neurologické/neuro-muskulárne	Zmeny chôdze	Parkinsonova choroba, Cerebelárna dysfunkcia, Depresia/úzkosť/ psychóza	Závrat	Kognitívne poruchy
Muskuloskeletálny	Osteoartritída, Reumatoidná artritída	Amputácia	Postortopedická chirurgia	
Kardiovaskulárne	Synkopa	Dehydratácia	Zlyhanie srdca	Prerušovaná klaudikácia
Výživová hodnota	Hypovitaminóza D	B12/nedostatok folátu		
Endokrinný systém	Ochorenie štítnej žľazy	Cukrovka		
Užívanie liekov alebo látok	Polyfarmácia	Liekové interakcie vedúce k závratom	Užívanie alkoholu, drog	

Tabuľka 2 Rozdelenie vnútorných príčin pádov podľa závažnosti

Menej významné	Stredne významné	Významné	Veľmi významné
Poruchy zmyslov	poruchy miechy	poruchy mozočka	frontálny lalok
Proprioreceptorov	kmeňa	bazálnych ganglií	
Znížená svalová sila		kortikospinálnych dráh	

Tabuľka 3 Vonkajšie faktory pádu

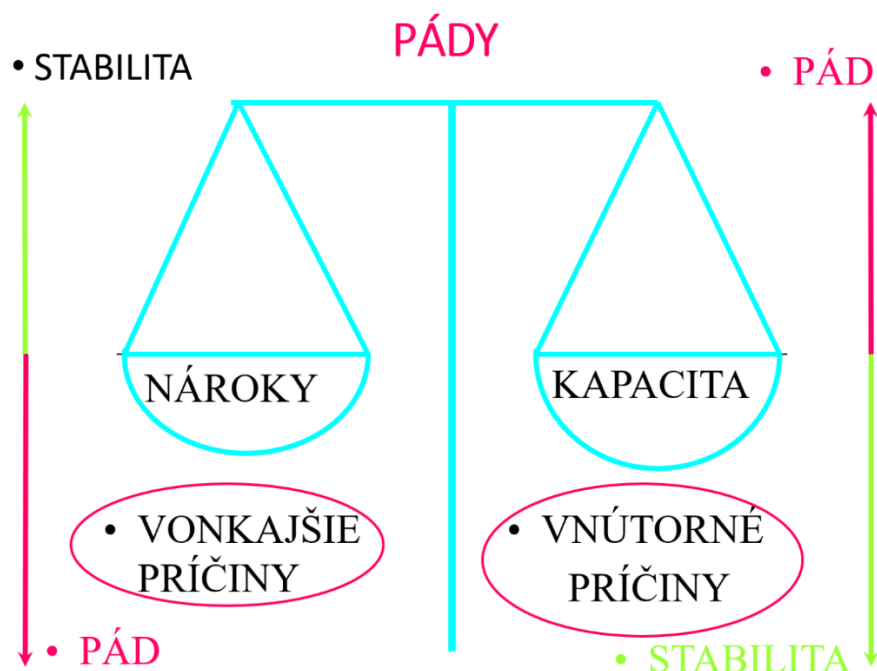
Domáce podmienky	Požiadavka na trvanlivé zdravotnícke vybavenie	Nemocničné podmienky
Osvetlenie prostredia	Asistenčné zariadenia (napr. palice, chodítka, invalidné vozíky)	Vysoký pomer pacientov k personálu v nemocniciach
Plošné oberce/podlahové bežce/volné rohože	Protetické pomôcky	Noví / začínajúci zamestnanci
Mokré podlahy	Nesprávne umiestnenie invalidného vozíka, nedostatočné sedenie na invalidnom vozíku, zlomené alebo chýbajúce časti	Prístup k svetlu počas hovoru

Ťažko dostupné osobné veci	Asistenčné zariadenia (napr. palice, chodítka, invalidné vozíky)	Neprítomnosť uchopovacích pomôcok
WC blízkosť spálne		
Nízke toaletné sedadlo		
Nedostatok podpier zábradlia / uchopovacej tyče v kúpeľni		
Výška postele a pevnosť postele		
Izba/chodníky bez šnúr a neporiadku		

Komplexné hodnotenie pre zvýšené riziko pádu

Pády najmä medzi seniormi, sú často podhodnotené. Existuje niekoľko vysvetlení tohto javu. Najčastejšie sa v praxi rieši následok pádu a nie jeho príčina v následnej starostlivosti o seniora. S cieľom získať a nastaviť následnú liečbu v súvislosti s pádmi u starších ľudí by terapeuti mali počas vyšetrenia klásť ďalšie otázky. Terapeuti by mali preskúmať príčinu alebo etiológiu pádu s cieľom prevencie, ktorú možno objasniť prostredníctvom posúdenia rizikových faktorov. Opýtať sa pacienta na jeho predchádzajúcu históriu pádov môže pomôcť poskytnúť cenné informácie. Ak sa za posledných 12 mesiacov vyskytli dva alebo viac pádov, pacient by mal podstúpiť komplexné posúdenie rizika pádu. Predchádzajúca história pádov môže viesť k strachu z pádu, ktorý je spojený s vyšším rizikom pádov. A to vo väčšine prípadov vedie k zmene pohybových stereotypov, ktoré majú súvis s obrannými reakciami z podvedomia pacienta [17]. Treba vedieť, či žijú v zariadení alebo doma, to nám môže pomôcť zistiť úroveň dohľadu a zvládnutí využitia svalových schopností k aktuálnej zmene ťažiska tela.

Príznaky pacienta pred pádom nám môžu pomôcť určiť etiológiu pádu. "Závraty" s "točením hlavy" môžu naznačovať ortostatickú hypotenziu, ktorá je najčastejšie spôsobená dehydratáciou, ale môže byť tiež znakom autonómnej nestability. Ak pacient hlási, že je "nevyvážený" alebo že sa nakláňa viac na jednu stranu, môže to znamenať nerovnováhu. Pociť, že "miestnosť sa točí", by mohol naznačovať možné poruchy vnútorného ucha (ako je labyrintitída alebo benígne paroxysmálne pozičné vertigo), ale môže byť tiež výsledkom centrálnych príčin, ako je vertebrobasilárna mŕtvica. Strata vedomia môže poukázať na potrebu ďalšieho vyšetrenia neurologických alebo srdcových príčin. Srdcové príčiny sú spojené s vyšším rizikom úmrtnosti [18].



Obrázok 5 Ovplyvnenie pádu v závislosti stability u seniora

Miesto pádu je dôležitým faktorom pri hodnotení rizika pádu. Poloha môže signalizovať environmentálne faktory a prekážky. Ako napríklad: osvetlenie priestoru, šmyklivé podlahy, nerovnosť na kobercoch, prahy pri dverách v podlahe, prítomnosť štrku alebo nerovnej pôdy mimo domu, čo môže prispieť k zlému základu a zvýšenej pravdepodobnosti pádov. Jedna austrálska štúdia zistila, že riziko pádu je v najvyššej miere spôsobená pošmyknutím na nerovnom alebo klzkom povrchu (29%), po ktorom nasleduje zakopnutie o prekážku, ako sú topánky, schody, cestné žľaby alebo domáce zvieratá (27%). Na ďalšie zlepšenie životnej situácie pacienta môže byť potrebné v anamnéze aj domáce hodnotenie rizikových faktorov pádov a následne vyšetrenie antigravitačných faktorov pacienta: svalová sila, zrežazenie, ekonomika svalovej záťaže [19].

Pády môžu byť bežnejšie v určitých časoch dňa a to z mnohých dôvodov, ako sú účinky liekov, ktoré sa hromadia počas dňa (napr. užívanie antihypertenzív v noci na rozdiel od skoršieho dňa alebo nesprávna liečba inzulínom, ktorá vedie k hypoglykémii a zvýšenej pravdepodobnosti pádov) [20].

Zmeny liekov môžu významne ovplyvniť riziko pádu. Ak pacient nedávno zmenil svoj antihypertenzívny alebo antihyperglykemický režim alebo nedávno užil iný liek, ktorý môže zvýšiť somnolenciu, alebo znížiť orientáciu, čo môže tiež zvýšiť riziko pádu a viesť k nespočetnému množstvu ďalších nepriaznivých účinkov [21].

Terapeuti by sa tiež mali informovať o type mobility alebo asistenčných zariadeniach, ktoré používajú ich pacienti. Asistenčné zariadenie pacienta nemusí byť vhodné pre jeho súčasnú úroveň mobility, čo by si vyžadovalo ďalšie posúdenie. Mal by sa posúdiť aj súčasný stav asistenčného zariadenia, pretože môže byť potrebné ho opraviť alebo vymeniť a v prípade jeho neriešenia by mohlo predstavovať ďalšie riziko pádu. Pacienti môžu tiež potrebovať ďalšie školenie pre svoje dané asistenčné zariadenie, aby sa zabezpečilo, že ho môžu bezpečne používať [21].

U pacientov s deformáciami chodidla ktoré sú pomerne časté u seniorov s diabetom, sa pýtame na otázky o stave ich obuvi a iných pomôckach. Či majú protišmykové podrážky, akú majú topánky výšku podpätku, aké je skosenie podpätku. A taktiež netreba zabúdať, že samotné zapínacie mechanizmy a podopreté päťové golieri, môžu hrať dôležitú úlohu pri prevencii pádov [21].

Vyšetrenie a hodnotenie chôdze starších pacientov

Chôdza človeka je významným faktorom, ktorý prispieva k riziku pádu a celkovej nestabilite. Pred dokončením hodnotenia chôdze je však dôležité vyhodnotiť ďalšie naliehavé etiológie, ako je kardiovaskulárna nestabilita. Vestibulárna dysfunkcia sa môže monitorovať vtedy, ak sú príznaky spojené s rýchlymi zmenami polohy. Po dôkladnom preskúmaní týchto faktorov by sme mali vykonať komplexné hodnotenie chôdze. Jedným z testov, ktoré je možné vykonať je "Get-Up-and-Go Test". Pri tomto teste je senior požiadaný, aby vstal zo stoličky, prešiel tri metre, otočil sa, vrátil sa späť na stoličku a sadol si bez použitia horných končatín. Tu môžeme hodnotiť svalovú slabosť, problémy s rovnováhou a abnormality chôdze (na stupnici od 1 do 5, pričom 5 naznačuje vážne poškodenie). Ak pacient musí používať horné končatiny na státie, môže sa u neho vyskytnúť slabosť extenzorov bedrového kĺbu. Tento test môžeme hodnotiť aj s časovým skóre. Ak pacient nie je schopný dokončiť test do 12 sekúnd, je vystavený zvýšenému riziku pádu. Začlenenie časových komponentov testu je rýchlosť chôdze, ktorá tiež hrá dôležitú úlohu pri riziku pádu [22]. Ako ďalší test môžeme u seniorov využiť tridsať sekundový test stoja na stoličke, ktorý hodnotí silu aj rovnováhu. Seniori sú požiadaní, aby si prekřížili ruky na hrudi, keď sedia na stoličke. Ak pacient vyžaduje použitie rúk na státie, príčinou môže byť slabosť extenzorov bedrového kĺbu. Tento test hodnotí rovnováhu a silu pacienta, najmä s ohľadom na jeho flexory a extenzory bedrového kĺbu. Terapeut by mal zaznamenať, koľkokrát môže pacient úplne stáť a sedieť v 30-sekundovom časovom intervale. Tento test môže tiež posúdiť silu pri pohyboch nahor a nadol zo stoličky. U pacientov vo veku od 75 do 79 rokov by mal byť vyšší ako 11 u mužov a 10 u žien. Ak je tento počet nižší predstavuje zvýšené riziko pádu. Tlačiteľný dokument je tiež k dispozícii ako súčasť programu STEADI od CDC a má pokyny na klasifikáciu prispôbené veku pacienta [23]. Tretím testom je 4-stupňový test rovnováhy, kde sú seniori požiadaní, aby stáli najmenej 10 sekúnd v nasledujúcich polohách: susediace nohy, polotandemový postoj, tandemový stojan a na jednej nohe. Seniori, ktorí nie sú schopní vykonať semi-tandemový test najmenej 10 sekúnd, sú vystavení zvýšenému riziku pádu. Ďalšie testy, vrátane testu funkčného dosahu, Bergovho testu rovnováhy a hodnotenia mobility orientovaného na výkon, sa bežne nepoužívajú, ale používajú sa vo výskumných štúdiách na lepšiu kvantifikáciu neuromuskulárnej podpory. Zhoršená výkonnosť pri týchto testoch bola spojená s vyšším rizikom pádu aj u starších ľudí [22, 23]. K dispozícii sú skríningové nástroje vrátane morzeovky a nástroja na hodnotenie rizika svätého Tomáša. Ukázalo sa, že Morseova jesenná stupnica je užitočná v štúdiách na hodnotenie rizika pádu [24]. Morseova jesenná stupnica sa skladá zo šiestich položiek, a to z anamnézy pádu za posledné tri mesiace, prítomnosti sekundárnej diagnózy, použitia ambulantnej pomôcky, požiadavky na terapiu, abnormálnej chôdze a zhoršeného duševného stavu. Skóre sa pohybuje od 0 do 125. Pacienti, ktorí majú skóre nad 45 rokov, majú vyššie riziko poklesu, pričom vyššie skóre naznačuje ešte vyššie riziko. Ďalším skríningovým nástrojom je nástroj na hodnotenie rizík svätého Tomáša alebo STRATIFY. Výhradou voči STRATIFY je, že jedna štúdia zistila, že dokáže predpovedať riziko pádu u osôb mladších ako 75 rokov, nebola však schopná predpovedať riziko pádu u ľudí starších ako 75 rokov, keď sa

podávala pri nemocničnom lôžku [25]. Jedna systematická metaanalýza odporučila, aby sa STRATIFY nepoužívala izolovane, ale poukázala na to, že by mohla byť užitočná, ak by sa používala v spojení s iným testovaním [26]. Vyšetrenia chôdze a analýza vzorov chôdze. Príčinou zmeneného vzoru chôdze môže byť u seniorov napríklad cerebrálna ataxia, ktorá môže zvýšiť nestabilitu do tej miery, že pacient vyžaduje širokú základňu podpory pri pohybe. Ďalším príkladom môže byť u seniorov Parkinsonizmus. Uskutočnilo sa značné množstvo výskumov o štartovacích procesoch chôdze (FOG), ktoré sa bežne vyskytujú pri parkinsonských syndrómoch, aby sa lepšie pochopila jeho základná patofyziológia a lepšie určila jej diagnóza. V súčasnosti sa ukázalo, že niektoré lieky pomáhajú s FOG, ale mali by sa ďalej študovať [27].

Prevenca pádov prostredníctvom kinezioterapie

Pomerne veľké množstvo kontrolovaných štúdií potvrdilo, že tréningové programy sú efektívne v prevencii pádov, a to najmä u kompliantných pacientov [28]. Základnou otázkou ostáva, ktorý konkrétny typ cvičenia je efektívny z hľadiska prevencie pádov. Spomedzi rehabilitačných programov sa ukazuje ako najefektívnejšia kombinácia viacerých cvičebných modalít [29]. Súčasťou týchto tréningových programov je nácvik stability, zvyšovanie svalovej sily, ktoré je doplnené zvyšovaním flexibility v kĺboch a zvyšovanie celkovej výdrže [30]. Skupinové cvičenia pod supervíziou dokážu znížiť výskyt pádov v priemere o 25 % [31]. Efektivita preventívnych opatrení na zamedzenie pádov vo forme cvičenia je z nie úplne objasnených dôvodov výrazne nižšia v domovoch sociálnej starostlivosti [32]. Na základe metaanalýzy uverejnenej v Cochranovej databáze je aj tai-či cvičenie efektívne v prevencii pádov [33] a jedna štúdia dokonca uvádza redukciu pádov o 50 % [34]. Pravidelné cvičenie tai-či je efektívne u ľudí s relatívne nízkym rizikom pádov [30].

Záver

Pády spôsobujú vysokú morbiditu a mortalitu obyvateľstva a výrazným spôsobom zaťažujú zdravotné a sociálne systémy. Vo vyššom veku, vzhľadom na vysokú prevalenciu osteoporózy, veľmi často spôsobujú fraktúry, ktoré môžu obmedziť mobilitu a sebestačnosť pacientov. Aj v samotnej staršej populácii sú podskupiny pacientov so zvýšeným rizikom pádov, napríklad u pacientov s neurodegeneratívnymi ochoreniami. Neurologických príčin porúch chôdze a pádov je veľa a ide prakticky o všetky choroby postihujúce pohybový a nervový systém. Nakoľko sú identifikované rizikové faktory, pádom môžeme včasnou prevenciou zabrániť. Vo vyspelých krajinách je prevencia pádov na prvých miestach. Slovensko patrí celosvetovo medzi krajiny s najvyššou incidenciou pádov, avšak momentálne nemáme k dispozícii systémový preventívny program pádov.

Príspevok bol podporený výskumným projektom VEGA č. 1/0361/20 Strach z pádu u seniorov v komunite a jeho psychosociálne dôsledky.

Zoznam bibliografických odkazov

[1] Malasana G, Brignole M, Daccarett M, Sherwood R, Hamdan MH. The prevalence and cost of the faint and fall problem in the state of Utah. PACE 2011;34(3):278–83.

- [2] Older Adult Falls Reported by State. [online]. 2020. Dostupné na: <https://www.cdc.gov/falls/data/falls-by-state.html>.
- [3] James, Spencer L., Lydia R. Lucchesi, Catherine Bisignano, Chris D. Castle, Zachary V. Dingels, Jack T. Fox, Erin B. Hamilton, et al. "The Global Burden of Falls: Global, Regional and National Estimates of Morbidity and Mortality from the Global Burden of Disease Study 2017". *Injury Prevention*, 2020, 26 (Supp 1): i3–11.
- [4] Bergland A. Fall risk factors in community-dwelling elderly people. *Norsk Epidemiologi* 2012; 22(2):151–64.
- [5] Schwab F, Lafage V, Boyce R, Skalli W, Farcy JP. Gravity Line Analysis in Adult Volunteers Age-Related Correlation With Spinal Parameters, Pelvic Parameters, and Foot Position. *Spine*, 2006; 31(25):E959–E967.
- [6] Duval-Beaupère G, Schmidt C, Cosson P. A Barycentremetric study of the sagittal shape of spine and pelvis: the conditions required for an economic standing position. *Ann Biomed Eng.* 1992; 20:451 – 462.
- [7] Dubousset J, Charpak G, Skalli W, Guise J, Kalifa G, Wicart P. Skeletal and spinal imaging with EOS system. *Arch Pediatr.* 2008; 15(5):665–666.
- [8] Vernazza S, Alexandrov A, Massion J. Is the center of gravity controlled during upper trunk movements? *Neurosci Lett.* 1996; 206(2–3):77–80.
- [9] P. Kammermeier, M. Buss, G. Schmidt, "A systems theoretical model for human perception in multimodal presence systems", *IEEE/ASME Transactions on Mechatronics*, vol.6, no.3, pp.234-244.
- [10] Lee, D.N., Aronson, E. Visual proprioceptive control of standing in human infants. *Perception & Psychophysics* 15, 529–532 (1974).
- [11] Tinetti, M. E., C. F. Mendes de Leon, J. T. Doucette, and D. I. Baker. 1994. "Fear of Falling and Fall-Related Efficacy in Relationship to Functioning among Community-Living Elders". *Journal of Gerontology* 49 (3): M140-147.
- [12] Scheffer, Alice C., Marieke J. Schuurmans, Nynke van Dijk, Truus van der Hooft, and Sophia E. de Rooij. 2008. "Fear of Falling: Measurement Strategy, Prevalence, Risk Factors and Consequences among Older Persons". *Age and Ageing* 37 (1): 19–24.
- [13] Maki, B. E., P. J. Holliday, and A. K. Topper. 1991. "Fear of Falling and Postural Performance in the Elderly". *Journal of Gerontology* 46 (4): M123-131.
- [14] Liu-Ambrose, Teresa, Karim M. Khan, Meghan G. Donaldson, Janice J. Eng, Stephen R. Lord, and Heather A. McKay. 2006. "Falls-Related Self-Efficacy Is Independently Associated With Balance and Mobility in Older Women With Low Bone Mass". *The Journals of Gerontology: Series A* 61 (8): 832–38.
- [15] Gehlsen, G. M., and M. H. Whaley. 1990. "Falls in the Elderly: Part II, Balance, Strength, and Flexibility". *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 71 (10): 739–41.
- [16] Košutská Z. Pády u seniorov. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave, 2022. ISBN 978-80-223-5330-4

- [17] Pellicer-García B, Antón-Solanas I, Ramón-Arbués E, García-Moyano L, Gea-Caballero V, Juárez-Vela R. Risk of Falling and Associated Factors in Older Adults with a Previous History of Falls. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(11):4085.
- [18] Velde N, Stricker BH, Roelandt JR, Ten Cate FJ, van der Cammen TJ. Can echocardiographic findings predict falls in older persons? *PLoS One*. 2007;2(7):e654.
- [19] Sanders KM, Lim K, Stuart AL, et al. Diversity in fall characteristics hampers effective prevention: the precipitants, the environment, the fall and the injury. *Osteoporos Int*. 2017;28(10):3005–3015.
- [20] De Jong MR, Van der Elst M, Hartholt KA. Drug-related falls in older patients: implicated drugs, consequences, and possible prevention strategies. *Ther Adv Drug Saf*. 2013;4(4):147–154.
- [21] Sarwar MR, Dar AR, Mahar SY, Riaz T, Danish U, Iftikhar S. Assessment of prescribing potentially inappropriate medications listed in Beers criteria and its association with the unplanned hospitalization: a cross-sectional study in Lahore, Pakistan. *Clin Interv Aging*. 2018 Aug 28;13:1485–1495. doi: 10.2147/CIA.S173942.
- [22] ASSESSMENT Patient Date Time 30-Second Chair Stand. 2022. [online]. Dostupné na: <https://www.cdc.gov/steady/pdf/STADI-Assessment-30Sec-508.pdf>
- [23] Alenazi AM, Alshehri MM, Alothman S, Rucker J, Dunning K, D'Silva LJ, Kluding PM. Functional Reach, Depression Scores, and Number of Medications Are Associated With Number of Falls in People With Chronic Stroke. *PM R*. 2018 Aug;10(8):806–816. doi: 10.1016/j.pmrj.2017.12.005. Epub 2017 Dec 26.
- [24] An S, Lee Y, Lee G. Platnosť hodnotenia mobility orientovaného na výkon pri predpovedaní pádu tých, ktorí prežili mozgovú príhodu: retrospektívna kohortná štúdia. *Tohoku J Exp Med*. 2014 jún; 233(2):79–87. doi: 10.1620/tjem.233.79.
- [25] Falcão RMM, Costa KNFM, Fernandes MDGM, Pontes MLF, Vasconcelos JMB, Oliveira JDS. Rizado pádov u hospitalizovaných starších ľudí. *Rev Gaucha Enferm*. 2019; 40(SPE):E20180266.DOI:10.1590/1983-1447.
- [26] Milisen K, Staelens N, Schwendimann R, De Paepe L, Verhaeghe J, Braes T, Boonen S, Pelemans W, Kressig RW, Dejaeger E. Fall prediction in inpatients by bedside nurses using the St. Thomas's Risk Assessment Tool in Falling Elderly Inpatients (STRATIFY) instrument: a multicenter study. *J Am Geriatr Soc*. 2007 máj; 55(5):725–33. doi: 10.1111/j.1532-5415.2007.01151.x.
- [27] Billington J, Fahey T, Galvin R. Diagnostic accuracy of the STRATIFY clinical prediction rule for falls: A systematic review and meta-analysis. *BMC Fam Pract*. 2012; 13:76.
- [28] World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- [29] Petridou, Eleni Th, Eirini G. Manti, Athanasios G. Ntinapogias, Eva Negri, and Katarzyna Szczerbinska. 2009. "What Works Better for Community-Dwelling Older

People at Risk to Fall?: A Meta-Analysis of Multifactorial versus Physical Exercise-Alone Interventions". *Journal of Aging and Health* 21 (5): 713–29.

[30] Gillespie, Lesley D., M. Clare Robertson, William J. Gillespie, Catherine Sherrington, Simon Gates, Lindy M. Clemson, and Sarah E. Lamb. 2012. "Interventions for Preventing Falls in Older People Living in the Community". *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, č. 9 (september): CD007146.

[31] Karlsson, Magnus K., Thord Vonschewelov, Caroline Karlsson, Maria Cöster, and Björn E. Rosengen. 2013. "Prevention of Falls in the Elderly: A Review". *Scandinavian Journal of Public Health* 41 (5): 442–54.

[32] Cameron, Ian D., Lesley D. Gillespie, M. Clare Robertson, Geoff R. Murray, Keith D. Hill, Robert G. Cumming, and Ngaire Kerse. 2012. "Interventions for Preventing Falls in Older People in Care Facilities and Hospitals". *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 12 (december): CD005465.

[33] Sherrington, Catherine, Nicola J. Fairhall, Geraldine K. Wallbank, Anne Tiedemann, Zoe A. Michaleff, Kirsten Howard, Lindy Clemson, Sally Hopewell, and Sarah E. Lamb. 2019. "Exercise for Preventing Falls in Older People Living in the Community". *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 1 (január): CD012424.

[34] Wolf, S. L., H. X. Barnhart, G. L. Ellison, and C. E. Coogler. 1997. "The Effect of Tai Chi Quan and Computerized Balance Training on Postural Stability in Older Subjects. AtlantaFICSIT Group. Frailty and Injuries: Cooperative Studies on Intervention Techniques". *Physical Therapy* 77 (4): 371–81; discussion 382-384.

KONFLIKT RODINNÉHO A PRACOVNÍHO PROSTŘEDÍ U NELÉKAŘSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH POVOLÁNÍ

FAMILY AND WORK ENVIRONMENT CONFLICT NON-MEDICAL HEALTH PROFESSIONS

TAMPÍROVÁ Lucie¹, STUPKOVÁ Daša²

¹ *Krajská zdravotní a. s. - Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o. z., Česká republika*

² *Fakulta zdravotnických studií, Univerzity Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem, Česká republika*

Abstrakt

Úvod: Vztah rodinného pracovního života je velice komplikovaný. Vzájemná provázanost těchto dimenzí je současně zdrojem konfliktů dvou životních rolí. Nelze opomíjet, že se jedná o obousměrnou provázanost dvou sfér a uvědomit si také pozitivní dopady tohoto vztahu.

Cíl: Cílem výzkumu byla analýza konfliktu mezi prací/rodinou a opačný rozpor mezi rodinou a prací u nelékařského zdravotnického personálu. Tento konflikt byl zkoumán v kontextu s demografickými údaji, prací ve směnném provozu, pracovním zařazením a typem zdravotnického zařízení (lůžkové zařízení, ambulance a jiné).

Metoda: Sběr dat byl realizován s využitím standardizovaných dotazníků: Dotazník Work - Family Conflict and Family - Work Conflict questionnaire, nástroj sloužící k měření vzájemné interakce mezi sférami práce a rodiny resp. soukromého života a Professional Quality of Life (ProQOL-CZ), který vypovídá o kvalitě profesionálního života pomáhajících profesí.

Výsledky: Na základě analýzy výsledků byl prokázán konflikt mezi pracovním a rodinným životem nelékařského zdravotnického personálu a také vzájemná vazba na demografické údaje, směnný provoz a další aspekty výzkumného šetření. Byla prokázána vyšší míra konfliktu práce/rodina než rodina/práce.

Závěr: Konfliktnost těchto dvou dimenzí je výrazným determinantem personální krize ve zdravotnictví. Je v zájmu každého zaměstnavatele udržet si kvalifikovaný personál zajištěním příznivých pracovních podmínek zvyšujících spokojenost a kvalitu pracovního života.

Klíčová slova: Konflikt práce/rodina. Konflikt rodina/práce. Pracovní spokojenost. Nelékařský zdravotnický personál. Rodina

Abstract

Introduction: The relationship of family work life is very complicated. The interconnectedness of these dimensions is at the same time a source of conflicts between two life roles. It cannot be ignored that this is a two-way interdependence of two spheres and the positive effects of this relationship must also be realized.

Objective: The objective of the research was to analyze the conflict between work/family and the opposite conflict between family and work among non-medical health personnel. This conflict was examined in the context of demographics, shift work, job title, and type of health care facility (inpatient, outpatient, and other).

Method: Data collection was carried out using standardized questionnaires: Work - Family Conflict and Family - Work Conflict questionnaire, a tool used to measure mutual interaction between the spheres of work and family, respectively. of private life and Professional Quality of Life (ProQOL-CZ), which tells about the quality of professional life of helping professions.

Results: Based on the analysis of the results, the conflict between the work and family life of non-medical health personnel was demonstrated, as well as the interrelationship with demographic data, shift

operation and other aspects of the research investigation. Work/family conflict has been shown to be higher than family/work.

Conclusion: The conflict between these two dimensions is a significant determinant of the personnel crisis in the healthcare sector. It is in the interest of every employer to retain qualified personnel by ensuring favorable working conditions that increase satisfaction and the quality of working life.

Keywords: Work/family conflict. Family/work conflict. Job satisfaction. Non-medical health personnel. Family.

ÚVOD

Koncept rovnováhy medzi osobným a rodinným životom neboli work-life balance predpokladá, že jedinec vykonáva niekoľko životných rolí, pričom každá z nich klade určité nároky a vyžaduje čas a energiu. Rovnováha medzi týmito rolami je dosahovaná, pokiaľ jedinec vníma svoje zapojenie do rôznych oblastí života a tieto role sú vzájomne kompatibilné. Rovnováhu medzi rodinným a pracovným životom je tiež možno chápať ako vyvažovanie päť oblastí života, tj. práce, rodiny, priateľov, zdravia a duševného života (Vlachová, 2012). O harmonizáciu práce a rodiny sa začína hovoriť v 70. rokoch minulého storočia. Zameriava sa predovšetkým na organizáciu práce a jej úpravu v súlade s osobnými potrebami. Pre každého jedinca môže toto sladžovanie predstavovať niečo iného a podmienky sa menia v čase a priestore, pričom naše potreby sú tiež veľmi individuálne (Benešová et al., 2013).

Usporiadanie súkromých vzťahov na jednej strane a pracovná pozícia na druhej strane sú vzájomne prepojené. Meniace sa rodinné situácie majú významný vplyv na to, aké postavenie jedinec zaujme vo svojej profesijnej dráhe v rôznych fázach života. Vzdelanie, práca a pozícia človeka na pracovnom trhu majú zároveň výrazný vplyv na usporiadanie súkromného života. Jedná sa o dôležité životné situácie ako je založenie vlastnej domácnosti, manželstva a rodičovstva. Koncept životnej dráhy umožňuje usporiadanie si svojho súkromného života a jeho kombinovanie s životom pracovným z hľadiska posloupnosti a načasovania si životných rozhodnutí (Hašková et al., 2014). Problematika vzťahov rodinného a pracovného života vychádza z niekoľkých zdrojov. Dochádza k nárastu napätia medzi nárokmi práce a osobného života, ktoré sú spôsobené zmenami pracovných podmienok, zvyšujúcim sa tlakom na produktivitu a flexibilitu práce a vyššími nárokmi na dosiahnuté vzdelanie. Pracovný trh vyžaduje od mužov a žien, aby boli flexibilní, samostatní a pokiaľ možno bez záväzkov. V starších dobách tieto nároky boli umožnené tým, že štandardne prácu vykonával muž – živel rodiny a žena bola zodpovedná za starostlivosť o domácnosť a deti. V priebehu vývoja spoločnosti však došlo k významným zmenám vo štruktúre usporiadania pracovného trhu a zvýšenie zamestnanosti žien najmä s malými deťmi. K nárastu problémov týkajúcich sa sklauovania rodiny a práce navyše prispieva i nárast počtu rodičov samoživiteľov (Vlachová, 2013). Práca bezpochyby zasahuje do činnosti rodiny a je tomu tak i naopak. Smeňový prevádz, presčasové hodiny a nepravidelný plán služieb svojím spôsobom definujú životné tempo rodiny zamestnanca. Práca navyše poskytuje finančný príjem, ktorý určuje rodinnú životnú úroveň. Rozsah možnosti organizovať si svoj pracovný čas, kultúra prostredia na pracovisku a tiež charakteristika vlastnej práce majú vplyv na pohodu a zdravie ostatných členov rodiny (Fedáková, 2011).

Interakci mezi rodinným a pracovním životem můžeme definovat jako proces, kdy funkce jedince v jedné doméně, ovlivňuje jeho činnost v doméně druhé. Tato interakce může mít buď negativní nebo pozitivní důsledek (Mardon, 2015). I přes to, že se většina autorů a výzkumných prací věnuje problematice konfliktu rodiny a práce, je důležité připomenout i pozitivní dopady propojení těchto dvou oblastí, které pomáhají ke zkvalitnění života. V odborné literatuře se nejčastěji setkáváme v souvislosti s tímto propojením s pojmy jako facilitace, obohacování, prolínání a zdokonalování. Zkušenosti, které jedinec získal vykonáváním jedné role, mohou obohatit roli druhou, stejně tak se vzájemně prolínají pozitivní emoce, dobrá nálada a pocit štěstí (Fedáková, 2011).

Teorie konfliktu a interakce rodinného a pracovního prostředí, se stala součástí několika koncepcí, které vystihují vzájemné propojení těchto sfér. Teorie hranic se snaží o identifikaci faktorů, které napomáhají k dosažení rovnováhy mezi rodinným a pracovním životem. Dle této teorie vztah mezi životními rolemi není emocionální, nýbrž lidský. Tyto dvě sféry formují jednotlivci a určují, jak silné budou hranice mezi nimi. Zároveň stanovují, jak se budou prolínat vztahy mezi jednotlivými členy a přecházení jedince z jedné sféry do druhé. Teorie hranic předpokládá přítomnost 3 základních forem hranic. Fyzická hranice určuje, jaké místo daná role zaujímá, časová hranice říká, kolik času ji jedinec věnuje a psychologická hranice separuje či slučuje rodinný a pracovní život, přičemž se bere v potaz odlišné hodnoty, myšlenkové pochody a emoce jedince. Dle teorie kompenzace je předpokládáno, že mezi rodinným a pracovním životem existuje určitá inverzní spojitost. Pokud je jedinec neúspěšný v jedné doméně, má tendenci kompenzovat si své neúspěchy v doméně druhé. Ti, kteří nejsou spokojeni v rodinném a osobním životě, snaží se realizovat v životě pracovním. V opačném případě si pak jedinec své nedosažené pracovní cíle a neúspěchy kompenzuje vyšším nasazením a péčí v rodinné sféře (Kurtinová, 2019).

Konflikt mezi jednotlivými rolemi je způsobem tlaky, kterými jedna doména působí na druhou. V závislosti na dominujícím aspektu rozlišujeme několik druhů konfliktů. Vždy je nutné si uvědomit obousměrnost tohoto procesu (Griggs et al., 2013). Konflikt způsobený nedostatkem času vychází ze skutečnosti, že čas věnovaný jedné doméně není možné využít v doméně druhé. Výsledkem konkurenčních požadavků obou rolí je stres, který působí na jedince a ovlivňuje jeho chování. Základem této problematiky je fakt, že čím více času trávíme v práci, tím méně nám jej zbývá pro rodinu a naopak. Vždy záleží na hodnotovém žebříčku osobnosti a individuálním vnímání důležitosti rodiny a práce (Bagger et al., 2014). Konflikt způsobený napětím reflektuje na náročné životní a pracovní tempo, se kterým se zdravotníci bez pochyby ve svém profesním životě setkávají. Z řady výzkumných šetření vyplývá, že právě tento konflikt má za následek nejvíce pracovních úrazů a psychických onemocnění pracujícího jedince. Dochází k inter rolovým konfliktům, kdy nadměrné požadavky jedné role brzdí požadavky druhé. Tato problematika může přímo vést k předchozímu konfliktu způsobeného nedostatkem času, jelikož negativní psychické vypětí v jedné doméně způsobuje vyčerpání, únavu, a tudíž jedinec vyžaduje více odpočinku na úkor domény druhé (Charkhabi et al., 2014). Konflikt způsobený chováním jedince, vychází ze skutečnosti, že každá role vyžaduje určitý specifický vzorec chování. Chování, které je vyžadováno v prostředí zaměstnání nemusí být kompatibilní s chováním, které je očekáváno v rodinném prostředí, tudíž dochází ke konfliktu rolí. Každé povolání je

svým spôsobom špecifické a vyžaduje určité požiadavky týkajúce sa chovania jedince, ktoré však môžu byť v súkromom živote nežiadúci (Armstrong et al., 2015).

Konflikt práce a rodiny sa stal významným celospoločenským problémom, s nímž súvisí i súčasná personálna kríza vo zdravotníctve. Zdravotnícke zariadenia môžu díky tomuto poznaniu významne ovplyvniť fluktuáciu svojich zamestnancov a poskytovať prevenciu nežiadúcich javov ako je syndróm vyhoštenia, nízka kvalita poskytovanej péče a tiež nespokojenosť v dimenzii pracovného života (Mei-Ling et al., 2014). Cieľom výskumu bola analýza konfliktu práce /rodina a rodina/práce u nelékařského zdravotníckeho personálu v Českej republike.

METODA

Výskumné šetrenie bolo provedeno u respondentov z rad nelékařského zdravotníckeho povolania, ktorí vykonávajú súhrn činností pri poskytovaní zdravotníckej péče dle Zákona 96/2004 Sb. o podmínkach získavania a uznávania spôsobilosti k výkonu nelékařského zdravotníckeho povolania. Vzhľadom k epidemiologickej situácii v súvislosti s pandemiou Covid 19 bola pre sběr dat zvolená metóda online dotazníku prostredníctvom my.surveo.com. Pro jehož distribúciu bolo využito sociálna sieť nelékařských zdravotníckych pracovníkov Odbory a nelékaři. K analýze konfliktu rodinného a pracovného prostredia u nelékařských zdravotníckych pracovníkov, byly využity následující standardizované dotazníky.

Dotazník Work - Family Conflict and Family - Work Conflict questionnaire je nástroj sloužící k měření vzájemné interakce mezi sférami práce a rodiny resp. soukromého života. Dotazník je tvořen dvěma sebesposuzovacími škálami, které zohledňují zdroj konfliktu mezi vzájemně se ovlivňujícími systémy. Subškála Konflikt práce / rodina slouží k měření míry konfliktu, jehož zdroj leží ve sféře práce (zejm. pracovní nároky). Naopak subškála Konflikt rodina / práce měří míru konfliktu, k němuž dochází, zasahují-li záležitosti rodinného, resp. soukromého života do oblasti práce. Dotazník byl vyvinutý v r. 1996 R. G. Netemeyerem, J.S. Bolesem, R. McMurrianem, který původně obsahoval sedmi bodovou stupnici, byl modifikován v r. 1998 na pětibodovou stupnici a autorem změny je Aryee et al. Originál dotazníku je v anglickém jazyce, existuje v dalších 7 jazykových mutacích. Každá subškála se sestává z pěti položek (výroků, tvrzení). K vyjádření míry souhlasu s danými výroky má respondent k dispozici pětibodovou Likertovu stupnici: 1 - zcela nesouhlasím, 2 - spíše nesouhlasím, 3 - nelze říci, 4 - spíše souhlasím, 5 - zcela souhlasím. Hodnocení odpovědí v dotazníku probíhá na základě výše dosaženého bodového skóre. Čím vyšší je dosažené bodové skóre, tím vyšší je míra konfliktu v dané sféře (Netemeyer et al., 1996). Dotazník Professional Quality of Life (ProQOL-CZ) je standardizovaný dotazník, který vypovídá o kvalitě profesionálního života pomáhajících profesí. Vytvořila jej v roce 2010 autorka B.H. Stamm, přičemž byl v roce 2012 přeložen do českého jazyka PhDr. Darjou Jarošovou a Ph.D. Bohumilou Čurdovou. Dotazník se skládá ze 30 položek, které jsou následně rozděleny do 3 domén, přičemž každá z nich obsahuje deset otázek. Doména č. 1 – pocit spokojenosti (č. otázek - 3,6,12,16,18,20,22,24,27,30), Doména č. 2 – sekundární traumatický stres (č. otázek - 2,5,7,9,11,13,14,23,25,28), Doména č. 3 – syndróm vyhoštenia (č. otázek - 1,4,8,10,15,17,19,21,26,29). Každá otázka dotazníku

se stáva z päť položek (výroku, tvrzení). K vyjádření míry souhlasu s daným výrokem měli respondenti k dispozici pětibodovou Likertovu škálu (1 nikdy, 2 zřídka, 3 někdy, 4 často a 5 velmi často). Kvalita profesního života je vyhodnocována u každé domény dle dosažených bodů: Nízká úroveň (22 bodů a méně), střední úroveň (23-41 bodů) a vysoká úroveň (42 bodů a více) (Stamm, 2010).

Zkoumaný soubor byl nejprve analyzován jako celek, a posléze napříč vybranými demografickými faktory (pohlaví, věková skupina, rodinný stav, počet dětí, nejvyšší dosažené vzdělání, specializace v oboru, pracovní úvazek, délka praxe, směnný provoz, nemocniční oddělení, zdravotnické zařízení, COVID oddělení) a též jednotlivými položkami standardizovaného dotazníku *Work - Family Conflict and Family - Work Conflict questionnaire*. Tyto položky slouží jako nástroj k identifikaci rizikových faktorů konfliktu ve sféře práce/rodina a rodina/práce.

Ke zpracování a vyhodnocování naměřených dat byl použit program MS Excel. Získaná data byla analyzována pomocí nástrojů: Kontingenční tabulka, funkce Seřadit a Filtrovat a dále funkce popisné statistiky – Průměr (aritmetický), Medián, Suma, Počet, Směrodatná odchylka (výběrová), Rozptyl (výběrový), Minimum a Maximum. Ke grafické interpretaci analyzovaných dat byly též použity sloupcové a výsečové grafy. Pro posouzení vzájemných vztahů mezi daty byly použity funkce Korelace a Lineární regrese (v MS Excel je korelační koeficient vyjádřen hodnotou Násobné R) a pro testování hypotéz bylo využito funkce Dvouvýběrový z-test na střední hodnotu.

VÝSLEDKY

Do výzkumu se zapojilo celkem 636 respondentů, parametry zkoumaného souboru jsou přehledně uvedeny v tabulce č. 1.

Tabulka 1 Sociodemografické údaje zkoumaného vzorku

Demografické faktory		Četnosti n(abs)		celkem	
		muž	žena	n(abs)	n(rel)
Pohlaví	muž	11	0	11	1,73
	žena	0	625	625	98,27
Věková skupina	21 - 39 let	10	279	289	45,44
	40 - 49 let	1	233	234	36,79
	50 let a více	0	113	113	17,77
Rodinný stav	partnerský	5	173	178	27,99
	sama/sám	3	109	112	17,61
	vdaná/ženatý	3	343	346	54,40
Počet dětí	0	9	138	147	23,11
	1	0	130	130	20,44
	2 a více	2	357	359	56,45
Dosažené vzdělání	SZŠ	2	260	262	41,19
	VOŠ	4	127	131	20,60
	VŠ	5	238	243	38,21
Specializace	ne	3	260	263	41,35
	ano	8	365	373	58,65
	částečný	0	102	102	16,04

Pracovní úvazek	plný	11	523	534	83,96
Délka praxe	1 - 10 let	6	169	175	27,52
	11 - 20 let	5	165	170	26,73
	21 - 30 let	0	187	187	29,40
	31 let a více	0	104	104	16,35
Směnný provoz	ne	1	160	161	25,31
	ano	10	465	475	74,69
Oddělení	Ambulance	0	64	64	10,06
	Anestezie/Instrument	1	27	28	4,40
	Jiné	3	121	124	19,50
	JIP/ARO/Intermed.	4	182	186	29,25
	Standardní oddělení	3	168	171	26,89
	Vedoucí pozice	0	63	63	9,91
Zdrav. zařízení	Ambulantní zař.	0	85	85	13,36
	Dom. péče/mobil. hospic	0	10	10	1,57
	Laboratoř	0	3	3	0,47
	LDN/NNP/NIOP/DIOP	0	19	19	2,99
	Nemoc. lůžkové zař.	8	462	470	73,90
	Zdrav. soc. služby	0	37	37	5,82
	ZZS	3	9	12	1,89
Covid-19 pracoviště	ne	2	195	197	30,97
	ano	9	430	439	69,03

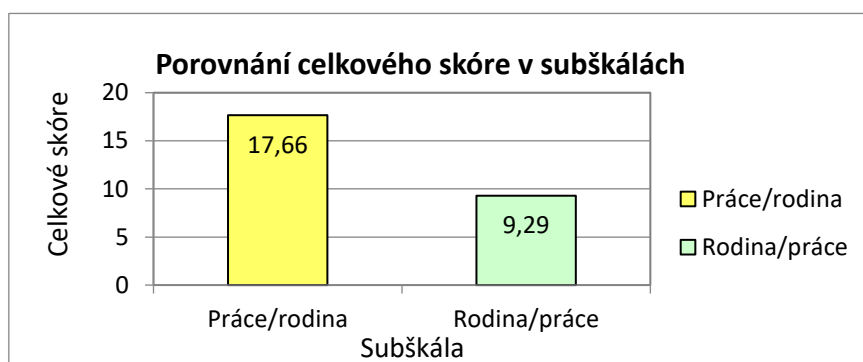
Konflikt ve sféře práce/rodina dosahuje téměř dvojnásobných hodnot celkového skóre (17,66), než je tomu ve sféře rodina/práce 9,29 tabulka č. 2 a 3). Z výsledků vyplývá, že v subškále práce/rodina bylo dosaženo o 90,1 % vyššího bodového skóre než v subškále rodina/práce (vztaženo k nižší hodnotě). Tato situace je znázorněna v grafu č. 1.

Tabulka 2 Subškála "Práce / rodina" - hodnocení souboru jako celku

Subškála Práce / rodina						
Parametr	Jednotlivé položky					Celk. skóre
Položka	P1	P2	P3	P4	P5	P1-P5
Respondenti n(abs)	636	636	636	636	636	636
Aritm. průměr bodů	3,90	3,30	3,52	3,37	3,57	17,66
Medián	4	3	4	4	4	18
Směr. odchylka (s)	1,07	1,10	1,17	1,17	1,28	4,69
Rozptyl (s ²)	1,14	1,20	1,36	1,37	1,63	21,99
Minimum	1	1	1	1	1	5
Maximum	5	5	5	5	5	25
Cronbachovo alfa	CA = 0,87					

Tabuľka 3 Subškála "Rodina / práce" - hodnotení souboru jako celku

Subškála Rodina / práce						
Parametr	Jednotlivé položky					Celk. skóre
Položka	P1	P2	P3	P4	P5	P1-P5
Respondenti n(abs)	636	636	636	636	636	636
Aritm. průměr bodů	2,47	1,72	1,58	1,78	1,75	9,29
Medián	2	1	1	1	1	8
Směr. odchylka (s)	1,19	1,03	0,96	1,07	0,99	4,12
Rozptyl (s ²)	1,42	1,06	0,92	1,15	0,97	16,99
Minimum	1	1	1	1	1	5
Maximum	5	5	5	5	5	25
Cronbachovo alfa	CA = 0,84					

**Graf 1** Celkové skóre v subškálách práce/rodina a rodina/práce

Při hodnocení míry konfliktu ve sféře práce/rodina respondenti nejsilněji odpovídali na položku č. 1: *Pracovní nároky zasahují do mého soukromého a rodinného života*. Hodnota AP bodového skóre v této položce dosahovala 3, 9 bodu. Druhý nejvyšší AP dosažených bodů (3,57 bodu) představovala položka č. 5: *Kvůli pracovním povinnostem musím měnit plánované rodinné aktivity*. Při hodnocení míry konfliktu ve sféře rodina/práce respondenti z řad nelékařského zdravotnického personálu nejsilněji odpovídali na položku v dotazníku č.1:

Požadavky mé rodiny/manžela/manželky/partnera/ky zasahují do mých pracovních aktivit. Hodnota AP dosaženého bodového skóre představuje 2, 47 bodu.

Výsledky analýzy subjektivní pracovní spokojenosti jsou znázorněny v tabulce č. 4. Celkem 382 osob (60,06 %) z celkového počtu 636 respondentů vyjádřilo v doméně Pocit spokojenosti v průměru střední úroveň spokojenosti (AP = 38,06 bodu), 226 respondentů (35,54 %) uvedlo v této doméně dokonce vysokou úroveň spokojenosti. Naopak jen 28 osob (4,40 %) označilo úroveň spokojenosti jako nízkou. Respondenti z řad nelékařského zdravotnického personálu odpovídali nejsilněji na položky v dotazníku č. P12 - *Mám rád/a svoji práci pomáhajícího* (AP= 4,19 bodu), P18 - *Má práce mě uspokojuje* (AP= 4,0 bodu) a P24 - *Jsem hrdý/á na to, že mohu pomáhat* (AP= 4,12 bodu).

Tabuľka 4 Doména "Pocit spokojnosti" - hodnotení souboru jako celku

Pocit spokojnosti											
Parametr	Jednotlivé položky (AP)										Celk. skóre
Položka	P3	P6	P12	P16	P18	P20	P22	P24	P27	P30	P3-P30
Respondenti n(abs)	636	636	636	636	636	636	636	636	636	636	636
Aritm. průměr bodů	4,01	3,13	4,19	3,96	4,00	3,53	3,33	4,12	3,90	3,89	38,06
Medián	4,0	3,0	4,0	4,0	4,0	4,0	3,0	4,0	4,0	4,0	39,0
Směr. odchylka (s)	0,99	1,04	0,94	0,97	1,04	0,95	1,17	1,08	0,93	1,12	7,46
Rozptyl (s ²)	0,98	1,09	0,89	0,94	1,08	0,90	1,37	1,16	0,87	1,25	55,71
Minimum	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
Maximum	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	50
Úroveň	Nízká		Střední		Vysoká		Celkem		Cronbachovo alfa		
Četnost n(abs)	28		382		226		636		CA = 0,90		
Četnost n(rel) v %	4.40		60.06		35.54		100.00				

K zjištění korelace jednotlivých domén ProQL-Cz a subškály konfliktu ve skóre práce/rodina, byly prověřovány vztahy mezi subškálami WFC, FWC a jednotlivými doménami, a to ve všech možných kombinacích pomocí Pearsonova korelačního koeficientu a dvouvýběrového z-testu na střední hodnotu. Pro tyto účely bylo nutné u domény Pocit spokojnosti provést konverzi bodové stupnice podle klíče 1 = 5, 2 = 4, 3 = 3, 4 = 2 a 5 = 1, neboť smysl hodnocení v této doméně jde proti smyslu hodnocení v ostatních doménách a subškálách.

Byly proměřovány korelace párových dat mezi těmito oblastmi a zjištěny tyto korelační koeficienty r:

Práce / rodina ↔ Rodina / práce

r = 0,1868 žádná nebo velmi slabá korelace

Práce / rodina ↔ Pocit spokojnosti

r = - 0,0538 žádná nebo velmi slabá korelace

Práce / rodina ↔ Sek. trauma. Stres

r = 0,3207 slabá korelace

Práce / rodina ↔ Syndrom vyhoření

r = 0,4896 střední korelace

Práce / rodina ↔ ProQOL-CZ

r = 0,3552 slabá korelace

Rodina / práce ↔ Pocit spokojnosti

r = 0,0019 žádná nebo velmi slabá korelace

Rodina / práce ↔ Sek. trauma. stres

r = 0,2636 slabá korelace

Rodina / práce ↔ Syndrom vyhoření

r = 0,1408 žádná nebo velmi slabá korelace

Rodina / práce ↔ ProQOL-CZ

r = 0,2109 slabá korelace

Pocit spokojnosti ↔ Sek. trauma. Stres

$r = 0,0419$ žiadná alebo veľmi slabá korelace

Pocit spokojnosti ↔ Syndrom vyhoření

$r = -0,3783$ slabá záporná korelace

Sek. trauma. stres ↔ Syndrom vyhoření

$r = 0,6565$ silná korelace

Analýzou párových dát bola nalezene silná korelace medzi doménami Sekundární traumatický stres a Syndrom vyhoření ($r = 0,6565$). Lze tedy říci, že sekundární traumatický stres má u nelékařských zdravotnických pracovníků silný vliv na rozvoj syndromu vyhoření. Středně silná korelace byla zjištěna mezi subškálou Práce / rodina a doménou Syndrom vyhoření ($r = 0,4896$). Z této skutečnosti vyplývá, že konflikt ve sféře práce/rodina má vliv na rozvoj syndromu vyhoření u nelékařského zdravotnického personálu. Mezi pocitem subjektivní spokojenosti u nelékařského zdravotnického personálu neexistuje žádná nebo velmi slabá korelace. Mezi doménami Syndrom vyhoření a Sekundární traumatický stres, byla zjištěna silná korelace. Mezi subškálou konfliktu práce a rodiny a doménou Syndromu vyhoření existuje středně silná korelace. Korelace mezi ostatními dvojicemi dimenzí byly shledány jen jako slabé nebo žádné.

DISKUZE

Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že u nelékařského zdravotnického personálu dosahuje konflikt ve sféře práce/rodina téměř dvojnásobných hodnot než ve sféře rodina/práce. S výsledkem se ztotožňuje čínská studie, které se zúčastnilo 824 zdravotních sester. Byl zde též zjištěn významně vyšší konflikt ve sféře práce/rodina než v subškále rodina/práce. Čínské zdravotní sestry věnují své práci velké množství času a energie. Oproti ostatním zemím zde převažuje vzorec tzv. dvoukariérního partnerství, což zároveň souvisí se stejnou úrovní konfliktu ve sféře práce/rodina jak u mužů, tak u žen (Hao et al., 2015). Studie provedená v Ghaně u 134 zdravotních sester též potvrdila vyšší míru konfliktu ve sféře práce/rodina než v oblasti rodina/práce. Tato situace je pravděpodobně způsobená velkou personální krizí ve zdravotnickém sektoru, kdy na jednu zdravotní sestru v roce 2015 připadal počet 2 173 obyvatel, přičemž tato situace má stále prohlubující se tendenci (Asiedu et al., 2017). Nelékařský zdravotnický personál nejčastěji v dotazníku uváděl, že za příčinu konfliktu rolí považuje zasahování pracovních nároků do svého osobního života (položka dotazníku č.1). Se zasahováním nároků povolání a jejich ovlivňováním rodinného a osobního života, se ztotožnily i sestry ve malajsijské studii. Uvedly, že právě tato skutečnost je jednou z hlavních příčin jejich konfliktu v subškále práce/rodina (Sabil et al., 2016). Pokud se zaměříme na vliv pohlaví a jeho vliv na vznik konfliktu pracovní a životní role, bylo výzkumným šetřením zjištěno, že mezi ženami a muži neexistuje statisticky významný rozdíl ve vnímání tohoto konfliktu. Tento fakt je pravděpodobně spojen se stále více ustupujícím tradičním postavením mužů a žen v české společnosti. Ženy pracují ve vysokých postech a budují si kariéru stejně tak, jako muži. Ti zase v důsledku pracovního vytížení své manželky přebírají péči o děti a domácnost. Nezřídka se stává, že muži nastupují na rodičovskou dovolenou, zatímco žena, která má vyšší příjem, zajišťuje finanční příjem rodiny. S naším výzkumem se ztotožňuje německá studie provedená u 269 nelékařských zdravotnických pracovníků, kde bylo též zjištěno, že genderové rozdíly nemají vliv jak na konflikt ve sféře práce/rodina, tak v subškále rodina/práce (Lukasczik et al., 2018). Ve Švédsku však bylo naopak

zjištěno, že muži vykazují nižší konflikt ve sféře práce/rodina než ženy (Leineweber et al., 2014). S tímto názorem švédské studie se též ztotožňuje studie provedena v Turecku, kde ženy vykazují vyšší míry konfliktu jak ve sféře práce/rodina, tak subškále rodina/práce. Pravděpodobně se zde projevuje vliv sociokulturních faktorů dané společnosti. V Turecku se stále významně uplatňuje tradičního postavení mužů jako živitelů rodiny, u nichž práce představuje primární doménu. Muži pracují často přesčas a tráví většinu svého života ve svém zaměstnání. Pracující ženy mají stále na prvním místě péči o rodinu a domácnost a právě z tohoto důvodu si více uvědomují konfliktnost svých rolí (Makale, 2018). S výsledky výzkumných šetření se též ztotožňuje studie z Malajsie, kde je zastávána tradiční orientace genderové role. Pozice muže a ženy jsou dány tradicí a považovány za odlišné a oddělené. Pouze v ¼ partnerských svazků zde existuje rovný přístup mezi mužem a ženou, přičemž u většiny žen představují požadavky rodiny a domácnosti jejich hlavní úkol dne, tudíž vykazují ve sféře práce/rodina vyšší konflikt než muži (Sabil et al., 2016). V čínské studii, které se zúčastnilo 487 respondentů z řad nelékařského zdravotnického personálu byl naopak zjištěn vyšší konflikt v opačném směru rodina/práce u respondentů mužského pohlaví. Vysvětlením by mohla být skutečnost, že čínští muži přebírají na svá bedra vyšší odpovědnost než ženy (Ding et al., 2018). U nelékařského zdravotnického personálu, který se zúčastnil tohoto výzkumného šetření nebyl zjištěn statisticky významný vliv přítomnosti dětí na konflikt ve sféře práce/rodina, ani v subškále rodina/práce. S tímto výsledkem se však neztotožňuje studie provedená v Quebecu u 402 respondentů z řad nelékařského zdravotnického personálu. Zde byl zjištěn vliv dětí na konflikt jak ve sféře práce/rodina, tak v subškále/rodina práce. Jako příčinu pociťování rozporu těchto dvou rolí uváděli respondenti častou nemocnost dětí, malé děti, nepřítomnost hlídání pro děti či postižené děti. Bylo též zjištěno, že tento rozpor má za následek vysokou fluktuaci zaměstnanců či úplný odchod ze zdravotnictví (Rhima et al., 2014). Ke stejnému závěru jako studie v Quebecu došel výzkum provedený na území Německa, kde zdravotní sestry mající děti vykazovaly vyšší konflikt jak ve sféře práce/rodina, tak opačném směru rozporu rodina/práce. Počet dětí navíc pozitivně koreloval s mírou konfliktu v obou sférách. Ukázalo se tedy, že děti jsou významným faktorem, který má negativní vliv na tuto problematiku inkompatibility rolí rodiče a nelékařského zdravotnického pracovníka. Vysvětlením by mohla být skutečnost, že německé ženy více touží po finančním zabezpečení rodiny, budují kariéru a děti si pořizují v čím dál tím více vyšším věku, přičemž se snaží o brzký návrat do svého zaměstnání. V Německu stále klesá porodnost a stále více žen preferuje pouze jedno dítě (Lukaszczik et al., 2018). Naopak výzkum provedený mezi zdravotními sestrami na území Ghany ukázal, že děti neměly vliv na míru konfliktu ani ve sféře práce/rodina, ani v subškále rodina/práce (Asiedu et al., 2017). Toto je velice zajímavé zjištění, poněvadž ženy v Ghaně mají vysoký počet dětí a též zde panuje silný důraz na péči o své blízké především o staré nemohoucí rodiče. Skutečnost, že děti v tomto případě neměly vliv na konflikt mezi rolemi je pravděpodobně způsobena tím, že starší děti se velice významně podílejí na chodu domácnosti. Výzkumným šetřením byl zjištěn vysoký vliv dvousměnného provozu na konflikt ve sféře práce/rodina. Nelékařský zdravotnický personál je díky nočním směnám unavený, vyčerpaný, což zasahuje do jejich soukromého života. Po nočních směnách jedinci spí během dne, nemohou se tudíž věnovat své rodině a osobnímu životu. Pokud soukromé aktivity plní na úkor svého odpočinku, má tato skutečnost negativní vliv na

jejich zdraví, stejně tak jako nepravidelný režim, který je se směnným provozem spojen. Nelékařský zdravotnický personál též pracuje během víkendů, svátků včetně těch Vánočních, kdy místo trávení času s rodinou a blízkými pečují o nemocné. Ke stejnému zjištění došla studie provedená v Chorvatsku u 129 zdravotních sester, kde byl zjištěn silný vliv dvousměnného provozu na konflikt v oblasti práce a rodiny. Respondentům nejvíce vadila únava a dlouhá pracovní doba, kdy matky již večer neměly dostatek energie na péči o domácnost a děti (Šimunič et al., 2012). Studie v Malajsii se ztotožňuje s touto skutečností velice významného vlivu dvousměnného provozu na konflikt v subškále práce/rodina, ale i v opačném směru, kdy rodina odmítá tolerovat nároky práce spojené se spánkem přes den po nočních směnách. Sestry zde pociťují v souvislosti s touto problematikou vysokou úroveň stresu a fyzickou zátěž (Sabil et al., 2016). Výzkum této práce však ve směru konfliktu v subškále rodina/práce nezjistil vliv dvousměnného provozu. I přes to, že rozdíl nebyl statisticky významný, vyšší bodového skóre vykazoval v této subškále personál pracující v 8hodinových ranních směnách. Zde se ukazuje naopak výhodnost směnného provozu ve smyslu plánování si osobních aktivit v běžném pracovním týdnu. Zatímco personál pracující na směny si může ve všedních dnech během dopoledních hodin zajišťovat své osobní potřeby jako je např. lékař, koníčky a nákupy, nelékařský zdravotnický personál pracující v pevných 8hodinových ranních směnách si musí tyto aktivity zařizovat až v odpoledních hodinách po pracovní době, kdy jsou již doma přítomny děti a organizace těchto aktivit je tudíž obtížnější. Ke stejnému názoru došla švédská studie, která zahrnovala 11 015 respondentů z řad nelékařského zdravotnického personálu. Zde byl též zjištěn negativní vliv směnného provozu a dlouhé pracovní doby na rodinný a osobní život, přičemž nebyl zaznamenán vliv dvousměnného provozu v subškále rodina/práce (Leineweber et al., 2014). S touto skutečností se však neztotožňuje chorvatská studie. Zde bylo zjištěno, že dvousměnný provoz má výrazný vliv i ve sféře rodina/práce (Šimunič et al., 2012). Výzkum dále poukázal na statisticky nevýznamný vliv rodinného stavu respondentů na rozpor rolí práce a rodiny v obou směrech. Příčinou je pravděpodobně chuť bezdětných jedinců bavit se, užívat si života, věnovat se svým koníčkům a též vyšší počet směn z důvodu potřeby finančně se zajistit. Ke stejnému výsledku došla opět Chorvatská studie, kde partnerský a manželský život též neměl vliv na konflikt práce/rodina. (Šimunič et al., 2012). K rozdílnému názoru dospěla však turecká, kde nelékařský zdravotnický personál žijící v partnerství či manželském svazku vykazoval vyšší míru konfliktu ve sféře práce/rodina než respondenti žijící sami (Makale, 2018). S výsledky tohoto tureckého výzkumu se však neztotožňuje čínská studie, kde nelékařský zdravotnický personál žijící sám vykazoval vyšší konflikt ve sféře práce/rodina než jedinci v partnerství či manželském svazku. Vysvětlením by mola být chybějící sociální podpora ze strany partnera/ky, kdy se jedinec nemá doma komu svěřit se svými pocity souvisejícími s profesí a na tento tlak své profese zůstávají sami (Ding et al., 2018). Výzkumem dále nebyl zjištěn vliv výše pracovního úvazku v subškále práce/rodina. Oproti tomu však ve sféře rodina/práce vykazoval vliv výše úvazku statisticky významných hodnot a představuje tedy v této subškále zdroj konfliktu. Pravděpodobně je tento vliv způsoben nutností přizpůsobovat směnný kalendář rodinným a soukromým záležitostem, které mohou souviset s návštěvou lékaře, úřadů, péčí o děti či zájmy a koníčky. Tento zdroj konfliktu byl též prokázán i u Malajských zdravotních sester, a to jak ve sféře práce/rodina, tak v oblasti konfliktu rodina/práce (Sabil et al.,

2016). Vysoké pracovné úvazky sa ukázali ako dôvod vzniku konfliktu vo sfére práce/rodina i u zdravotníckych sestier v štúdiu vykonanej v Ghaně. Pravdepodobnou príčinou je skutočnosť, že zde sestry pracujú viac než 44 hodín týždeň, majú dlhú pracovnú dobu a sú pripravené pomôcť svojim nemocným prakticky kedykoľvek.

V doméne subjektívnej pracovnej spokojnosti, nelékařtí zdravotníckí pracovníci v našej štúdiu vykazovali strednú úroveň. Respondenti najčastejšie uvádzali, že majú svoju profesiu radi, práca ich uspokojuje a sú hrdí na to, že môžu pomáhať iným ľuďom. Ztotožňujeme sa s Chorvátskou štúdiou, kde zdravotnícky sestry tiež dosiahli strednú úroveň spokojnosti (Šimunič et al., 2012). Vysokú úroveň subjektívnej pracovnej spokojnosti dosiahli podľa výskumu zdravotníckych sestier v Indonézii. Táto úroveň koreluje s mentalitou žien, ktoré na území Indonézie vykonávajú túto profesiu. Zde si úloha ošetrovateľa stále udržiava tradičné postavenie, ktoré predstavuje uprednostňovanie potrieb nemocného a poslanie nad svojimi vlastnými potrebami a osobným životom (Ikhwan et al., 2016). Naopak nízku úroveň pracovnej spokojnosti pociťovalo všetkých 13 sestier, ktoré sa zúčastnili iránskej štúdie pomocou štandardizovaného rozhovoru. Príčinou tejto nespokojnosti je nízke vzdelanie sestier v Iráne, pričom nedostatok znalostí v praxi im spôsobuje vysokú úroveň stresu. Ďalším dôvodom je pravdepodobne vysoké pracovné tempo sestier pracujúcich v iránskych nemocniciach a neúmerne veľký tlak na výkon zo strany managementu (Mousazadeh et al., 2019). Výskumom bolo ďalej zistené, že najvyššiu úroveň pracovnej spokojnosti uvádzali respondenti vo veku 40-49 rokov. Mierne pozitívne korelácie medzi vekom a pracovnou spokojnosťou sa ukázala vďaka výskumu vykonanému vo Slovinsku u 509 respondentov z radov nelékařského zdravotníckeho personálu. Lze teda povedať, že na území Slovinska u nelékařského zdravotníckeho personálu s vekom rastie tiež pracovná spokojnosť (Lorber et al., 2012). Na pracovnú spokojnosť sa tiež prejavil vliv partnerského života, keď respondenti žijúci v partnerstve či v manželstve dosahovali najvyššieho bodového skóre vo vysokej úrovni spokojnosti. S našimi výsledkami sa ztotožňuje čínska štúdia, kde najnižšiu subjektívnu pracovnú spokojnosť dosahovali svobodní respondenti. Nízka pracovná spokojnosť zde korelovala s vyššou mierou konfliktu vo sfére práce/rodina. Túto skutočnosť si tiež môžeme vysvetliť nedostatkom sociálnej podpory z dôvodu chýbajúceho partnera (Ding et al., 2018). Našej štúdiou bolo zistené, že najvyššiu pracovnú spokojnosť v oblasti vzdelania dosahovali stredoškolsky vzdelaní jedinci. V slovenskej štúdiu bolo naopak zistené, že čím vyššieho vzdelania respondenti dosahovali, tým vyššiu udávali subjektívnu pracovnú spokojnosť. Táto skutočnosť súčasne súvisí s ďalším zistením na území Slovinska, keď vedúci pracovníci vo väčšine prípadov dosahovali vysokoškolské vzdelanie, s čímž koreluje tiež skutočnosť, že pracovníci vo vedúcich pozíciách pociťujú vyššiu úroveň pracovnej spokojnosti (Lorber et al. 2012). Toto zistenie však nemusí súvisieť iba so vzdelaním, nýbrž i s pevnou pracovnou dobou na 8-hodinové ránné smeny, vyšším finančným ohodnotením a možnosťou zúčastniť sa rozhodovacích procesov. Pokiaľ sa v našom výskume zameriame na pracovníkov vo vedúcich pozíciách zistíme, že dosahujú prevažne strednú úroveň spokojnosti. V oblasti spokojnosti spojené s dvousmerným provozom a rannými službami bolo zistené, že vyššieho bodového skóre a tým vyššiu spokojnosť dosahoval personál pracujúci v 8-hodinových ranných smenách. Ke rovnakému výsledku dospela i slovenská štúdia, keď pracovníci v ranných smenách vykazovali vyššiu spokojnosť než personál pracujúci vo dvousmernom provozu (Lorber et al., 2012). Dôvody tohto zistenia môžu

být hned niekoľik. Pravidelný režim má pozitívny vliv na zdravie jedinca, ktorý není vystavován fyzické a psychické záťaži nočných směn. Díky pevné pracovní 8hodinové pracovní době mají odpoledne čas na rodinu a své zájmy a koníčky. Další příčinou může být fakt, že kromě nelékařského zdravotnického personálu, který pracuje v ambulancích, vykonává ranní směny též vedoucí personál, který v naší studii dosahuje střední úrovně spokojenosti a ve slovinské dokonce nejvyšší pracovní spokojenosti oproti ostatním respondentům pracujících u lůžka nemocného.

Porovnáním vzájemných korelací jednotlivých domén dotazníku ProQL-CZ s konfliktem ve sféře práce/rodina byla zjištěna středně silná korelace, z čehož vyplývá, že tento konflikt je jedním z rizikových faktorů vzniku syndromu vyhoření u nelékařského zdravotnického personálu. Ztotožňujeme se se studií provedenou v Číně u 1332 zdravotních sester, kde byl též prokázán vliv tohoto konfliktu na vznik syndromu vyhoření. Příčinou byl stres, který plynul z konfliktního stavu u nelékařského zdravotnického personálu (Wang et al., 2012). Ke stejnému závěru dospěla i studie v Quebecu, kde byl konflikt jak ve sféře práce a rodiny, tak v opačné subškále označen za výrazný stresor a též rizikový faktor vzniku syndromu vyhoření (Rhima et al., 2014). Studie provedena mezi 329 zdravotními sestrami na území Turecka potvrdila vliv konfliktu práce a rodiny na vznik syndromu vyhoření především pro svoji stresovou záťaž, ze které plynou i další rizika jako je pochybení v péči o pacienta, vlastní poranění, pokles pracovní efektivity a s tím souvisí snížení kvality ošetrovateľské péče (Makale, 2018). Z předchozími výzkumy se ztotožňuje studie provedena v Číně, kde byl též zjištěn výrazný vliv konfliktu jak ve sféře práce/rodina, tak v subškále rodina/práce na vznik syndromu vyhoření u nelékařského zdravotnického personálu, jehož rozvoj je ještě více umocněn urputnou pracovitostí čínské populace (Hao et al., 2015). Jiná studie u 307 respondentů provedená v Jihozápadní Číně odhalila též vysokou míru korelace mezi konfliktem v subškále práce/rodina a syndromem vyhoření. Respondenti zde uváděli za největší příčinu konfliktu v této sféře faktory související s nedostatkem času (Yang et al., 2017). Studie v Ghaně, provedená u 134 sester odhalila vliv ve sféře rodina/práce na syndrom vyhoření, nikoliv však ve sféře práce/rodina (Asiedu et al. 2017). Zatímco naším výzkumným šetřením nebyla zjištěna korelace mezi dimenzí sekundárního traumatického stresu a konfliktu ve sféře práce/rodina, výzkum provedený v Indonésii u 108 zdravotních sester tuto korelaci potvrdil. Byl zde zjištěn vysoký vliv sekundárního traumatického stresu na rodinný a soukromý život nelékařských zdravotnických pracovníků, tudíž je zde označován jako jeden z rizikových faktorů této problematiky (Ikhwan et al. 2016). Pracovní spokojenost byla zkoumána též ve Švédsku napříč nemocničními zdravotnickými zařízeními ve Stockholmu, kde byla zjištěna skutečnost, že pracovní spokojenost velice významně koreluje s mírou konfliktu ve sféře práce/rodina. Lze tedy říci, že čím větší spokojenost zaměstnanci v rámci svého pracoviště pociťovali, tím nižší bylo riziko vzniku konfliktu pracovního a rodinného prostředí (Leineweber et al., 2014). Na základě výsledků výzkumu, se však s tímto tvrzením o vzájemné korelaci neztotožňujeme, poněvadž bylo zjištěno že není žádná nebo jen velmi malá.

ZÁVĚR

Práce se zabývala konfliktem rodinného a pracovního života u nelékařských zdravotnických povolání. V souvislosti s touto problematikou bylo u respondentů z řad

nelékařského zdravotnické povolání provedeno výzkumné šetření napříč celou Českou republikou. Následná analýza získaných dat odhalila vliv některých demografických faktorů na konflikt v těchto dvou sférách, rizikové faktory vzniku rozporu v profesní a soukromé sféře. Vyplynul statistický významný rozdíl mezi mírou konfliktu ve sféře práce/rodina a subškále rodina/práce. Bylo zjištěno, že práce a nároky s ní spojené velice významně zasahují do rodinného a osobního života respondentů. Dále byl potvrzen vliv některých demografických faktorů na vznik této problematiky. V oblasti práce a rodiny byl zjištěn statisticky významný vliv směnného provozu na rodinu zdravotnického personálu, který je spojen s únavou, časovou tísní, tělesným a duševním zdravím. Navzdory našemu očekávání nebyl potvrzen vliv přítomnosti dětí a rodinného stavu dotázaných ani v jedné ze subškál. V souvislosti s počtem dětí však bylo zjištěno úměrné snižování si pracovního úvazku. Právě výše pracovního úvazku byla statisticky významná v oblasti konfliktu v subškále rodina/práce. Čím vyšší úvazek respondenti zastávali, tím vyšší byl pociťovali tlak ze strany rodinného a soukromého života. Výzkumem nebyl potvrzen statisticky významný vliv pohlaví na konflikt ani v jedné sféře.

Výzkumem byla dále zjištěna střední úroveň pracovní spokojenosti nelékařského zdravotnického personálu. Následnou analýzou bodových skóre otázek dotazníku Quality of professional life (ProQL-CZ) a příslušných otázek vypovídajících o této doméně byly porovnány jednotlivé demografické faktory s touto problematikou. Dále byla prokázána vzájemná korelace mezi jednotlivými doménami ProQL-CZ a též mírou konfliktu v oblasti práce a rodiny. Byla zjištěna velmi silná korelace mezi doménami sekundárního traumatického stresu a syndromu vyhoření a též mezi konfliktem ve sféře práce/rodina a vznikem syndromu vyhoření. Z tohoto zjištění vyplývá, že konflikt v této oblasti je rizikovým faktorem pro vznik syndromu vyhoření, jež je jedním z důvodů odchodu personálu z pomáhajících profesí. Mezi subjektivní pracovní spokojeností a ostatními doménami včetně konfliktu práce/rodina nebyla nalezena žádná nebo jen velmi slabá korelace.

Nelékařský zdravotní pracovník na území ČR pociťuje střední spokojenost se svým zaměstnáním a nejčastěji se v subškále spokojenosti ztotožňoval s tvrzením, že má rád svoji pomáhající profesi, práce mu přináší uspokojení a je hrdý na to, že může pomáhat ostatním. Naopak nejvíce naše české nelékařské pracovníky ovlivňuje dopad směnného provozu, což má za následek nejen rozpor v osobním životě, ale též negativní dopad na zdraví jedince.

Důležité je si uvědomit též silná vliv konfliktu pracovního a rodinného života na vznik syndromu vyhoření, který představuje u pomáhajících profesí významný problém. Úkolem managementu je eliminovat faktory plynoucí z pracovního prostředí a vytvářet příjemné klima a nekonfliktní vztahy na pracovišti. Vždy je důležitý zájem o podřízené, komunikace a empatie. Je důležité si uvědomit, že za spokojeným personálem stojí kvalitní manager.

Prohlášení

Příspěvek byl zpracován v rámci zpracování diplomové práce Univerzity J.E.Purkyně, Oddělení magisterských studijních programů pod názvem „Konflikt rodinného a pracovního prostředí u nelékařských zdravotnických povolání“. Čestně prohlašuji, že článek v této podobě nebyl a nebude publikován v jiném časopise.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

ARMSTRONG, G.S., ATKIN-PLUNK, C. and WELLS, J. The Relationship Between Work–Family Conflict, Correctional Officer Job Stress, and Job Satisfaction. *Criminal Justice and Behavior*. 2015; 42(10), 1066-1082. ISSN: 1552-3594.

ASIEDU, E., ANNOR., F., AMPONSAH-TAWIAHL, K. and DARTEY-BAA, K. Juggling family and professional caring: Role demands, work– family conflict and burnout among registered nurses in Ghana. *Nursing Open*. 2018; [online]. [cit. 2021-25-04]. 611–620. <https://doi.org/10.1002/nop2.178>

BAGGER, J., REB, J. and LI, A. Anticipated Regret in Time-based Work-family Conflict. *Journal of Managerial Psychology*. 2013; 29(3), 304-320. ISSN: 0268-3946.

BALJON, R., BANJAR, H., A. and BANAKHAR, M. Nurses' Work Motivation and Factors Affecting It: A Scoping Review. *International Journal of Nursing & Clinical Practices*. 2018; 5 (277),1-10. ISSN 2394-4978.

DALL'ORA, CH. and DAHLGREN, A. Shift work in nursing: closing the knowledge gaps and advancing Innovation in practice. *US National Library of Medicine* 2020; [online]. [cit. 2021-29-03]. Dostupné z: <https://translate.google.com/translate?hl=cs&sl=en&tl=cs&u=https%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2Fpmc%2Farticles%2FPMC7413124%2F&anno=2&prev=search>

DAŇKOVÁ, M. Zdravotníci se bojí přiznat si problém. Mají strach o svoji společenskou pozici 2020; [online]. [cit. 2021-21-03]. Dostupné z: <https://magazin.aktualne.cz/terapeut-zdravotnici-se-boji-priznat-problem-maji-strach-o-s/r~694da71e33c711ebb408ac1f6b220ee8/>

DE LA FUENTE, G., A., VARGAS, C., SAN LUIS, C., GARCIA, I., CANADAS, R., G. and DE LA FUENTE, E. Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *International Journal of Nursing Studies*. 2015; 49 (1), 240-249. ISSN 0020-7489.

DEPARTMENT OF HEALTH. *Latex Allergy Information*. 2017; [online]. [cit. 2021-24-03]. Dostupné z: https://www.health.ny.gov/environmental/indoors/food_safety/latex/

DING, X., YANG, Y., SU, D., ZHANG, T., LI, L. and LI, H. Can Job Control Ameliorate Work-family Conflict and Enhance Job Satisfaction among Chinese Registered nurses? A Mediation Model. *International Journal of Emerging Markets*. 2018; 9(2). ISSN 1746-8809

DIOSCORIDI, L. and CARRISI, CH. COVID-19 exposure risk for family members of healthcare workers. *International Journal of Infectious Diseases*, 2020; vol.98.,287-289. ISSN 1201-9712.

GONELLI, C., AGUS, M. and RAFFAGNINO, R. Work-Family Conflict in Nursing: The Role of Work Schedules, Familial Antecedents and Emotional Regulation. *Open Journal of Medical Psychology*. 2018; 7 (4). ISSN 2165-9389.

GRIGGS, T., L., CASPER, W., J., and ELBY, L. Work, family and community support as predictors of work–family conflict: A study of low-income workers. *Journal of Vocation Behavior*. 2013; 82 (1), 59-68. ISSN: 0001-8791

HAO, J., WU, D., LIU, L., XIRUI, L. and WU, H. Association between Work-Family Conflict and Depressive Symptoms among Chinese Female Nurses: The Mediating and Moderating Role of Psychological Capital. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2015; 12, 6682-6699. ISSN 1660-4601.

HASLAM, D., FILUS, A., MORAWSKA, A., SANDERS, M. and FLETCHER, R. The Work-Family Conflict Scale. *Child Psychiatry & Human Development*. 2014; 46 (3), 346-357. ISSN 1573-3327

HONG, L., ZHAO, Y. and WHILE, A. Job satisfaction among nurses: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*. 2019; 94 (6), 21-31. ISSN 0020-7489.

CHARKHABI, M., SARTORI, R. and CESCHI, A. Work–family conflict based on strain: The most hazardous type of conflict in Iranian hospitals nurses. *SA Journal of Industrial Psychology*. 2014; 42(1). ISSN: 0258-5200.

JÁNSKÁ, J. Stres v rodině má negativní vliv i naděti. Jak se proti němu účinně bránit. 2020; *Lifee.cz* [online]. [cit. 2021-27-02]. Dostupné z: https://www.lifee.cz/psychologie/jaky-negativni-vliv-ma-stres-v-rodine-na-deti-a-jak-se-proti-nemu-ucinne-branit_3054.html

IKHWAN, M. and HAERUDDIN, M. The Cat's in the Cradle: 5 Personality types' Influence on Work-Family Conflict on Nurses. 2016; *Economics & Sociology*. 9(3). ISSN 2071-789X.

ŠIMUNIČ, A. and GREGOV, L. Conflict between Work and Family roles and Satisfaction among Nurses in different Shift Systems in Croatia: A Questionnaire Survey. 2012; *Archives of Industrial Hygiene and Toxicology*. 63 (2), 189-197. ISSN 1848-6612.

JOHNSON & JOHNSON. „Why 2020 Will Forever Be the Year of The Nurse“: A Look Back on How Pandemic Has Impacted Nursing. 2020; [online]. [cit. 2021-29-03]. Dostupné z: <https://www.jnj.com/caring-and-giving/impact-of-covid-19-on-nursing-in-2020>

KUBIŠOVÁ, M. *Psychosociální intervenční služba* 2016; [online]. [cit. 2021-01-03]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/3397168-Psychosocialni-intervencni-sluzba-pis-mgr-kubisova-michaela-zzs-kraje-vysocina.html>

LEINEWEBER, C., CHUNGKHAM, A., WESTERLUND, H., TISHELMAN, B., C. and LINDQVIST, R. Hospital organizational factors influence work–family conflict in registered nurses: Multilevel modeling of a nation-wide cross-sectional survey in Sweden. 2014; *International Journal of Nursing studies*. 51, 744-751. ISSN 0020-7489.

LORBER, M. and SAVIČ, B., S. Job satisfaction of nurses and identifying factors of job satisfaction in Slovenian Hospitals. 2012; *Croatian Medical Journal*. [online]. [cit. 2021-25-04]. 53(3), 263-270. PMID: 22661140

LOSCALZO, Y., RAFFAGNINO, R., GONELI, C. and GIANNINI, M. Work-Family Conflict Scale. 2019; *Sage journals*. 9 (3) [online]. [cit. 2021-03-04]. Dostupné z: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2158244019861495>

LUKASCZIK, M., ATHNERT, J., VOGEL, H., DONATH, C., ENGER, I., HEYELMANN, L., LUX, H., MAURER et al. Compatibility of Work and Family Life of Employees in the Healthcare Sector: An Issue in Health Services Research. 2017; *Gesundheitswesen*.80, 511-521. ISSN 0941-3790.

MACPHEE, M. and SVENDSEN BORA, L. Flexible Work Practices in Nursing. *International Council of Nurses*. 2012; Geneva: International Centre for Human Resources in Nursing. ISBN 978-92-95094-93-2

MAKALE, O. Work-family conflict in nurses in a university hospital the relationships between organizational silence and perception of social support. 2018; *Journal of Psychiatric Nursing*. 9 (3), 195-204. ISSN 2149-374X

MARDON, M., E. *Experiences of Clients at a Counseling Centre of Work-Home Interaction*. 2015; University of Pretoria, Faculty of Humanities. Dissertation submitted.

MC.DOWALL, K., MURPHY, E. and ANDERSON, K. The impact of shift work on sleep quality among nurses. 2017; *Occupational Medicine*. 67(8), 621-625. ISSN 0962-7480.

MEI-LING, W. and LI-JANE, T. Work-Family Conflict and Job Performance in Nurses. 2014; *The Journal of Nursing Research*. 22(3), 200-207. ISSN 1682-3141

MERCOLA, J. *Dr. Oz: Investigates the Hazards of Dental Amalgams*. 2013; [online]. [cit.2021-25-03]. Dostupné z: <https://articles.mercola.com/sites/articles/archive/2013/04/16/dr-oz-amalgam-segment.aspx>

MOUSAZADEH, S., YEKTALAB, S., MOMENNASAB, M. and PARVIZY, S. Job Satisfaction Challenges Of Nurses In The Intensive Care Unit: A Qualitative Study. 2019; *Risk Management and Healthcare Policy*.12, 233-242. ISSN 1179-1594.

MOUSTAKA, E. and CONSTANTIDINIS, T. Sources and effects of work-related stress in nursing. 2021; *Health Science Journal* [online]. [cit. 2021-25-03]. Dostupné z : <https://www.hsj.gr/medicine/sources-and-effects-of-workrelated-stress-in-nursing.php?aid=3575>

NOURI, K. *Lasers in dermatology and medicine*. 2011; New York: Springer. ISBN 978-085-7292-803.

RHNIMA, A., WILS., T., POUSA, C., E. and FRIGON, M. Conflits travail-famille et intention de quitter dans le domaine de la santé Work-Family Conflicts and Intention to Quit in the Health Sector Conflictos trabajo – familia e intención de dejar el empleo en el sector de la salud. 2014; *Relations industrielles, Industrial Relations*.69 (3). 476-500. ISSN 1703-8138.

RIEDL, E. M. and THOMAS, J. The moderating role of work pressure on the relationships between emotional demands and tension, exhaustion, and work

engagement: an experience sampling study among nurses. 2019; *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 28 (3), 414-429. ISSN 1464-0643

ROYAL COLLEGE OF NURSING. *Spinning plates – working flexibly to support a healthy work-life balance: a guide for RCN representatives*. 2015; London: Royal College of Nursing. ISBN 0345–772–6100

STEPHENS, R. and GRZYVACZ, J. Facilitation Work-Family. *Michalos AC Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*. 2014; Springer: Dordrecht. ISBN: 978-94-007-0753-5.

VAN LAAR, D., EDWARDS, J.A. and EASTON, S. The Work-Related Quality of Life scale for healthcare workers. In *Journal of advanced nurses*. 2007; 60(3), 325-333. [online]. [cit. 2021-03-04] Dostupné z: The Work-Related Quality of Life scale for healthcare workers - PubMed (nih.gov)

VAN VACTOR, D.J. Collaborative leadership model in the management of health care. *Journal of Bussines Research*. 2011; 65(4), 555-561. ISSN 0148-2963

VINOPAL, J. Indikátor subjektivní kvality pracovního života. *Sociologický časopis/Czech Sociological Review*. 2011; Roč.47, č.5., s.937-968. Praha: Sociologický ústav. ISSN 0038-0288.

WANG, Y., CHANG, Y., FU, J. and WANG., L. Work-family conflict and burnout among Chinese female nurses: the mediating effect of psychological capital. *BMC Public Health*. 2012; 915 (12). ISSN 1471-2458

YANG, S., LIU, D., LIU H., ZHANG, J. and DUAN, Z. Relationship of work-family conflict, self reported social support and job satisfaction to burnout syndrome among medical workers in southwest China: A cross-sectional study. *PLOS ONE*. 2017; 12 (2). e0171679. doi:10.1371/

ZHANG, M., GRIFFETH, R.W. and FRIED, D. Work-family conflict and individual consequences. *Journal of Managerial Psychology*. 2012; 27(7)., 696-713. ISSN 0268-3946

ARTETERAPIA, PARADIVADELNÉ SYSTÉMY TERAPEUTICKEJ POVAHY

ART THERAPY, THE SYSTEMS OF THERAPEUTIC NATURE IN PARATHEATRE

KUŠNÍROVÁ Eva¹, KRÁLOVÁ Eva²

¹ *Filozofická fakulta, Prešovská univerzita v Prešove*

² *Fakulta zdravotníctva, Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne*

Abstrakt

Arteterapia je špecifický druh terapie, ktorý sa zameriava na rozvoj tvorivých schopností, citového vývinu, medziľudských vzťahov duševne, telesne alebo sociálne narušených jedincov. V systéme členenia rehabilitácie v psychiatrii je zaradená do kategórie kultúrno-rekreačných činností. Divadlo a dráma patria k paradiadelným systémom, ktorých účelom je praktické využitie ako edukačný prostriedok alebo ako prostriedok liečby. Poslaním autoterapií v detských nemocniciach je motivovať deti k hre, prostredníctvom ktorej eliminujú ich úzkosť či strach z operácie a liečebných zákrokov. Odpútavanie od strachu a úzkosti spojené s liečbou prispieva k zlepšeniu zdravotného stavu detských pacientov, prinášajú im potešenie a chuť k väčšej aktivite.

Kľúčové slová: Arteterapia. Psychodráma. Psychogymnastika. Teatroterapia.

Abstract

Art therapy is a specific type of therapy that focuses on the development of creative abilities, emotional development, interpersonal relationships of mentally, physically, or socially disturbed individuals. In the classification system of rehabilitation in psychiatry, it belongs to the category of cultural and recreational activities. Theatre and drama belong to paratheatrical systems, the purpose of which is their practical use as an educational tool or as a means of treatment. The mission of autotherapy in children's hospitals is to motivate and stimulate children to play, through which they eliminate their anxiety or fear of surgery and clinical procedures. Releasing fear and anxiety associated with treatment contributes to the improvement of the health condition of paediatric patients. The bring them pleasure and desire for more activity.

Key words: Art therapy. Psychodrama. Psychogymnastics. Drama therapy.

V súčasnosti sa arteterapia stáva čoraz viac frekventovanou oblasťou výskumu nielen v zahraničnom ale i domácom kontexte. **Arteterapia** sa v širšom slova zmysle chápe ako liečba umením, využíva najrôznejšie druhy umenia (výtvarné, hudobné, slovesné, divadelné a i.). Slovné spojenie *Art's therapy* prvýkrát použil francúzsky neurológ Jean Martin Charcot v 2. polovici 19. storočia. V liečbe umením sa rozlišuje arteterapia (terapia výtvarným umením), muzikoterapia, biblioterapia (metódy tvorivého písania), dramatoterapia, psychogymnastika či psychopantomíma, danceterapia (liečba tancom), choreoterapia, sociodráma a psychodráma. Ide o špecifický druh psychoterapie, ktorý sa zameriava na rozvoj tvorivých schopností, citového vývinu, medziľudských vzťahov duševne, telesne alebo sociálne narušených jedincov. Je jednou z aplikovaných psychoterapeutických foriem. Kratochvíl (1976) definuje psychoterapiu ako liečebné pôsobenie psychologickými prostriedkami na chorobu, poruchu alebo anomáliu.

Situácia arteterapie na Slovensku je pomerne nejednoznačná, a to z dvoch dôvodov. Prvým dôvodom je nejednotnosť v definovaní tohto pojmu a druhým **štatút arteterapeuta**, ktorý nie je jednoznačne oficiálne ustanovený. Asociácia slovenských arteterapeutov (ASA) sa snaží napomôcť etablovať profesiu arteterapeuta, vytvárať a v praxi zavádzať štandardy kvality pre profesionálnu arteterapeutickú prácu. Momentálne nie je táto profesia na Slovensku zaradená do zoznamu profesií, nemáme ani inštitúciu, ktorá by bola oprávnená posudzovať vzdelanie a vydávať certifikáty arteterapeutom.

Arteterapia je chápaná ako terapia, ktorá pôsobí umením na estetické city u duševne chorých. V systéme členenia rehabilitácie v psychiatrii je zaradená do kategórie kultúrno-rekreačných činností. **V širšom ponímaní** sa teda arteterapii prisudzuje status doplnkovej liečby. Z tohto dôvodu je včleňovaná do vyhranených psycho-terapeutických prístupov ako ich dielčia technika. Arteterapia **v užšom ponímaní** plní nielen podpornú úlohu pri aplikácii iných liečebných metód, porúch a chorôb, najmä v detskom veku, pričom môže byť aj nosnou terapeutickou metódou.

V ďalšej rovine sa pojem arteterapia používa pri označení výtvarných činností v terapeuticko-výchovnom procese v prevýchove, penitenciárnej praxi, rehabilitácii alebo ako relaxačná metóda. Podľa počtu zúčastnených sa delí na **individuálnu** a **skupinovú**. Podľa toho na aký druh duševnej poruchy resp. choroby ju využívame, podľa stupňa určitosti tém poznáme arteterapiu **didaktickú** a **spontánnu, pasívnu** (vnímanie diela) a **aktívnu** (proces tvorby). Skusilová (1993) teoreticky diferencuje arteterapiu v dvoch navzájom sa podmieňujúcich a doplňujúcich rovinách:

1. **Liečebná a rehabilitačná arteterapia**, ktorá umožňuje človeku relaxovať prostredníctvom umeleckých aktivít, najmä cez spontánnu tvorbu.
2. **Diagnostická arteterapia**, ktorá sprostredkúva terapeutovi informácie o klientovom objektívnom vnútornom rozporení. Deje sa to prostredníctvom vnútorného obsahu umeleckých prejavov a prostredníctvom spôsobu, akým sa klient k výsledku svojho výtvoru dopracoval. Metodika arteterapie v širšom slova zmysle sa využíva nielen v liečebných a doliečovacích zariadeniach pre psychické alebo psychosomatické poruchy a ochorenia, ale aj v nápravno-výchovných zariadeniach, detských domovoch, v pomocných školách a i.

Využívaním techník jednotlivých umeleckých druhov sa liečebný priestor rozširuje smerom k obrodeniu osobnosti. Podľa Pavlovského (2004, s. 269) „*Silné kreatívne zaujetie a spontaneita s jistým pracovným úsilím môže dosáhnout u duševně postižených značný tvůrčí až umělecký potenciál.*“ Už Aristoteles rozoznával emocionálne stavy a odporúčal ich nacvičovanie divadlom. 14 emócií, ktoré filozof identifikoval sú: strach, dôvera, hnev, priateľstvo, pokoj, nepriateľstvo, hanba, nehanebnosť, súcit, láskavosť, závišť, hnev, emócie a opovrhnutie. Vo svojom diele *Poetika* zdôrazňoval predovšetkým katarzné účinky divadla pri pôsobení na city človeka, spočívajúce vo zvláštnom očistení. Aristoteles definoval „*katarziu ako duševný proces očistenia sa od nahromadených vášní, nezdravých pocitov a negatívnych emócií. Katarziu dosahuje divák pri vyvrcholení dramatického deja, keď predtým zažil strach a súcit s hrdinami príbehu (podľa gréckeho antického myslenia hudba a dráma pôsobia liečivo, pretože očisťujú, oslobodzujú dušu).* Z psychologického hľadiska ide o ozdravný zážitok, uvoľnenie napätia a úzkosti, zbavenie sa pocitov viny a výčitiek svedomia vyjadrením či znovuprežitím minulých zážitkov (spravidla v hypnotickom stave). V psychoanalytickej teórii oslobodenie sa od

*duševných konfliktov, vnútorného napätia, stresových stavov a nahromadenej agresie, základ **katarznej metódy** využívajúcej emocionálne znovuprežitie predvedomých a nevedomých obsahov ako účinný faktor psychoterapie“* (Encyclopaedia Beliana, 2017).

Divadlo a dráma sú využívané aj k iným ako divadelným účelom, ktoré sú označované ako paradivadelné systémy, javy. Ide o účely, ktoré prvotne nesledujú umeleckú hodnotu či estetický zážitok, ale ide o ich praktické využitie, t. j. ako **edukačný prostriedok** alebo ako **prostriedok liečby** (terapie). Pozornosť je sústredená na paradivadelné systémy terapeutickéh povahy (psychodráma, sociodráma, psychogymnastika, teatroterapia a iné paradivadelné systémy, javy). Mnohé psychoterapeutické prístupy využívajú dramatické postupy v terapii svojich klientov buď priamo alebo sprostredkované.

V súčasnosti sa stretávame na detských oddeleniach nemocníc s kvalifikovanými pracovníkmi, ktorých poslaním je udržiavať prirodzený vývoj detí a mladistvých hospitalizovaných v nemocnici, motivovať deti k hre prostredníctvom, ktorej môžu eliminovať ich úzkosť či strach z operácie či liečebných zákrokov (Valenta, 2001). Na detských oddeleniach sa stretávame aj s postavou klauna Červený nos (Clowndoctors), ktorý v stresujúcom prostredí nemocnice prináša deťom uvoľnenie, radosť a zábavu. Podporujú psychickú pohodu detských pacientov a tým prispievajú k zlepšeniu ich celkového zdravotného stavu, odpútavajú ich od strachu, napätia a úzkosti spojenej s liečbou. Okrem detského pacienta sa venujú aj seniorom a prinášajú im potešenie a hlboký emotívny zážitok, ktorý im dodá chuť k väčšej citovej, duševnej i fyzickej aktivite. Americký herec, profesionálny klaun Gary Edwards v roku 2001 založil organizáciu Zdravotný klaun v Českej republike a v roku 2004 občianske združenie Červený nos (Clowndoctors) na Slovensku. Edwards prvýkrát navštívil nemocnicu ako klaun v roku 1976. Odvtedy vyučuje a pomáha pri rozvoji projektov zameraných na klaunovanie v nemocniciach po celom svete. Červený nos Clowndoctors je súčasťou medzinárodnej organizácie Red Noses International, ktorá zastrešuje 11 organizácií profesionálnych zdravotných klaunov z rôznych krajín.

Psychodráma je dramatická improvizácia s terapeutickým účelom, kedy klient dramatizuje svoje zážitky, priania, postoje a fantáziu. Psychodráma sa pri výbere techník viacmenej drží osvedčených techník Jacoba Levy Morena ako napríklad hranie vlastnej roly, sebaaprezentácia a monológ, projekcia, dvojník, dablér a alter ego, zrkadlo a i. Psychodráma sa taktiež využíva na preniknutie klienta do minulých traumatických zážitkov, k ich rozkrývaniu a vyplavovaniu na povrch, tak aby bolo možné ich pomenovať. Kratochvíl (1995) poukazuje na využitie psychodrámy v parxi tromi spôsobmi:

- ako prostriedok k odreagovaniu a získaniu emočnej korektívnej skúsenosti;
- ako prostriedok k ujasneniu si pacientových skrytých motívov a nepriaznivých prianí;
- ako možnosť vyskúšať si rôzne formy konfliktných situácií.

Realizuje sa pomocou režiséra, protagonistu (jedinec), pomocných hercov, publika a javiska (Valenta et al, 2021). Psychodrámu riadi väčšinou psychológ či psychiater.

Sociodráma je zameraná na hranie rolí v situáciách, ktoré obsahujú iné socionormy a hodnoty a v podstate sa zameriava na problémy skupiny a jej členov. Problémy, ktoré sociodráma pomáha riešiť sú:

- problémy vzniknuté vo vnútri skupiny ako je komunikácia, vzťahy, ktoré bránia riadnemu fungovaniu skupiny a
- problémy mimo skupiny.

Zámerom sedení, pri ktorých sa zaoberajú problémami vo vnútri skupiny, je odstránenie konfliktov v skupine, zlepšenie komunikácie, prípadne porúch správania jednotlivcov. Problémy mimo skupiny teda problémy kultúrno-spoločenského charakteru a to medziľudské vzťahy, rasové a etické problémy, sociálne pravidlá a normy a v neposlednom rade rodina a priateľstvá (Valenta, 1999).

Psychogymnastika, používa sa aj označenie psychopantomíma, je nonverbálne vyjadrenie situácie a vzťahov prostriedkami pantomímy. Typickou témou psychogymnastiky je napr. „zakázané ovocie“, ku ktorému klienti svoj vzťah vyjadrujú pantomimickým prehrávaním si konfliktu. Na jednej strane je túžba po dosiahnutí istej hodnoty; na druhom póle sú morálne a spoločenské dôvody, ktoré bránia klientovi dosiahnuť túto hodnotu (Kratochvíl, 1987).

Teatroterapia je terapeutický proces, pri ktorom pacienti tvorivo využívajú divadelné prostriedky alebo iba cielene vnímajú divadelné dielo. Ide o hraničnú disciplínu, ktorá vychádza zo spoločenských vied a náuk ako psychológia, psychiatria, teatrologia, estetika, psychopedagogika a ďalšie. Začiatkom 80. rokov sa v kultúrnom živote objavuje nový fenomén, divadlo hrané sluchovo, telesne, mentálne a psychicky postihnutými deťmi. Začínajú vznikať divadelné súbory s prevažne mentálne postihnutými hercami (Anglicko, Francúzsko, Španielsko, Holandsko a i.). V 90. rokoch vzniká Bohnická divadelná spoločnosť v Prahe, na pôde psychiatrickej liečebne v Bohniciach. Na Slovensku je známe Divadlo z pasáže v Banskej Bystrici. Najčastejšou cieľovou skupinou teatroterapie sú osoby s mentálnou retardáciou, s psychickými poruchami, jedinci s poruchami správania, ľudia bez domova, ktorí trpia odcudzením a stratou identity, a jedinci s problémami so závislosťou.

Zoznam bibliografických odkazov

Encyclopaedia Beliana. Slovenská všeobecná encyklopédia. Vyd. Bratislava: Encyklopedický ústav SAV. ISBN 978-80-89524-30-3. [cit. 2022-11-16]. Dostupné na internete: <https://beliana.sav.sk/heslo/katarzia>

KRATOCHVÍL, S. *Psychoterapie*. Praha: Avicenum, 1976.

KRATOCHVÍL, S. *Psychoterapie: směry, metody, výskum*. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1987.

KRATOCHVÍL, S. *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha: Galén, 1995. ISBN 8072620967.

PAVLOVSKÝ, P. *Teatrologický slovník*. 1. vyd. Praha: Libri, 2004. IBSN 80-7277-194-9.

SKUSILOVÁ, Ľ. *Arteterapia ako problém a prax*. (Diplomová práca). Prešov: Filozofická fakulta Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, 1993..

VALENTA, M. a kol.. *Dramaterapie*. Praha: Portál, 2021. ISBN 978-80-262-1715-2.

II. A b s t r a k t y

THE MENTAL HEALTH OF PERSONS WITH ALCOHOL DEPENDENCE – POLISH POPULATION

CZARNECKI Damian¹, ZIÓŁKOWSKI Marcin¹, DŁUGOSZ Anna², CHODKIEWICZ Jan³,
WASZKIEWICZ Napoleon⁴, KUŁAK-BEJDA Agnieszka⁴, GORZKIEWICZ Marta⁵,
BUDZYŃSKI Jacek⁶, JUNKIERT-CZARNECKA Anna⁷, SIOMEK-GÓRECKA Agnieszka⁸

¹Department of Preventive Nursing, Collegium Medicum, Nicolaus Copernicus University in
Torun, ul. Ignacego Łukasiewicza 1, 85-821 Bydgoszcz, Poland;

²University of Technology and Life Sciences, Faculty of Chemical Technology and
Engineering, ul. Seminaryjna 3, 85-326 Bydgoszcz, Poland;

³Department of Clinical Psychology and Psychopathology, Institute of Psychology, University
of Lodz, ul. Smugowa 10/12, 91-433 Lodz, Poland;

⁴Department of Psychiatry, Medical University of Białystok, ul. Wołodyjowskiego 2,
15-272 Białystok, Poland";

⁵Department of Molecular Genetics and Justice, Collegium Medicum, Nicolaus Copernicus
University in Torun, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 9, 85-094 Bydgoszcz, Poland;

⁶Department of Vascular and Internal Diseases, Nicolaus Copernicus University in Torun, ul.
Ujejskiego 75, 85-168 Bydgoszcz, Poland;

⁷Department of Clinical Genetics, Collegium Medicum, Nicolaus Copernicus University in
Torun, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 9, 85-094 Bydgoszcz, Poland;

⁸Department of Clinical Biochemistry, Nicolaus Copernicus University in Torun, ul.
Karłowicza 24, 85-092 Bydgoszcz, Poland.

Abstract

Introduction: The mental health problems are connecting with a toxic action of ethanol and somatic disturbance which appearance due to heavy alcohol drinking in persons suffer from alcohol dependence.

Aim: The aim of the study was to assess the mental health problems in the persons hospitalised because of alcohol dependence.

Material and Methods: The sample consisted of 184 patients with alcohol dependence (168 men and 16 women) with a mean age of 43.2 ± 10.5 years. During the interview, information characterizing the socio-demographic situation of patients and mental health was collected. It was used the scales SADD, which is used to assess the depth of alcohol addiction and BDI used in the diagnosis of depression. This study was financed by the National Health Program (contract number 74/44/3.4.3/18/DEA).

Results: Subjective assessment of clinical variables by persons with alcohol dependence showed that patients suffered from mental health problems (above 40%), depression (almost 18%), anxiety (14%), irritability (almost 16%), an attention disturbance (above 15%), suicidal ideation (above 7%). The symptoms of depression related to a degree of the depth of alcohol dependence. The depressive symptoms decreased during treatment in a hospital (between the 2nd and 6th weeks of hospitalization - 17.4 vs. 11.2 BDI score).

Conclusion: In a large percentage of persons with alcohol dependence showed mental health disturbances, especially in the first 2 weeks of hospitalisation.

Keywords: The mental health. Alcohol dependence. Polish population.

QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH VENOUS LEG ULCERS TREATED WITH FISH TROPOCOLLAGEN GEL

CWAJDA-BIAŁASIK Justyna^{1,2}, MOŚCICKA Paulina^{1,2}, JAWIEŃ Arkadiusz³,
SZEWCZYK Maria T^{1,2}

¹*Department of Perioperative Nursing, Nicolaus Copernicus University in Toruń,
Ludwik Rydygier Collegium Medicum in Bydgoszcz, Poland*

²*Outpatient Department for Chronic Wound Management, University Hospital No 1 in
Bydgoszcz, Poland*

³*Department of Vascular Surgery and Angiology, Nicolaus Copernicus University in
Toruń, Ludwik Rydygier Collegium Medicum in Bydgoszcz, Poland*

Abstract

Introduction: Venous leg ulcers (VLUs) are one of the most common chronic wounds. They are long-lasting and difficult to heal, they result in limited physical fitness, and mental and social disorders. Each therapy improves the healing and well-being of the patient is desirable.

Aim: The aim of this study was to evaluate the benefits of using collagen gel on the periwound skin, its effects on wound healing, pain and quality of life.

Material and methods. We enrolled 92 patients with 5-50 cm² VLUs in this 12-week single-center randomized trial. After randomization, in group A (n = 47) we used standard care (SOC) and freshwater fish skin collagen gel, in group B (n = 45) SOC and placebo. We assessed the progress of wound healing every 2 weeks using electronic planimetry and infrared thermography. We assessed the quality of life using the Skindex-29 questionnaire and the Polish version of the Chronic Venous Insufficiency Questionnaire (CIVIQ).

Results and conclusions. This study is the first to show that a 12-week application of collagen gel significantly improves VLUs healing, reduces peri-wound inflammation, and improves patients' quality of life. Most notably, we observed a significant reduction in pain intensity and physical symptoms such as local skin symptoms, including skin soreness, burning, stinging and sensitivity.

Keywords: Venous leg ulcer. Tropocollagen gel. Quality of life. Skindex-29. CIVIQ.

SCREENING THE RISK OF DIABETIC FOOT SYNDROME IN THE POPULATION OF PEOPLE OVER 40 YEARS OF AGE

CWAJDA-BIAŁASIK Justyna^{1,2}, MOŚCICKA Paulina^{1,2}, SZEWCZYK Maria T^{1,2}

¹*Department of Perioperative Nursing, Nicolaus Copernicus University in Toruń,
Ludwik Rydygier Collegium Medicum in Bydgoszcz, Poland*

²*Outpatient Department for Chronic Wound Management, University Hospital No 1 in
Bydgoszcz, Poland*

Abstract

Introduction: Diabetic foot syndrome (DFS) is one of the long-term complications of unregulated diabetes. It can lead to necrosis, ulceration and limb amputation. Early peripheral vascular disorders (called diabetic angiopathies) and neuropathic disorders can be picked up with simple screening tests and prevent the progression of serious complications.

Aim: The aim of this study was to assess the occurrence of disorders that increase the risk of DFS in a population of people over 40 who consider themselves potentially healthy.

Material and methods: We invited 100 volunteers for screening tests that included measurements of: blood glucose, cholesterol, and triglyceride levels; ankle-brachial pressure index (ABPI) and toe-brachial pressure index (TBI); body mass index (BMI); Transcutaneous Oxygen Tension in Limbs (TcPO₂); feeling of pressure with the Semmes-Weinstein monofilament 5.07 / 10 g and feeling of temperature; analysis of pressure distribution on the feet using pedobarography. In addition, we conducted the intermittent claudication test, we assessed the expectations (Patient Expectations List, PRF) and health behavior of patients (Health Behavior Inventory, IZZ).

Results: There were cases of underdiagnosed diabetes and atherosclerosis with peripheral symptoms including peripheral arterial disease (PAD), early stages of DFS, and untreated leg ulcers. The ABPI and TBI values correlated best with the diagnosed changes in the limbs.

Conclusions: Early vascular disorders and sensory disturbances may be asymptomatic. Thanks to simple screening tests, it is possible to recognize these disorders and implement prevention.

Keywords: diabetic foot syndrome (DFS), screening tests, ankle-brachial pressure index (ABPI), toe-brachial pressure index (TBI)

ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ PÉČE O DĚTI ZA PRVNÍ ČESKOSLOVENSKÉ REPUBLIKY (1918-1938)

ČERVENÝ Martin¹, TÓTHOVÁ Valérie¹, NOVOTNÝ Lukáš², DRÁBEK Jakub³,
HLADÍK Jan³, TÓTH Andrej³

¹ Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, České
Budějovice

² Západočeská Univerzita v Plzni, Fakulta filozofická, Plzeň

³ Vysoká škola ekonomická v Praze, Praha

Abstrakt

Východiska: Poválečná situace v nově vzniklé Československé republice (1918-1938) nebyla v mnoha ohledech uspokojivá. Špatné socioekonomické podmínky, podvýživa, špatné hygienické podmínky a nedostatečný stav systému veřejného zdravotnictví významně ovlivnily zdravotní a sociální péči o děti.

Cíl: Cílem naší historické analýzy bylo zmapovat aktivity, které podporovaly zdraví dětí v období první Československé republiky.

Metodika: Výzkum byl založen na historické analýze primárních a sekundárních současných zdrojů vztahujících se k tématu. Při analýze historických pramenů jsme použili přímé i nepřímé, progresivní i retrospektivní metody, analyzovali jsme zdravotnické ročenky, statistické údaje o zdravotním stavu tehdejší populace, zákony, vyhlášky a nařízení vlády Československé republiky. Historické dokumenty jsme získali z digitální knihovny Kramerius, Státního archivu v Bratislavě a Národního archivu v Praze.

Výsledky: Výsledky historické analýzy ukazují, že došlo ke zlepšení zdravotního stavu dětí na základě charitativní činnosti. Děti v období Nové republiky nejčastěji vykazovaly různé neduhy, které měly hluboké socioekonomické kořeny. Z hlediska zdravotnických předpisů patřila k hlavním pilířům boje proti dětským nemocem opatření proti alkoholismu, pohlavním chorobám a boj proti tuberkulóze, který vedla Masarykova liga proti tuberkulóze. S rozvojem zdravotnictví se v Československu snížila nejen nemocnost, ale i úmrtnost dětí.

Závěr: První Československá republika se po svém vzniku musela vypořádat s mnoha aspekty každodenního života obyvatelstva. Na základě této historické studie můžeme konstatovat, že rozvoj sociálního a veřejného zdravotního systému zlepšil zdravotní stav dětí v republice.

Klíčové slová: Péče o dítě. První Československá republika. Historická analýza. Podpora zdraví.

Tato studie je dílčím výsledkem řešení projektu s registračním číslem 20-09470S „Zdravotní systém první Československé republiky v kontextu národnostního a sociálního složení – centrum vs. periferie“ podporovaného Grantovou agenturou České republiky.

NEDOKONČENÁ OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ V SLOVENSKEJ REPUBLIKE – AKTUÁLNY PREHĽAD VÝSKUMU A JEHO NOVÉ PERSPEKTÍVY

(Pozvaná prednáška)

GURKOVÁ Elena

*Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov
Katedra ošetrovateľstva*

Abstrakt

Cieľ: Cieľom príspevku je prezentovať chronologický prehľad výskumných aktivít a aktuálnych perspektív v oblasti konceptualizácie a operacionalizácie fenoménu nedokončenej ošetrovateľskej starostlivosti na Slovensku.

Metodika: Naratívny prehľad výsledkov štúdií realizovaných na Slovensku v rámci projektu "Prideľovaná – chýbajúca ošetrovateľská starostlivosť – medzinárodný a multidimenzionálny problém" financovaným programom COST a nadväzujúcich národných projektov. Do prehľadu boli zaradené štúdie realizované v rámci Slovenskej republiky v období 2017–2022.

Výsledky: Systematické skúmanie uvedeného fenoménu ovplyvňovala terminologická nejednotnosť v jeho konceptualizácii. V ostatných piatich rokoch boli publikované dva literárne prehľady a validačné štúdie slovenských verzií troch nástrojov (MISSCARE Survey, PIRNCA, Infection Control Missed Care survey). Významná časť výskumov realizovaných v rámci SR sa zameriavala na skúmanie prevalencie a prediktorov daného fenoménu. Predovšetkým faktorov, ktoré vychádzajú z mikrosystémovej úrovne, perspektívy jeho skúmania, štandardne zahrnujúcej oblasti bezprostredného pracovného prostredia sestier v nemocniciach a individuálne charakteristiky zo strany sestier.

Záver: Organizačné premenné (typ pracoviska, kultúra bezpečnosti, pracovné prostredie) majú významnejší vzťah k prevalencii fenoménu ako individuálne charakteristiky sestier.

Kľúčové slová: Nedokončená ošetrovateľská starostlivosť. Implicitne prideľovaná ošetrovateľská starostlivosť. Chýbajúca ošetrovateľská starostlivosť. Bezpečnosť pacienta. Pracovné prostredie.

SEBEHODNOCENÍ KOMPETENTNOSTI STUDENTŮ OŠETŘOVATELSTVÍ NA ODBORNÉ PRAXI

LIBEŠOVÁ Lucie, STUPKOVÁ Daša, LAMKOVÁ Ivana

Fakulta zdravotnických studií, Univerzity Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem

Abstrakt

Úvod: Odborná kompetence je definována jako schopnost komunikace a kooperace, řešení problémů a tvořivost, samostatnost a výkonnost, odpovědnost, přemýšlení a učení, argumentaci a hodnocení (Altemani, 2017). V České republice upravuje podmínky k získání odborné způsobilosti všeobecné sestry Zákon 201/2017 Sb., § 5. Kompetence studentů ošetrovatelství k provádění výkonů a ošetrovatelských intervencí vyplývají z teoretické přípravy a odborné praxi v dotaci 2 300 hodin.

Cíl: Cílem průzkumu byla analýza subjektivního hodnocení úrovně kompetentnosti studentů ošetrovatelství v průběhu odborné praxe a identifikace determinantů, které toto sebehodnocení mohou ovlivňovat.

Metoda: Odborné činnosti z vyhlášky 55/2011 Sb. (Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků), byly s využitím Likertovy škály rozděleny do 4 úrovní kategorií pro odpovídající úroveň kompetentnosti: nízká (VAS 0-25), docela dobrá (VAS 26-50), dobrá (VAS 51-75) velmi dobrá (VAS 76-100).

Výsledky: Celkový soubor tvořilo 105 studentů ošetrovatelství druhého a třetího roku studia. Průměrná hodnota odborné způsobilosti hodnocena stupnicí VAS činí 54,2 - 72,3 – dobrá úroveň. Studenti verbalizují nejvyšší úroveň odborné způsobilosti VAS 90–100 v činnostech základní ošetrovatelské péče, zejména posuzování a identifikace potřeb, monitoring fyziologických funkcí, aplikace léků. Nízkou hodnotu – VAS 9–18, vykazují vysoce specializované nebo málo frekventované činnosti: odsávání sekretů z horních cest dýchacích, zavádění nasogastrické sondy, doporučení vhodných kompenzačních pomůcek. Významný signifikantní vztah vykazuje délka studia a frekvence vykonávání jednotlivých intervencí.

Závěr: Sebe posuzování odborné způsobilosti na základě sebereflexe pomáhá studentovi si zachovávat a zlepšovat jejich dovednosti včasným identifikováním jejich silných stránek a oblastí, které vyžadují zlepšení. Ověření kompetentnosti před nástupem to zaměstnání by mělo být důležitou součástí pro zajištění kvalitního vzdělávacího prostředí.

Klíčová slova: Kompetence. Sebereflexe. Sesterská intervence. Student ošetrovatelství.

DREEM – VALIDNÝ NÁSTROJ HODNOTENIA VZDELÁVACIEHO PROSTREDIA V NELEKÁRSKYCH ŠTUDIJNÝCH PROGRAMOCH

(Pozvaná prednáška)

LIZÁKOVÁ Ľubomíra¹, GREŠŠ HALÁSZ Beáta², HORANSKÁ Valéria³

¹Fakulta zdravotníckych odborov PU v Prešove, Prešov

²Ústav ošetrovatelstva, LF Košice

³Stredná zdravotnícka škola sv. Alžbety v Košiciach

Abstrakt

Úvod: Kvalita vzdelávacieho prostredia odráža kvalitu učebných osnov. Už v roku 1998 Svetová federácia pre lekárske vzdelávanie (World Federation for Medical Education – WFME) vyzdvihla vzdelávacie prostredie ako jeden z cieľov hodnotenia vzdelávania v príprave pre lekárske a nelekárske študijné odbory. Realizované štúdie poukazujú na fakt, že nie je ľahké hodnotiť vzdelávacie prostredie inštitúcie, pretože pozostáva zo súčtu individuálneho vnímania študentov a rôznych položiek hodnotiacich samotné štúdium.

Cieľ: Cieľom prehľadovej štúdie bolo poukázať na možné využívanie DREEM ako validného nástroja na hodnotenie vzdelávacieho prostredia lekárskeho i nelekárskeho študijného odboru.

Metóda: Systematické preskúmanie pre vypracovanie prehľadovej štúdie sa uskutočňovalo pomocou elektronickej databázy Scopus, Web of Knowledge a PubMed, ktoré uvádzali použitie DREEM medzi rokmi 2010 a 2020.

Výsledky: V rámci prehľadu databázy bolo nájdených 18 štúdií s dostupnosťou údajov z 14 krajín. DREEM sa pri hodnotení používa na diagnostické účely vzdelávacieho prostredia študentov lekárskeho aj nelekárskeho odboru, na porovnanie medzi rôznymi skupinami a na porovnanie s ideálnym / očakávaným celkovým a doménovým skóre. Štúdie používajú pri spracovaní zistených údajov neparametrické a parametrické štatistické metódy. Tieto metódy sú však v skúmaných štúdiách uvedené nekonzistentne.

Záver: Použitie DREEM jasne naznačuje, že ide o užitočný nástroj pre množstvo hodnotiacich, diagnostických a porovnávacích štúdií rôznych skupín, alebo tej istej skupiny v rôznych podmienkach. Pomocou tohto nástroja je možné diagnostikovať edukačné prostredie inštitúcie úplne nezávisle. Rôzne používanie štatistických metód pri analýze výsledkov hodnotenia vzdelávacieho prostredia študentov sa však v rámci publikácií rôznych autorov líšia. Táto nejednotnosť sťažuje detailné porovnanie výsledkov medzi inštitúciami.

Kľúčové slová: DREEM. Hodnotiaci nástroj. Vzdelávacie prostredie. Študent.

PRENATÁLNA ÚZKOŠŤ A JEJ SÚVISIACE FAKTORY

(pozvaná prednáška)

MAZÚCHOVÁ Lucia¹, PÁRNIČANOVÁ Martina¹, FARSKÝ Ivan²

¹ Ústav pôrodnej asistencie, Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine

² Ústav ošetrovateľstva, Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine

Abstrakt

Východiská: Tehotenstvo predstavuje veľké zmeny, na ktoré sa niektoré ženy ťažšie adaptujú a v dôsledku ktorých sa môžu vyskytnúť príznaky prenatálnej úzkosti.

Cieľ: Cieľom štúdie bolo zistiť mieru prenatálnej úzkosti u tehotných žien a jej súvisiace faktory.

Metódy: Bol zvolený dizajn prierezovej štúdie. Výskumu sa zúčastnilo 259 žien (priemerný vek $26,94 \pm 4,77$) s fyziologickým tehotenstvom. Bola použitá Beckova škála úzkosti (Beck Anxiety Inventory, BAI) doplnená otázkami vlastnej konštrukcie. Na analýzu údajov bola použitá deskriptívna a induktívna štatistika.

Výsledky: Počas tehotenstva prejavy úzkosti boli prítomné u 83,78 % žien (mierne 43,24 %, stredné 27,41 %, závažné 13,13 %). Dôvodmi najčastejších obáv bolo zdravie dieťaťa (53,28 %), pôrod (23,94 %) a tehotenstvo (10,81 %). Ako štatisticky významné faktory súvisiace s prenatálnou úzkosťou sa preukázali vek ($p=0,009$), spokojnosť s podporou partnera/ manžela ($p=0,001$) a COVID-19 ($p<0,0001$).

Záver: Včasná diagnostika obáv a prevencia úzkosti zo strany zdravotníkov majú veľký význam pre zdravie matiek a ich detí.

Kľúčové slová: Prenatálna úzkosť. Tehotenstvo. Obavy. Súvisiace faktory. Prevencia.

Príspevok bol podporený projektom Kega 016 - UK-4/2021 „Štandardizovaný pacient v pôrodnej asistencii“.

„ĽUDSKÝ VERZUS POVÝŠENECKÝ PRÍSTUP“ – INTERPRETATÍVNO FENOMENOLOGICKÁ PRÍPADOVÁ ŠTÚDIA DÔVERY

MIERTO VÁ Michaela, ČÁP Juraj

*Ústav ošetrovatelstva, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita
Komenského v Bratislave*

Abstrakt

Východiská: Pacienti s chronickým ochorením vykazujú väčšiu odkázanosť na zdravotníckych pracovníkov, a tým sa stávajú zraniteľnejšími. Práve preto je dôvera jeden zo základných pilierov vzťahu medzi nimi.

Ciele: Preskúmať a interpretovať dôveru pacientky s chronickým kardiovaskulárnym ochorením k zdravotníckym pracovníkom.

Súbor a metodika: Kvalitatívny prípadový prístup bol zvolený u 84 ročnej pacientky s chronickým kardiovaskulárnym ochorením. Na zber dát bol použitý pološtruktúrovaný rozhovor. Vyhodnotenie bolo realizované s využitím metódy interpretatívno fenomenologickej analýzy (IPA). Uvedená štúdia je parciálnou analýzou jedného z rozhovorov v rámci širšie koncipovaného kvalitatívneho výskumu zameraného na problematiku dôvery medzi pacientom s chronickým ochorením a zdravotníckymi pracovníkmi.

Výsledky: Dve skúsenostné témy boli identifikované s využitím IPA. Prvou témou bol Autentický prístup a odborná pomoc, ktorá obsahovala štyri skúsenostné výroky: 1. Jednanie na úrovni - zdroj sily pre boj s ochorením; 2. Keď sú ústretoví, milí, pomôžu, za takého človeka by som aj dýchala - úprimný záujem; 3. Schopnosť riešiť problémy - odborná pomoc; 4. Taký ľudský prístup lekára a sestry. Druhou témou bol Nadradený prístup a nezáujem, ktorá obsahovala dva skúsenostné výroky: 1. Arogantné správanie a povýšenecký prístup - strata dôvery; 2. Nezáujem lekára - strata dôvery.

Záver: Porozumenie osobnej skúsenosti pacientov s chronickým ochorením v problematike ich dôvery k zdravotníckym pracovníkom predstavuje východisko na reflexiu a následnú zmenu v prístupe ku pacientom. Cieľom je podporiť prístup orientovaný na osobu pacienta, docieľiť zlepšenie jeho spolupráce a zamerať sa na dosiahnutie úprimného záujmu riešiť problémy pacienta, aby sa docielilo zlepšenie jeho zdravotného stavu a spokojnosti.

Kľúčové slová: Dôvera. Vzťah medzi pacientom a zdravotníckym pracovníkom. Chronické kardiovaskulárne ochorenie. Interpretatívno fenomenologická analýza. Prípadová štúdia.

Príspevok je podporený výskumným projektom VEGA 1/0276/21: Dôvera vo vzťahu medzi pacientom s chronickým ochorením a zdravotníckym pracovníkom: interpretatívno fenomenologická analýza

PROFESIJNÁ KVALITA ŽIVOTA SESTIER V KONTEXTE VÝKONU POMÁHAJÚCEJ PROFESIE

POLIAKOVÁ Nikoleta, LEHOCKÁ Darina, BOBKOWSKA Michaela

Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka, Fakulta zdravotníctva, Trenčín

Abstrakt

Východiská: Profesionálna kvalita života je súhrnným pomenovaním pozitívnych a negatívnych dôsledkov pomáhania. Výskumné štúdie potvrdzujú vzájomnú súvislosť medzi jednotlivými aspektami profesijnej kvality života a percepciou pomáhajúcej profesie.

Ciele: Cieľom štúdie bolo zistiť, ako sestry vnímajú svoju profesionálnu kvalitu života v súvislosti s ich pomáhajúcou profesiou, aká je úroveň skóre zameraného na zadosťučinenie z pomáhania, riziko syndrómu vyhorenia a sekundárneho traumatického stresu v kontexte s vekom sestier, počtom rokov praxe, pracoviskom a percepciou pomáhajúcej profesie.

Vzorka: Výskumný súbor tvorilo 165 sestier pracujúcich na Slovensku vo veku 21 až 62 rokov. Z hľadiska pohlavia vzorku tvorilo 156 (95 %) žien a 9 mužov (5 %). Priemerný vek sestier bol 38,4 rokov, priemerná dĺžka praxe bola 15,7 rokov.

Metódy: Zber dát bol realizovaný v období október 2021 - február 2022 prostredníctvom dotazníkov: ProQOL verzia 5 a Dotazníka vnímania pomáhajúcej profesie autorky Ďurbisovej, ktorý mal charakter sémantického diferenciálu a bol tvorený dvojicami 15 opozitných adjektív vzťahujúcich sa k vnímaniu profesie sestry.

Výsledky: Priemerná miera zadosťučinenia z pomáhania bola 36,48, miera rizika syndrómu vyhorenia bola 25,34 a miera sekundárneho traumatického stresu bola 23,52. Skóre vyššie ako 42 bodov predstavovalo vysokú mieru a skóre menej ako 22 bodov nízku mieru uvedených parametrov. Pozitívny náboj vo vnímaní profesie sestry vykazovali nasledovné hodnotenia: uspokojujúca, príjemná, socializujúca, dôstojná, stabilná, naplňujúca, zvládnuteľná, zaujímavá a užitočná. Negatívny náboj niesli hodnotenia: predvídateľná, pokojná, ocenená a nenáročná. Sestry s nízkou mierou zadosťučinenia považovali svoju prácu za náročnú, neocenenú, nepokojnú, nerešpektovanú zo strany okolia a neuspokojujúcu. Riziko vyhorenia bolo výraznejšie u sestier vo vekovej kategórii 21-30 rokov, u sestier pracujúcich 0 – 3 roky a u sestier pracujúcich na štandardných oddeleniach, na operačných sálach a v záchrannej zdravotnej službe.

Záver: Výsledky našej práce podporujú predpoklad, že subjektívne vnímanie pomáhajúcej profesie má vzťah s mierou zadosťučinenia, so syndrómom vyhorenia a so sekundárnym traumatickým stresom.

Kľúčové slová: Profesionálna kvalita života. Pomáhajúca profesia. Sestra. Zadosťučinenie. Syndróm vyhorenia.

Príspevok je podporený výskumným projektom Agentúry na podporu výskumu a vývoja (APVV), Evidenčné číslo projektu: APVV-19-0579; Nastavenie procesov personálneho riadenia v nemocniciach a jeho vplyv na migráciu lekárov a sestier za prácou do zahraničia.

PREVENCIA DUŠEVNÝCH PORÚCH A PODPORA DUŠEVNÉHO ZDRAVIA

ŠIMOVCOVÁ Darina

Fakulta zdravotníctva, Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne

Abstrakt

Duševné zdravie predstavuje základnú hodnotu života. Stále však stúpa počet ľudí s duševnými poruchami, ktoré prinášajú nesmiernu utrpenie nielen im, ale aj ich najbližšiemu okoliu. Duševné zdravie má veľký význam aj pri vzniku mnohých závažných telesných ochorení ako sú napr. srdcovocievne alebo nádorové choroby a podieľa sa tak na predčasnej úmrtnosti. Napriek tomu, že duševné poruchy sú také isté choroby ako telesné, chorí sú v porovnaní s telesne chorými naďalej diskriminovaní nielen pri možnostiach primeranej liečby, ale aj pri návrate späť do spoločnosti. Väčšina verejnosti nemá o duševných poruchách dostatočné vedomosti, má o nich skreslené predstavy a predsudky, čo vedie k strachu vyhľadať pomoc psychiatra. Hoci posledné roky priniesli mnohé nové vedomosti o duševných poruchách a ich liečbe, z najrôznejších príčin sa prehĺbuje priepasť medzi tým, čo by sme pacientom vedeli poskytnúť a medzi tým, čo im skutočne poskytujeme. Duševné zdravie je nevyhnutnou súčasťou celkového zdravia človeka a závisí na ňom kvalita jeho života. Ovplyvňuje myslenie, schopnosť komunikácie, nadväzovanie sociálnych vzťahov, ale aj fungovanie človeka v spoločnosti a v jeho zamestnaní. Psychohygiena slúži ako prevencia proti negatívnym emóciám a ako podpora pri zvládaní emočne vypätých situácií. Zvyšuje naše sebavedomie a zároveň pracuje s našimi myšlienkami a emóciami, zaoberá sa mnohými faktormi ako sú životné udalosti a oblasti, ktoré môžu za narušenie duševnej rovnováhy, duševného zdravia, ale taktiež môže mať veľký význam pri upevňovaní alebo pri opätovnom nadobudnutí duševného zdravia. Oblasť psychického zdravia sa venuje menšia pozornosť no v súčasnej dobe je starostlivosť a prevencia duševných ochorení kľúčová. Rada vlády SR pre duševné zdravie bola zriadená 24. februára 2021 vládou Slovenskej republiky ako jej stály poradný orgán, ktorý plní koordinačné, konzultatívne a odborné úlohy v oblasti ochrany a podpory duševného zdravia, prevencie vzniku duševných porúch. Najefektívnejšie je systémovo investovať do programov prevencie a do podpory duševného zdravia, predovšetkým pre vytvorenie sociálnych a emocionálnych zručností v detstve. Zároveň je potrebné podporovať modernú a dostupnú liečbu porúch a zvýšiť zastúpenie psychoterapie na úroveň farmakologickej liečby. Odborná aj preventívna starostlivosť by mala byť dostupná pre každého. Víziou je vytvoriť kvalitný systém starostlivosti o duševné zdravie, ktorý bude reflektovať potreby populácie prostredníctvom zamerania sa na požiadavky dotknutých jednotlivcov. Tento systém by mal integrovať a vzájomne poprepájať aktivity zamerané na podporu duševného zdravia, s cieľom zabezpečiť pre občanov dostupné, efektívne a zrozumiteľné služby.

Kľúčové slová: Zdravie. Duševné zdravie .Prevencia. Psychohygiena. Kvalita života.

STRES A ZVLÁDANIE ZÁŤAŽE U ŠTUDENTOV OŠETROVATEĽSTVA POČAS PANDÉMIE COVID-19

ZRUBCOVÁ Dana, SOLGAJOVÁ Andrea, PAVELOVÁ Ľuboslava,
VÖRÖSOVÁ Gabriela

*Katedra ošetrovateľstva Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Univerzita
Konštantína Filozofa v Nitre*

Abstrakt

Východiská: Štúdium ošetrovateľstva je považované za viac stresujúce ako štúdium iných akademických odborov. Kvalitná príprava študentov ošetrovateľstva závisí vo veľkej miere od absolvovanej klinickej praxe, ktorá je pre vzdelávanie študentov kľúčová. Počas pandémie COVID-19 boli študenti vystavení väčšiemu stresu, nakoľko akademické štúdium a prax realizovali v neštandardných podmienkach.

Ciele: Zhodnotiť vplyv stresu u študentov ošetrovateľstva jednotlivých ročníkov počas pandémie COVID-19 na ich celkové duševné zdravie a zistiť rozdiely v úrovni stresu, v stave duševného zdravia a vo voľbe stratégií zvládania záťaže.

Súbor a metódy: Išlo o prierezový dizajn výskumu. Súbor tvorilo 98 študentov ošetrovateľstva; z toho 41 (41,8 %) študentov druhého a 57 (58,2 %) tretieho ročníka. Na zber údajov boli použité seba výpovedňový dotazník Brief-COPE zameraný na zhodnotenie stratégií zvládania záťaže, dotazník The Stress in Nursing Students Scale (SINS) posudzujúci zdroje stresu a dotazník subjektívnej pohody a duševného zdravia The General Health Questionnaire (GHQ-12).

Výsledky: U študentov ošetrovateľstva všetky hodnotené faktory stresu počas pandémie COVID-19 vykazovali štatisticky významné vzťahy s ich celkovým duševným zdravím ($r = 0,267; 0,459$). Celkovo v skúmaných premenných (zvládanie záťaže, stres a celkové duševné zdravie) neboli zistené štatisticky významné rozdiely medzi študentmi ošetrovateľstva druhého a tretieho ročníka. Štatisticky významný rozdiel bol zaznamenaný iba v maladaptívnej stratégii sebaobviňovanie (stratégia zameraná na únik), ktorá bola vo vyššej miere zastúpená u študentov druhého ročníka. Stratégie zamerané na problém (adaptívne zvládanie záťaže) boli vo vyššej miere zastúpené u študentov tretieho ročníka.

Záver: Priebežné hodnotenie stresu u študentov ošetrovateľstva a jeho redukcia zohrávajú dôležitú úlohu v zlepšovaní kvality vzdelávania a prípravy študentov na náročné povolanie sestry.

Kľúčové slová : Stres. Zvládanie záťaže. Ošetrovateľstvo. Pandémia COVID 19.

PSYCHOSOCIÁLNE RIZIKÁ U ZAMESTNANCOV V ZDRAVOTNÍCTVE

Ullmanová Jana¹, Batrlová Kateřina², Mičíková Lucia¹

¹Univerzita J.E. Purkyně v Ústí nad Labem

²Státní zdravotní ústav v Praze

Abstrakt

Úvod: Problematika psychosociálnych rizík u zdravotníckeho personálu otvára ďalší smer z pohľadu bezpečnosti a ochrany zdravia na pracovisku. Je nevyhnutné, aby vedúci pracovníci, ako aj zamestnanci boli erudovaní a vedeli s psychosociálnymi rizikami pracovať. Cieľom príspevku je zmapovanie stavu výskytu psychosociálnych rizík u zamestnancov v zdravotníctve vo vybraných zdravotníckych zariadeniach.

Metodika: Bol realizovaný kvantitatívny prieskum prostredníctvom anonymného online dotazníka u zamestnancov vybraných zdravotníckych zariadení. Dotazník bol vytvorený na základe metodiky spracovanej pre európsku kampaň SLIC 2012 s názvom *Psychosociálne riziká na pracovisku* v spolupráci so Štátnym zdravotným ústavom v Prahe. Prieskum sa realizoval vo vybranej fakultnej nemocnici a okresnej nemocnici. Celkovo sa dotazníkového šetrenia zúčastnilo 155 respondentov. Dotazník obsahoval 29 otázok, so zameraním na psychosociálne riziká.

Výsledky: V otázke, či zamestnanec môže samostatne rozhodovať o spôsobe realizácie svojej práce, sme zistili, že vo fakultnej nemocnici odpovedalo kladne 89 (92,7 %) respondentov a 7 (7,3%) respondentov odpovedalo, že sa nemôže samostatne rozhodovať. V okresnej nemocnici 44 (74,6 %) respondentov odpovedalo kladne a záporne odpovedalo 15 (25,4 %) respondentov. Tento výsledok bol signifikantný ($p = 0,002$). V otázke máte dostatok času na rodinu, priateľov a osobné záujmy, vo fakultnej nemocnici 49 (51 %) respondentov uviedlo, že má dostatok mimopracovného času, 47 (49 %) uviedlo, že nemá dostatok času na rodinu, priateľov a osobné záujmy. V okresnej nemocnici 42 (71,2 %) respondentov uviedlo, že má dostatok času na rodinu, priateľov a osobné záujmy, 17 (28,8 %) účastníkov prieskumu uviedlo, že dostatok času nemá. Tento výsledok bol signifikantný ($p = 0,01$). V otázke je váš pracovný výkon spravodlivo finančne ohodnotený. Pocit spravodlivého finančného ohodnotenia uviedlo 59 (61,5 %) respondentov z fakultnej nemocnice, 37 (38,5 %) respondentov uviedlo, že nemá pocit spravodlivého finančného ohodnotenia. V okresnej nemocnici 36 (61 %) respondentov nemá pocit spravodlivého finančného ohodnotenia a naopak 23 (39 %) respondentov uviedlo, že pocit spravodlivého finančného ohodnotenia má. Pri vyhodnotení bola dosiahnutá hladina významnosti $p = 0,01$.

Záver: Téma psychosociálnych rizík je aktuálna téma. Manažment nemocnice by sa mal zaujímať o analýzu týchto rizík na pracovisku a vyhodnocovať funkčnosť a efektívnosť zavedených opatrení na zvládnutie tejto problematiky.

Kľúčová slova: Psychosociálne riziká. Zdravotnícky personál. Prieskum.

NUTRIČNÍ STAV SENIORŮ ŽIJÍCÍCH VE VYBRANÉ INSTITUCI

ZEMANOVÁ Miroslava, ŠANDOVÁ Dana, LIBEŠOVÁ Lucie, STUPKOVÁ Daša

Univerzita J. E. Purkyňe, Ústí nad Labem, ČR

Abstrakt

Úvod: Problematika výživy je v ošetrovatelství velmi důležitá. Nutriční stav je důležitou charakteristikou zdraví, zejména pak je významný u vulnerabilních – zranitelných skupin populace, mezi které patří senioři. Výživa seniorů je díky demografickému stárnutí aktuální téma a představuje zásadní faktor pro zachování zdraví a pocitu pohody ve stáří. Etiologie malnutrice je multifaktoriální. Tato práce navazuje na šetření provedené v minulosti (2015) v domovech pro seniory v Ústeckém kraji, která prokázala potřebu zavést nutriční screening. Současné šetření proběhlo v domově, ve kterém je dlouhodobě zaveden nutriční screening seniorů a výživě je věnována pozornost.

Soubor a metoda: Do souboru bylo zařazeno 58 klientů domova pro seniory v Ústeckém kraji, 29 žen a 29 mužů. Kritériem pro výběr klientů byl věk 65 let a více. Šetření bylo anonymní. Použit byl standardizovaný dotazník MNA-SF, tedy zkrácená verze kompletního MNA dotazníku, který je validovaný pro nutriční screening seniorů. Šetření bylo provedeno jako součást vstupního vyšetření u klientů, kteří do domova pro seniory přicházeli a proběhlo v červenci 2021.

Výsledky: Výsledky MNA-SF dotazníků podle tří kategorií ve vybraném domově v Ústeckém kraji jsou uvedeny v tabulce níže:

Kategorie MNA	Celý soubor (n=58)	Ženy (n=29)	Muži (n=29)
Dobrý nutriční stav (%)	39,7	44,3	34,5
Riziko malnutrice (%)	41,3	35	48,3
Malnutrice (%)	19	20,7	17,2

V našem souboru 43,1 % respondentů trpělo během uplynulých 3 měsíců psychickým stresem nebo závažným onemocněním. 36,2 % respondentů bylo schopných samostatné chůze. Úbytek váhy mezi 1 a 3 kg zaznamenalo 19,0 % respondentů. U 8,6 % respondentů (5 z 58) došlo k úbytku váhy většímu než 3 kg.

Závěr: Výsledky studie potvrzují, že institucionalizovaní senioři jsou ohroženi horším nutričním stavem a toto téma tak vyžaduje plnou pozornost.

Klíčová slova: Institucionalizovaní senioři. Malnutrice. MNA. Nutriční stav.

PROBLEMATIKA OČKOVÁNÍ DĚTÍ Z POHLEDU SESTRY

ZEMANOVÁ Miroslava, MIČÍKOVÁ Lucia, STUPKOVÁ Daša, KŘÍŽOVÁ Jana

Univerzita J. E. Purkyně, Ústí nad Labem, ČR

Abstrakt

Úvod: Očkování patří mezi důležitá opatření chránící děti.

Cíl: Zjistit postoj rodičů k očkování a zdroje a srozumitelnost informací o očkování

Soubor: 50 respondentů, z toho 78 % žen a 22 % mužů. 35 % respondentů udalo vysokoškolské vzdělání, vyšší odbornou školu dokončilo 10 % respondentů, středoškolské vzdělání 27 % respondentů, odborné učiliště 18 % respondentů a pouze povinnou základní školu dokončilo 10 %.

Metodika: Pilotní šetření zaměřené na zjištění postojů rodičů bylo provedeno pomocí krátkého dotazníku. Rodiče byli osloveni prostřednictvím sociálních sítí.

Výsledky: 51 % respondentů vyhledávalo informace před očkováním svého dítěte. 56 % respondentů uvedlo jako hlavní zdroj informací internet, 32 % lékaře a sestry, 12 % čerpalo z letáků v čekárně, 20 % čerpalo z odborné literatury a 28 % od blízké osoby. 72 % respondentů plně důvěřuje svému pediatrovi v otázkách očkování. 22 % respondentů spíše důvěřuje a 6 % nemá důvěru v otázkách očkování ke svému pediatrovi. 80 % respondentů rozumělo informacím o očkování získaným u pediatra. 71 % respondentů uvedlo, že nezná povinná očkování. Žádný z respondentů neuvedl povinná očkování správně. 71 % respondentů nechalo své děti naočkovat i nepovinnými vakcínami, nejčastěji proti meningokokům, pneumokokům, klíšťové encefalitidě a hepatitidě A. 80 % uvedlo, že dostali v ordinaci pediatra informace o možných nežádoucích účincích vakcinace. 60 % z dotázaných by uvítalo více informací o očkování více. 40 % z nich preferuje přehledný webový portál, 33 % informační brožuru od svého lékaře, 14 % prostřednictvím médií, 6% by uvítalo semináře. 53 % respondentů uvedlo, že jejich dítě mělo některou z nežádoucích reakcí po očkování. Nejčastěji teplotu, otok či zarudnutí v místě vpichu, průjem a podrážděnost.

Závěr: Můžeme konstatovat, že pediatři a sestry se snaží řádně a srozumitelně informovat rodiče o důležitosti očkování. I tak by značná část z nich uvítala další informace nejlépe ve formě brožury. Lze tedy v této oblasti definovat edukační potřebu a nasměrovat sem další odbornou aktivitu sester.

Klíčová slova: Očkování dětí. Informovanost. Rodiče.

VZŤAHOVÁ OSOBA LEKÁRA A ZDRAVOTNÍKA VO VZŤAHOVEJ VÄZBE K PACIENTOVI: JE MOŽNÝ A DOVOLENÝ "LEGE ARTIS"?

SEDLÁČEK Juraj

Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne, Fakulta zdravotníctva

Abstrakt

Prostredie medicíny a ošetrovania chorých je vždy definované chorým – pacientom a vzťahovou osobou lekára a zdravotníka. Ten sa vďaka vzťahovej väzbe môže opierať o potrebnú moc a autoritu, vďaka ktorým sa môže zapojiť a naplno sa rozvinúť aj pomáhajúci a liečiteľský vzťah. Štúdia teoretického charakteru poukazuje na niektoré vybrané riziká, ale aj jasné, no mnohokrát opomenuté princípy: Čo nechceš aby iní nerobili tebe, nerob ani ty im – hlavné prikázanie lásky k Bohu a blížnemu, ktoré je v istom zmysle spojenými nádobami a objektom ktorého je pacient. V prípade ošetrovatelstva a medicíny je to však takmer vždy človek, ktorý si svoje postavenie pacienta nezvolil, nevybral ani sa preň nerozhodol. Akonáhle zdravý človek ochorie, všetko sa razom zmení. Stane sa pacientom; muž sa premení v malé dieťa. Kedysi dôstojný zdravý človek je teraz chorý, je ovládaný strachom, trýznený bolesťami a ohrozovaný smrťou. Dochádza k svojbytnnej forme regresie. Pacient už nie je pánom svojho tela, ale jeho obeťou. Vzťah medzi chorým človekom a jeho liečiteľom je v istej miere rovnako zásadný ako vzťah medzi mužom a ženou, otcom a synom, matkou a dieťaťom atď. Podľa C. G. Junga je archetypovým vzťahom; z tohto hľadiska štúdia upozorňuje na nebezpečenstvo moci, manipulácie, sebatranscendencie... Štúdia ďalej upozorňuje na prenos a protiprenos, fenomén sympatie a antipatie, ale aj daily hassles. Následkom a vplyvom prenosu alebo interpretácie zážitkov z vlastnej minulosti lekára alebo zdravotníka do jeho aktuálneho vzťahu s terapeutom alebo klientom sa môžu začať objavovať klienti a pacienti, s ktorými sa cíti dobre a naopak, pri ktorých sa mu dokonca aktivujú dávno zabudnuté vzorce a postoje z detstva. Príspevok naznačuje spôsoby, ako profesionálne pristupovať k pacientom. Naši pacienti ďalej, i my v úlohe vzťahových osôb lekárskeho a ošetrovateľského personálu, podvedome vytvárame tie isté situácie, v ktorých sme sa my sami alebo naši pacienti kedysi nachádzali. Poznanie a cit pre vnímanie i porozumenie týmto dimenziám je autentickou formáciou, prácou na sebe i potrebným nikdy neukončeným sebazpoznaním. Umožní nám lepšie porozumieť aj konaniu a postojom pacienta, čo je v zmysle Engelovho bio-psycho-sociálneho modelu snahou o komplexný prístup i terapiu.

Kľúčové slová: Lekár. Zdravotník a pacient. Vzťahová osoba. Vzťahová väzba. Protiprenos. Manipulácia. Fenomén moci.

PÁDY U SENIOROV – PRÍČINY, NÁSLEDKY A PREVENCIA

POLIAKOVÁ Nikoleta, KRÁLOVÁ Eva, GRABCZAK Pavel, BOBKOWSKA Michaela,
GERLICHOVÁ Katarína

Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne, Fakulta zdravotníctva

Abstrakt

S narastajúcim vekom seniorov sa začína u nich objavovať typický geriatrický syndróm – syndróm nestability, ktorý sa úzko spája s rizikom pádu u týchto osôb. Ich vzájomné prepojenie vysoko podporuje hypomobilita, polymorbidita, malnutrícia, sociálne faktory a faktory z prostredia. Vznik rizika pádu sa stáva veľmi pravdepodobným, ak proti týmto nežiadúcim faktorom nie sú správne a včas aplikované opatrenia. Preventívne opatrenia by mali vychádzať z etiológie pádu, preto je dôležitý včasný skrining rizika pádu u seniorov. Následky pádu môžu byť fyzické a psychické. Prevencia pádu by mala byť zameraná nielen na úpravu vonkajšieho prostredia v zmysle zvýšenia jeho bezpečnosti, ale aj na udržanie psychickej rovnováhy a snahe zabrániť vzniku negatívnej emócie, známej ako strach z pádu. Negatívny vplyv strachu z pádu je obojsmerný – vzniká v dôsledku pádu v anamnéze a zvyšuje pravdepodobnosť opakovaných pádov. Strach z pádu je ovplyvniteľný cieleným fyzickým cvičením, ktoré zahŕňa balančné cvičenia, Tai-chi a Otago Exercise Program. Na prevenciu pádu vo všeobecnosti majú pozitívny vplyv intervencie sestry v domácom prostredí alebo v ústavnom zariadení. Najdôležitejšími sesterskými intervenciami sú edukácia, posudzovanie a monitoring, sprevádzanie a kontrola.

Kľúčové slová: Pády. Seniori. Prevencia. Sesterské intervencie.

Príspevok bol podporený výskumným projektom VEGA č. 1/0361/20 Strach z pádu u seniorov v komunite a jeho psychosociálne dôsledky.

STRACH Z PÁDU – PERSPEKTÍVA OŠETROVATEĽSKÉHO VÝSKUMU, TEÓRIE A PRAXE

BOBKOWSKA Michaela

Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne, Fakulta zdravotníctva

Abstrakt

Úvod: V Slovenskej republike bolo v roku 2021 hospitalizovaných 39 531 ľudí so zraneniami, ktoré vznikli následkom pádu. Až 16 690 pacientov tvorili 65 a viacroční seniari. Pád je často spojený s rôzne závažným somatickým poranením, no môže viesť i k rozvoju strachu z pádu/ov. Strach z pádu v ošetrovatelstve je príčinným alebo rizikovým faktorom viacerých ošetrovateľských diagnóz a zohráva významnú úlohu v preventívne orientovanej ošetrovateľskej starostlivosti.

Cieľ: Cieľom štúdie bolo: syntetizovať a analyzovať dáta o strachu z pádu, korelátoch a možnostiach objektivizácie, ako nevyhnutného predpokladu identifikácie fenoménu v ošetrovateľskom výskume i klinickej/komunitnej praxi.

Metódy: Štúdia má charakter scoping review literárnych zdrojov databázy Medline publikovaných od roku 2015 do roku 2020 s vyhľadávaným termínom „strach z pádu“, obmedzený vekom participantov (65+) a jazykom anglickým.

Výsledky: Vyhľadávacou stratégiou sme identifikovali 46 štúdií, vrátane dvoch metodologických. Strach z pádu bol identifikovaný ako častý a významný zdravotný problémom v seniorských komunitách. V oblasti výskumu dominovali štúdie, ktoré mali charakter prierezových a longitudinálnych štúdií. V publikovaných štúdiách bol FOF často zamieňaný s príbuznými konceptami ako účinnosť súvisiaca s pádom (fall-efficacy) a sebadôvera pre udržanie rovnováhy (balance confidence). Ako faktory najvýznamnejšie korelujúce s FOF boli identifikované vyšší vek, ženský rod, anamnéza pádu, horší zdravotný stav a depresívne ladenie seniora, vyššia pravdepodobnosť pádu v budúcnosti, zhoršenie funkčného stavu a disabilita. Najčastejšie využívaná škála na objektivizáciu FOF je okrem jednopoložkovej, The FES-International (FES-I), ktorá meria koncept FOF.

Záver: Koncepčné východiská a operacionalizácia FOF sú nekonzistentné. Nejasná diferenciácia medzi tzv. s pádom súvisiacimi psychologickými problémami (fall related psychological issues) vedie k nemožnosti porovnávať evt. sekundárne spracovávať výsledky. Škála The FES-International je určená na interkultúrnú adaptáciu a v dostupných jazykových verziách, v pôvodnej i skrátenej skriningovej forme vykazuje dobré psychometrické vlastnosti.

Kľúčové slová: Definícia. Koreláty. Meracie nástroje. Ošetrovatelstvo. Seniari. Strach z pádu.

Príspevok bol podporený výskumným projektom VEGA č. 1/0361/20 Strach z pádu u seniorov v komunite a jeho psychosociálne dôsledky.

STRACH Z PÁDU V SKUPINE AKTÍVNYCH SENIOROV VO VYBRANÝCH KOMUNITÁCH ČR VO VZŤAHU K PÁDOVEJ ANAMNÉZE A MORBIDITE

BOBKOWSKA Michaela, NEMČEK Dagmar, KURKOVÁ Petra

¹Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne, Fakulta zdravotníctva

²Univerzita Komenského v Bratislave, Pedagogická fakulta

³Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta

Abstrakt

Úvod: Pády sú u seniorov časté a vedú k poraneniam s rôznym stupňom závažnosti. V súčasnosti sa veľa pozornosti venuje psychologickým následkom pádu ako je napr. strach z pádu (FOF). Strach z pádu je stav, ktorý ak u seniora pretrváva vedie k obmedzeniu aktivít, sociálnej participácie, zníženiu mobility, čím sa paradoxne riziko pádu u seniora zvýši. Nie zanedbateľný je i významný pokles sebestačnosti a kvality života.

Cieľ: Cieľom štúdie bolo zistiť prevalenciu strachu z pádu – hodnotenú ako mieru obáv z pádu u aktívnych seniorov v komunite vo vybraných regiónoch ČR vo vzťahu k pádovej anamnéze a morbidite.

Metodika: Na zber dát bola využitá česká verzia škály The Fall Efficacy Scale – International, ktorá operacionalizuje FOF ako mieru obáv z pádu pri výkone 16 bežných denných aktivít (ADL). Na zber dát o pádovej anamnéze v poslednom roku a zdravotnom profile seniora v čase zberu dát sme využili kombináciu sebaodhadovacích metód.

Výsledky: Výskum preukázal, že strach z pádu je závažným zdravotným problémom seniorov ($24,89 \pm 8,02$), ktorí žijú v komunite, a to nielen u tých, ktorí majú pozitívnu pádovú anamnézu, ale i u značnej skupiny seniorov bez skúsenosti s pádom v poslednom roku. U seniorov, ktorí spadli opakovane bola úroveň celkového skóre strachu z pádu štatisticky významne vyššia ($33,0 \pm 10$ vs. $22,8 \pm 6,7$, $p < 0,001$). V skupine seniorov s menej priaznivým zdravotným stavom (3 a viac lekárskeho diagnózy) bola miera strachu štatisticky významne vyššia ako u seniorov subjektívne zdravých alebo s 1-2 chronickými ochoreniami ($27,3 \pm 8,6$ vs. $22,8 \pm 6,5$, $p < 0,001$).

Záver: Pád je významným a zároveň preventabilným rizikovým faktorom FOF. Prítomnosť strachu z pádu u seniorov bezprostredne, v prvom roku po páde môže mať protektívny význam, nakoľko zvyšuje ostražitosť a iniciuje aktívne či pasívne stratégie prevencie pádu. Na druhej strane je významné zistenie, že FOF je značne prevalentný i v skupine seniorov bez pádovej anamnézy v poslednom roku, ktorých obmedzuje a limituje v bežných denných aktivitách.

Kľúčové slová: Morbidity. Pádová anamnéza. Seniori v komunite. Strach z pádu.

Príspevok bol podporený výskumným projektom VEGA č. 1/0361/20 Strach z pádu u seniorov v komunite a jeho psychosociálne dôsledky.

SLOVENSKÁ ADAPTÁCIA THE FALL EFFICACY SCALE – INTERNATIONAL

BOBKOWSKA Michaela, POLIAKOVÁ Nikoleta, MATIŠÁKOVÁ Iveta,
KRÁLOVÁ Eva, MELUŠ Vladimír, GRABCZAK Pavel

Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne, Fakulta zdravotníctva

Abstrakt

Úvod: V Slovenskej republike bolo v roku 2021 hospitalizovaných 39 531 ľudí so zraneniami, ktoré vznikli následkom pádu. Až 16 690 pacientov tvorili 65 a viacroční. Pád je často spojený s rôzne závažným somatickým poranením, no môže viesť i k rozvoju strachu z pádu/ov. Strach z pádu v ošetrovatelstve je príčinným alebo rizikovým faktorom viacerých ošetrovateľských diagnóz a jeho identifikácia spoľahlivými a validnými metódami zohráva významnú úlohu v preventívne orientovanej ošetrovateľskej starostlivosti.

Cieľ: Cieľom štúdie je vyhodnotiť psychomotorické vlastnosti slovenskej verzie The Fall Efficacy Scale–International (FES-SK, Yardley et al., 2005 v preklade Bobkowska et al, 2021), konkrétne vnútornej konzistencie, dependability, konštruktovej, kritériovej a konkurenčnej validity.

Metódy: Štúdia mala charakter prierezovej kvantitatívnej štúdie, ktorá prebehla v roku 2021 formou dostupného zámerného výberu vo vzorke 295 seniorov žijúcich v komunite.

Výsledky: Úroveň strachu z pádu bola signifikantne vyššia u seniorov: s horším zdravotným stavom, v sociálnych zariadeniach; s depresiou, nízkou vlastnou účinnosťou, zhoršenou kvalitou života i s poruchami mobility. Vnútna konzistencia (α 0,785) a dependabilita (R 0,97; $p < 0,001$) poukazujú na spoľahlivosť nástroja.

Záver: FES-SK je validná a reliabilná škála, ktorá umožňuje objektivizovať FOF u seniorov v komunite i sociálnych zariadeniach a identifikovať osoby s excesívnym FOF, ktorí potrebujú intervenciu. Perspektívne je potrebné overiť i citlivosť nástroja ku zmene v intervenčnej štúdii.

Kľúčové slová: Seniori žijúci v komunite. Fall Efficacy Scale-SK. Strach z pádu. Preventívna ošetrovateľská starostlivosť. Psychometrické vlastnosti.

Príspevok bol podporený výskumným projektom VEGA č. 1/0361/20 Strach z pádu u seniorov v komunite a jeho psychosociálne dôsledky.

SELF-EFFICACY, MOBILITA A STRACH Z PÁDU U SENIOROV V ZARIADENÍ A KOMUNITE

BOBKOWSKA Michaela, MELUŠ Vladimír

Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne, Fakulta zdravotníctva

Abstrakt

Úvod: Sebauplatnenie (General self-efficacy/GSE) definuje vieru človeka vo vlastné schopnosti vykonávať a organizovať aktivity potrebné na plnenie nie náročnejších úloh a dosahovanie určitých cieľov. V ošetrovatelstve sa často skúma ako faktor, ktorý ovplyvňuje úspešnosť zdravotno-podporných aktivít i edukácie pacienta sestrou. V súčasnosti je v SR dostupných iba málo štúdií, ktoré dokumentujú túto charakteristiku u seniorov.

Cieľom štúdie bolo identifikovať mieru GSE a jej korelátov (pohlavie, vek, životná situácia, miera strachu z pádu) v populácii aktívnych seniorov, ako i klientov zariadení sociálnej starostlivosti o seniorov.

Metóda: Zber dát prebiehal dotazníkovou metódou, ktoré boli asistované administrované v konvenčnej vzorke seniorov v komunite a u klientov zariadení pre seniorov. V dotazníkovej batérii boli zaradené škály General Self-efficacy Scale (Schwarzer, Jerusalem, 1981 v preklade Košč a Heftyová,) a The Fall Efficacy Scale – Slovak version (Yardley et al., 2005 v preklade Bobkowska et al, 2021). Na testovanie vzťahov medzi premennými GSE a pohlavie, vek, denne aktivity, životná situácia a mobility boli využité neparametrické testy.

Výsledky: Starší seniori (75+) mali štatisticky významne nižšie skóre GSE ako mladší (26.6 ± 8.1 vs. 23.7 ± 6.3 ; $p < 0.001$). Rovnako i seniori, ktorí žili v zariadeniach pre seniorov skórovali nižšie ako sebestační seniori v komunite (21.1 ± 5.7 vs. 27.2 ± 7.4 ; $p < 0.001$). Vek, nesebestačnosť a strach z pádu boli štatisticky významnými negatívnymi korelátmi GSE.

Záver: V prípade seniorov nad 75 rokov a seniorom v zariadeniach venovať problematike GSE väčšiu pozornosť, napr. pri plánovaní edukácie. Výsledky pilotnej štúdie GSE v seniorskej populácii na Slovensku sú konzistentné so zisteniami podobne tematicky orientovaných štúdií. Pre komplexnejšie objasnenie problematiky GSE a iných edukačných determinantov v seniorskej populácii je potrebný prehľbujúci výskum.

Kľúčové slová: Sebauplatnenie. Seniori v komunite. Seniori v zariadeniach. Strach z pádu.

Príspevok bol podporený výskumným projektom VEGA č. 1/0361/20 Strach z pádu u seniorov v komunite a jeho psychosociálne dôsledky.

STRACH Z PÁDU AKO PRÍČINA DEPRESIE ALEBO DEPRESIA AKO PRÍČINA STRACHU Z PÁDU U SENIOROV?

MATIŠÁKOVÁ Iveta, MELUŠ Vladimír, GERLICHOVÁ Katarína

Fakulta zdravotníctva, Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne

Abstrakt

Východiská: Veľa starých ľudí má problémy s pohybovou aktivitou, čo u nich často spôsobuje pád a úraz. Okrem fyzických následkov, sa objavuje často aj závažný problém a to strach z pádu. Strach znižuje fyzickú aktivitu, kondíciu a často spôsobuje depresiu staršieho človeka. Následne strach z pádu a depresia môžu vyústiť do ďalšieho znižovania aktivity starých ľudí, čo paradoxne spôsobuje väčšie riziko pádu ako pri aktivite a starší človek sa dostáva do kruhu inaktivity.

Ciele: Cieľom štúdie bolo zistiť, či existuje vzťah medzi depresiou a strachom z pádu.

Metódy: Prierezová štúdia bola vykonaná v roku 2022 u 134 seniorov žijúcich v komunite a sociálnych zariadeniach v dvoch časových intervaloch, vzdialených od seba 14 dní. Na zber údajov bol použitý Fall Efficacy Scale (FES) - slovenská verzia (preložená v roku 2021 autormi Bobkowska, Poliakova, Králová) a Yesavage Depression Scale (GDS) – nástroj navrhnutý na meranie depresie starších ľudí. Na analýzu údajov bol použitý neparametrický Spearmanov korelačný koeficient a Wilcoxonov párový test.

Výsledky: Výsledky prvého prieskumu odhalili stredne silný vzájomný vzťah medzi celkovým skóre GDS a FES ($R=0,54$, $p<0,001$), po 14 dňoch boli výsledky veľmi podobné ($R=0,51$, $p<0,001$). Rozdiely v distribúcii FES v prvom i druhom prípade neboli štatisticky významné ($p=0,238$). Z uvedených výsledkov vyplýva, že strach z pádu je značne významným faktorom, ktorý je nutné zohľadniť pri posudzovaní depresie seniorov. Pri meraní depresie bolo zistené, že výraznou depresiou trpí len 5% starších ľudí, miernou depresiou takmer 17% a bez príznakov depresie je viac ako 77% starších ľudí.

Záver: Veľmi častým problémom pri strachu z pádu je práve úzkosť až depresia. Viaceré štúdie potvrdzujú vzťah medzi strachom z pádu a depresiou. Dôležité je nepodceňovať príznaky depresie, lebo je tu jasný terapeutický potenciál a ich včasné rozpoznanie môže byť významné pre elimináciu strachu z pádu. Zavedenie konkrétnych opatrení závisí aj na individuálnom postoji a zdraví jednotlivca.

Kľúčové slová: Strach z pádu. Depresia. Seniori.

Príspevok bol podporený výskumným projektom VEGA č. 1/0361/20 Strach z pádu u seniorov v komunite a jeho psychosociálne dôsledky.

STRACH Z PÁDU U SENIOROV A JEHO SÚVISLOSŤ S PÁDOM V ANAMNÉZE

POLIAKOVÁ Nikoleta, MELUŠ Vladimír, ŠIMOVCOVÁ Darina

Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne, Fakulta zdravotníctva

Abstrakt

Východiská: Strach z pádu u starších ľudí môže byť podmienený rôznymi faktormi. Viaceré štúdie potvrdzujú, že významnými prediktormi strachu z pádu sú ženské pohlavie, depresia, komorbidity a horšia fyzická výkonnosť. Výskumné štúdie upozorňujú aj na pozitívnu anamnézu pádu ako faktor, ktorý zvyšuje riziko ďalšieho pádu, ale aj s ním spojenú negatívnu emóciu označovanú ako strach z pádu. V súčasnosti neexistuje jednoznačná odpoveď na existenciu vzťahu medzi strachom z pádu a pádom v minulosti.

Ciele: Cieľom našej štúdie bolo zistiť, či existuje významný vzťah medzi anamnézou pádov v posledných 12 mesiacoch a strachom z pádu u starších ľudí.

Metódy: Deskriptívna prierezná štúdia sa uskutočnila na vzorke 291 seniorov. Na zber údajov bola použitá Škála strachu z pádu - slovenská verzia. Súčasťou metodiky boli aj otázky vlastnej konštrukcie zamerané na zistenie anamnézy pádov v predchádzajúcom roku, frekvenciu pádov a ich dôsledky. Rozdiely medzi dvojicami súborov s číselnými hodnotami odvodenými z ordinálnej škály dotazníka sa overovali neparametrickým dvojitým Mannovým-Whitneyho testom. Na vzťah medzi dvojicami premenných bol použitý neparametrický Spearmanov korelačný koeficient R.

Výsledky: Prevalencia pádov u seniorov v predchádzajúcom roku bola 33 %. Medzi anamnézou pádu v predchádzajúcom roku a mierou strachu z pádu bol zistený významný vzťah ($p < 0,001$). Medzi frekvenciou pádov a strachom z pádu sa zistila nízka pozitívna korelácia ($R = 0,36$). Počas 12 mesiacov sa u sledovaných seniorov vyskytol v priemere 1 pád. Maximálny počet pádov u jedného seniora bol 6. V skupine seniorov, ktorí v predchádzajúcom roku utrpeli pád, utrpelo zranenie 72 % seniorov. Najčastejším druhom zranenia boli pomliaždeniny. Hospitalizácia v dôsledku úrazu bola potrebná u 27 % seniorov.

Záver: Posúdenie rizika pádu a strachu z pádu u seniorov by malo byť súčasťou ošetrovateľského posúdenia, najmä v prípade pozitívnej anamnézy pádov. Na meranie strachu z pádu u slovenských seniorov je validným meracím nástrojom Škála strachu z pádu – slovenská verzia.

Kľúčové slová: Strach z pádu. Pád v anamnéze. Seniori.

Príspevok bol podporený výskumným projektom VEGA č. 1/0361/20 Strach z pádu u seniorov v komunite a jeho psychosociálne dôsledky.



Názov:

Ošetrovateľstvo a zdravie XIII.

Recenzovaný zborník príspevkov a abstraktov z medzinárodnej
vedeckej konferencie

Editori:

PaedDr. Eva Kráľová, Ph.D.

PhDr. Nikoleta Poliaková, PhD.

PhDr. Katarína Gerlichová, PhD.

PhDr. Pavel Grabczak, PhD.

Vydal:

Fakulta zdravotníctva

Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne

Vydanie:

prvé

Počet strán:

201

Rok vydania:

2022

ISBN 978-80-8075-982-7