

Editoriál

„Dôstojne znášať starnutie je vrchol múdrosti a jedno z najťažších umení života“.
(Henri Frederic Amiel)

Starnutie a staroba – väčšinou nás napadne: dôchodok, choroba, samota, smútok, smrť... Uvedené asociácie nepôsobia veľmi pozitívne, ale často takýmto spôsobom starnutie a starobu vnímame. Ale my vieme, že toto životné obdobie znamená aj múdrosť, nadhľad, rozvahu... Je to etapa života, v ktorej má starý človek už viac času, môže sa venovať vnúčatám, sám seba a svojim záujmom. Má nám čo ponúknuť, ale my ho musíme „počúvať“ a „rešpektovať“.

Starnúci človek musí kráčať svojou vlastnou cestou života, potrebuje mať priestor na vyjadrenie svojich problémov, na otázky a hľadanie odpovedí. Veľmi zle znáša samotu a opustenosť, preto je potrebné mu ukázať, že je potrebný a že ho uznávame.

Už antickí autori vyslovovali názory na starnutie a starobu vo svojich prácach. Platón starobu chválil, pretože človeka vedie k harmónii, k opatrnosti, prehľbuje jeho múdrosť. Sokrates sa obával predĺženia života, lebo mal strach, že oslepne, ohluchne, nebude schopný sa učiť a bude rýchlo zabúdať. Seneca pokladal starobu za nevyliciteľnú chorobu. Aristoteles tvrdil, že staroba je prirodzenou chorobou a choroba predčasnou starobou.

Starnutie populácie je treba považovať za zásadný úspech, pretože tento fenomén vznikol vďaka dlhšiemu životu a lepšiemu zdraviu obyvateľstva mnohých krajín. Starnutie je v dnešnej dobe dopriate väčšine z nás. Dlhý život patrí medzi úspechy 20. storočia. Pohľad na celé 21. storočie nám naznačuje, že toto storočie bude storočím starých ľudí. Demografické údaje hovoria jasne, že európska aj celosvetová populácia starne a pribúda starých ľudí, ktorí potrebujú zdravotnú a sociálnu pomoc alebo aspoň jeden typ tejto starostlivosti.

Dôležitou osobou v procese starostlivosti je sestra. Sestra je veľakrát jediným človekom, ktorý mu pomáha nájsť ešte zmysel života. Preto je potrebné poukázať na to, akú ťažkú a náročnú, ale aj hodnotnú a veľmi prínosnú prácu vykonávajú sestry v starostlivosti o starých ľudí. Ich pozícia je v tejto oblasti nezastupiteľná. Adekvátna ošetrovateľská starostlivosť vedie k predĺženiu ľudského veku a predĺženiu toho obdobia života človeka, v ktorom je schopný viesť plnohodnotný a nezávislý život v dobrom zdravotnom stave.

Verím, že všetky získané poznatky, informácie a podnety využijeme na skvalitnenie starostlivosti o starého človeka.

PhDr. Iveta Matišáková, PhD.

VPLYV AUTOLÓGNEJ TRANSPLANTÁCIE NA KVALITU ŽIVOTA PACIENTOV S MNOHOPOČETNÝM MYELÓMOM *THE EFFECT OF THE TRANSPLANTATION OF AUTOLOGOUS TO THE QUALITY OF LIFE OF PATIENT WITH MULTIPLE MYELOMA*

MAJERNÍKOVÁ Ľudmila, OBROČNÍKOVÁ Andrea, KURIPLACHOVÁ Gabriela

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

ABSTRAKT

Transplantácia kmeňových buniek môže byť jednou z možností liečby pacienta s mnohopočetným myelómom. Samotný transplantáčny proces zahŕňa liečbu vysokými dávkami chemoterapie, v určitých prípadoch aj rádioterapie. V každom prípade tento terapeutický úkon výrazne ovplyvňuje úroveň kvality života pacienta s mnohopočetným myelómom pred, počas aj po liečbe. Kvalita jeho života sa radikálne mení v zmysle postihnutia jeho fyzického, psychického stavu, sociálnej opory ale aj subjektívneho prežívania spokojnosti alebo nespokojnosti so svojim stavom. Príspevok prezentuje vo forme prehľadovej štúdie zmeny vo vnímaní kvality života tejto skupiny pacientov, kde boli použité výsledky 7 realizovaných výskumov publikovaných v databázach MEDLINE, EBSCO, PUBMED (zaraďovacie kritéria – diagnóza mnohopočetný myelóm, terapia – autológna transplantácia, štúdia za posledných 5 rokov) z 350 nájdených štúdií. Výsledky prezentujú odlišný vývoj a preferenciu potrieb pacienta z hľadiska kvality života a časového horizontu od aplikácie transplantáčneho procesu.

Kľúčové slová: Autológna transplantácia. Kvalita života. Mnohopočetný myelóm.

ABSTRACT

Stem cell transplantation may be an option for treating a patient with multiple myeloma. The actual transplant process involves treatment with high doses of chemotherapy, in some cases radiotherapy. In any case, the therapeutic action significantly affecting the quality of life of patients with multiple myeloma before, during and after treatment. Quality of life changes dramatically in terms of its physical disability, mental health, social support but also the subjective experience of satisfaction or dissatisfaction with their situation. The paper presents an overview study changes in the perception of quality of life for this group of patients, which were used the results of seven completed studies published in MEDLINE, EBSCO, PUBMED (mapping criteria - the diagnosis of multiple myeloma therapy - autologous transplantation, study for the last five years) of 350 studies found. The results presented different development and preferences of the patient's needs in terms of quality of life and time from the application of the transplantation process.

Keywords: Autologous transplantation. Quality of life. Multiple myeloma.

ÚVOD

Mnohopočetný myelóm patrí do skupiny malígnych ochorení. Pri tomto ochorení je typická infiltrácia kostnej drene predovšetkým patologickými

plazmatickými bunkami, kedy dochádza k postupnému útlaku fyziologickej krvotvorby, v krvi a v moči je prítomný monoklonálny hemoglobín a taktiež sú prítomné osteolytické ložiská. Podľa Hidemannovho delenia patrí mnohopočetný myelóm do skupiny agresívnych lymfómov (Adam et al., 2008). Podľa autorov Adama, Gregora a Hájeka ide o „*nádorové ochorenie, ktoré vzniká predovšetkým nekontrolovanou proliferáciou a akumuláciou neoplasticky transformovaných elementov B-bunkovej línie charakteru plazmocytov, sprevádzané produkciou M-proteínu, dokázateľného v sére a/alebo v moči s prejavmi orgánovej dysfunkcie*“ (Tóthová, 2007, s. 14). Autor Durie navyše uvádza, že mnohopočetný myelóm je zároveň neobvyčajne heterogénne ochorenie, ktoré má rôznorodý ale dobre známy klinický obraz, s premenlivou odozvou na liečbu a v dôsledku individuálnych rozdielov predovšetkým biologických vlastností nádoru s odlišnou prognózou. Kvalita života pacientov s mnohopočetným myelómom (MM) je ovplyvňovaná štádiom ochorenia, proti nádorovou liečbou, klinickým obrazom, pridruženými ochoreniami a inými faktormi. V súčasnosti sa považuje za klasický terapeutický postup podávanie vysokodávkovej chemoterapie, ktorá je nasledovaná autológnou transplantáciou krvotvorných buniek. Touto liečbou je možné dosiahnuť oveľa vyšší počet remisíí ochorenia ako konvenčnou terapiou (Tóthová, 2007).

CIEĽ A METODIKA

Cieľom príspevku bolo zhodnotiť a definovať kvalitu života pacienta s mnohopočetným myelómom po autológnej transplantácii vo významných vedeckých prácach pomocou metodiky background. Práca má charakter prehľadovej štúdie. Všetky štúdie boli vyhľadávané v elektronickej databáze PubMed, EBSCO a Medline. Pri vyhľadávaní boli použité kľúčové slová: quality of life, multiple myeloma, QoL, transplantation. Cieľom vyhľadávania boli systematické prehľady, metaanalýzy, randomi-

zované kontrolované štúdie publikované za posledných sedem rokov rokov. *Medzi kritériá vyhľadávania boli zaradené:* štúdie publikované za posledných sedem rokov, cieľovou skupinou – pacienti s mnohopočetným myelómom po autológnej transplantácii, typ štúdie je metaanalýza, systematický prehľad, randomizovaná kontrolovaná štúdia, prostredie, ambulantne liečení pacienti s mnohopočetným myelómom.

VÝSLEDKY

Po zadaní kľúčových slov quality of life, multiple myeloma, QoL, transplantation, bolo celkovo nájdených 350 záznamov. Po zhodnotení všetkých vyhľadávaných záznamov na základe názvu štúdie, dostupného abstraktu a plného textu bolo vybraných 7 štúdií, ktoré spĺňali nami zadané kritériá.

V štúdiách boli vyhľadávané nasledujúce údaje: autori štúdie, rok publikovania, miesto realizovanej štúdie, vek respondentov, súbor a metóda získavania údajov. Jednotlivé informácie uvádzame v tabuľke číslo 1.

Kvalita života a fyzická stránka

Autor štúdie Pidala (2011), poukázal na to, že fyzické funkcie pacienta ihneď po autológnej transplantácii sú znížené v dôsledku výraznej bolesti, únavy a straty chuti k jedlu. Pokles fyzických funkcií bol zaznamenaný až u 67 % pacientov. Naopak, už v priebehu jedného roka išlo len o 47 % pacientov s deficitom vo fyzickej oblasti. Jeden rok po autológnej transplantácii až 53 % pacientov uviedlo stabilnú hmotnosť, u 88 % sa vrátila chuť k jedlu, iba 5 % pacientov uviedlo ťažkosti so spánkom

Tabuľka 1 Prehľad štúdií

Autor, rok a miesto realizácie štúdie	Vek	Metóda získavania údajov	Najdôležitejšie výsledky
Pidala et al., 2011, Florida	18–60 r.	Pacienti po transplantácii krvotvorných buniek; Dotazník QoL	Až 88 % pacientov jeden rok po autológnej transplantácii hodnotí svoju celkovú kvalitu života ako „nadpriemernú až vynikajúcu“.
Lennie Wong et al., 2010, Atlanta	pacienti starší ako 18 r.	Pacienti pred transplantáciou, 6 mesiacov, 1,2 a 3 roky po transplantácii krvotvorných buniek; Dotazník: QLQ-C30, SF 36	Autológna transplantácia vykazuje zlepšenie fyzickej pohody pred transplantáciou až po 1 roku o 3,4 %, po 2 rokoch o 5,2 % po 3 rokoch o 1,9 %. Psychická pohoda sa zlepšila až o 13 % a kvalita života v sociálnej oblasti od 9–15 %. Zlepšenie kvality života v oblasti spirituálnej nastala po 6 mesiacoch o 3,9 % a tá zostala stabilná.
Khalafallah et al., 2011, Austrália	35–69 r.	Pacienti s MM, ktorí podstúpili transplantáciu krvotvorných buniek; Dotazník: EORTC-QLQ-MY24	Štúdia poukázala na skutočnosť, že autológna transplantácia aj u pacientov s pokročilým ochorením mnohopočetného myelómu je všeobecne dobre tolerovaná
Etto et al., 2011, São Paulo, Brazília	neurčený	49 pacientov s MM po autológnej transplantácii vo verejných inštitúciách; Dotazník: SF36 Health Survey, QLQ-C30	V štúdií sa preukázalo zlepšenie fyzických funkcií, emocionálneho prežívania, významné zlepšenie globálneho zdravia a sociálne charakteristiky u pacientov s lepšou ekonomickou situáciou.
Rodriguez et al., 2014, Chicago IL	70 r. a menej	Pacienti s MM, ktorí podstúpili niektoré z nových transplantačných stratégií	Štúdia uvádza, že aj napriek zložitosti ochorenia, samotného výkonu a následnej rekonvalescencii až 80–90 % pacientov uviedlo, že by transplantáciu podstúpili znovu.
Grant et al., 2012, USA	18 r. a viac	Pacienti po transplantácii v čase prepustenia z nemocnice; Dotazník: QoL, SF 36, QLQ C-30	Výsledky štúdie poukázali nato, že u 35 % pacientov bola výrazná únava, ktorá pretrvávala ešte po viac ako 15. rokoch neskôr.
Cohen et al., 2012, New York USA	priemerný vek 41 r.	164 pacientov podstupujúcich transplantáciu krvotvorných buniek; Dotazník: QoL	Štúdia poukazuje na potrebu cvičenia, ako jednu z intervencií zameranú na zlepšenie kvality života pacienta. Výsledky preukázali fyzické zlepšenie, výkonnostné zlepšenie, zlepšenie celkového zdravotného stavu a kvality života pacienta.

a 64 % uviedlo sexuálne fungovanie ako uspokojivé. Po 36 mesiacoch po autológnej transplantácii sa zdá, že pokračuje opäť zhoršenie fyzickej oblasti pacientov s mnohopočetným myelómom. U 60 % pacientov boli hlásené problémy pri potrebe zvýšenej námahy (napr. s nákupnou taškou) a až 70 % uviedlo ťažkosti pri dlhšej prechádzke alebo chôdzi (Pidala et al., 2011).

Autor Khalafallah (2011) navyše zahrnul do svojich pozorovaní výskyt anorexie, brušných ťažkostí, nevoľnosť, zvracanie a nespavosť, ktoré sa počas transplantácie zhoršujú. Zhoršenie týchto symptómov ku ktorým dochádza počas transplantácie sa postupne upravujú po dobu troch mesiacov (Khalafallah et al., 2011).

Grant (2012), taktiež podobne zhodnotil fyzickú stránku pacienta s mnohopočetným myelómom po autológnej transplantácii. Podľa jeho štúdie patrili medzi najčastejšie funkčné problémy bezprostredne po autológnej transplantácii: nedostatočná schopnosť pacienta vykonávať aktivitu, zdvíhať ani prenášať predmety a chodiť po schodoch, únavu, zmenu chuti do jedla, zmeny fyzickej sily a zmeny týkajúce sa spánku. Únava v priebehu a po transplantácii sa výrazne zvýšila a fyzická aktivita poklesla. Výsledky štúdie poukázali nato, že u 35 % pacientov bola uvádzaná výrazná únava, ktorá pretrvávala ešte po viac ako 15. rokoch. Medzi ďalšie nežiaduce príznaky, ktoré ovplyvňujú kvalitu života pacientov zahrnuli problémy týkajúce sa výživy, infekcie, dehydratáciu a neprospievanie. Preto je potrebné, aby zdravotnícky personál dokázal pacientov a ich rodinných príslušníkov, prípadne opatrovateľov edukovať o potrebe monitorovania pacienta a aby urýchlene nahlásili akékoľvek zmeny týkajúce sa jeho funkcie, výživy, stavu hydratácie a skorých príznakov infekcie (Grant et al., 2012).

Podľa Rodrigueza bolo lepšie celkové prežívanie uvádzané u pacientov, ktorí boli vo veku 60 rokov, boli mladší a liečení autológnou transplantáciou (Rodriguez et al., 2014).

Kvalita života a psychická stránka

Podľa Pidalu boli v oblasti emočného fungovania prítomné úzkosť a depresia až u 40% pacientov v čase odberu kmeňových buniek pred autológnou transplantáciou. Do 10 dní po transplantácii, bola prevalencia 48 %, pričom pacienti uvádzali problémy s depresiou. Výraznejšie zhoršenie v oblasti emočného fungovania bolo pozorované 1 mesiac po

autológnej transplantácii v porovnaní s východiskovým stavom. Avšak, postupné zlepšovanie psychickej stránky a vyrovnávanie sa so životnou situáciou nastalo po 3 až 6 mesiacoch po autológnej transplantácii. Ochorenie pacienti s mnohopočetným myelómom pokladali za celkové rodinné nešťastie a mali pocity neistoty. Tieto problémy pacienta spolu s funkčným poškodením môžu viesť k následnej depresii. Výsledky štúdie poukazujú na skutočnosť, že 44 % pacientov po transplantácii malo príznaky depresie, úzkosti alebo posttraumatickej stresovej poruchy súvisiacej s post transplantáčnym procesom (Grant et al., 2012).

Khalafallah poukázali na skutočnosť, že autológna transplantácia aj u pacientov s pokročilým ochorením mnohopočetného myelómu bola všeobecne dobre tolerovaná aj v psychickej oblasti (Khalafallah et al., 2011).

Kvalita života a sociálna stránka

V štúdiu Khalafallahu bolo zaujímavé, že u pacientov s mnohopočetným myelómom boli zaznamenané zvýšené finančné ťažkosti v priebehu obdobia výkonu transplantácie, rovnako boli znížené aj sociálne funkcie pacienta. Avšak zlepšenie nastalo postupne po dobu troch mesiacov. V štúdiu bol taktiež zaznamenaný výrazný nárast v oblasti fyzických funkcií, ktoré sa prejavili zlepšením celkového zdravotného stavu a kvality života pacienta. Pozorovaná psychosociálna dimenzia bola vždy ovplyvnená progresiou ochorenia. Okrem toho je potrebné sa zaoberať pacientom a jeho celkovým prežitím. Prvoradým záujmom zdravotníckych pracovníkov by malo byť pre pacienta vytvorenie dobrých životných podmienok a efektívne zlepšiť jeho celkové prežívanie. Preto by sme mali využívať nástroje na kvalitu života v spojení s celkovým prežitím, aby sa dosiahli najlepšie možné výsledky pacientov (Khalafallah et al., 2011).

Do týchto pozorovaní sme zahrnuli štúdiu autora Etta (2011), ktorý sa zaoberal ekonomickou situáciou pacientov. V pozorovaniach boli zistené výrazne rozdiely medzi jednotlivými pacientami vzhľadom k ich ekonomickej situácii. Všeobecne pacienti s vyšším príjmom mali kvalitu života vo všetkých doménach vyššiu ako pacienti s nižším finančným príjmom. Preukázalo sa zlepšenie fyzických funkcií, emocionálneho prežívania, významné zlepšenie globálneho zdravia a sociálne charakteristiky u pacientov s lepšou ekonomickou situáciou (Etto et al., 2011).

Otázku týkajúcu sa návratu do práce u pacientov s mnohopočetným myelómom po autológnej transplantácii sledoval autor Lennie Wong (2011) v štúdiu, ktorá preukázala, že podiel zamestnaných na čiastočný úväzok alebo na plný úväzok sa zvýšil časom zo 44 % (56/128) v 6 mesiacoch na 66 % v 1. roku, 76 % (87/115) po 2. roku a 74 % (90/122) po 3. roku. Podiel pacientov, ktorí pracovali na plný úväzok sa zvýšil z 24 % po 6 mesiacoch až na 59 % po 3 rokoch. Podiel pacientov, ktorí pracovali na čiastočný úväzok zostal v celku stabilný na úrovni od 15 % až po 23 %. *Až u 90 % pacientov bol dôvod návratu do práce celkové zlepšenie zdravia.* Podiel pacientov, ktorí sa vrátili do práce bol výrazne nižší u pacientov po alogénnej transplantácii ako u pacientov po autológnej transplantácii. Taktiež hodnota BMI mala určitý vplyv na návrat do práce. Nielenže pacienti, ktorí podstúpili transplantáciu s vyšším BMI mali lepšiu kvalitu života, ale taktiež s väčšou pravdepodobnosťou sa vrátili do práce skôr, ako pacienti s nižším BMI. Okrem toho u pacientov, u ktorých bola zaznamenaná väčšia strata hmotnosti bola nižšia pravdepodobnosť, že nastúpia do práce už 6 mesiacov po vykonanej transplantácii (Lennie Wong et al., 2011).

Celková kvalita života

Výraznejšie poškodenie celkovej kvality života pacienta bolo zaznamenané vo východiskovom stave v porovnaní s referenčnými populačnými dátami, čo pravdepodobne odrážalo dopady predchádzajúcej liečby a namáhavej terapie. Progresívne zlepšenie s návratom k východiskovému stavu bolo od 3 mesiacov do 1 roka. Jeden rok po autológnej transplantácii sa celková kvalita života pacienta zlepšila zo súčasných 20 % na 43 %. Okrem toho *až 88 % pacientov jeden rok po autológnej transplantácii hodnotilo svoju celkovú kvalitu života ako „nadpriemernú až vynikajúcu“*. Avšak, tak ako v oblasti fyzickej po 36 mesiacoch bolo opäť zaznamenané zhoršenie celkovej kvality života pacienta, preto môžeme konštatovať, že nedostatky v celkovej kvalite života spojené s autológnu transplantáciou sú prechodné (Pidala et al., 2011).

Podľa Granta mnoho z pacientov podstupujúcich autológnu transplantáciu vnímalo tento zákrok ako „svoju poslednú možnosť na vyliečenie“, takže pocity neistoty a strachu z opätovného výskytu boli pochopiteľné. Hoci sa úmrtnosť po transplantácii výrazne zlepšila za posledných 20 rokov, ani v sú-

časnosti ju nie je možné vyvrátiť. Recidíva po transplantácii s progresiou ochorenia do konca života bola realitou pre 30–50 % pacientov.

Potransplantačné sledovanie ukázalo významné zlepšenie celkovej kvality života pacienta, ktoré sa pozitívne odrážalo na celkovom zdravotnom stave. Fyzické a sociálne fungovanie sa zlepšilo v rámci sledovaného obdobia. U mladšej populácie pacientov s mnohopočetným myelómom bola kvalita života o čosi horšia v porovnaní so staršou generáciou. Mladší pacienti mali výraznejšie psychosociálne problémy, ktoré viedli k poruchám osobnosti a taktiež mali problémy s nájdením pracovného uplatnenia. Problémy týkajúce sa učenia, zapamätávania a pozornosti boli u starších pacientov častejšia (Khalafallah et al., 2011).

Pidala tvrdí, že väčšina štúdií, ktorá sa zaoberala kvalitou života pacienta s mnohopočetným myelómom po transplantácii sa zamerala skôr na hodnotenie negatívneho dopadu autológnej transplantácie. Je známe, že autológna transplantácia je intenzívna liečba spojená s radom akútnych a neskorých komplikácií, či už fyzických, psychických, sociálnych. Ak by sme sa zameriavali len na negatívne dôsledky, mohlo by to viesť k skreslenému dojmu, ktorý ignoruje potenciálny pozitívny vplyv na duševné zdravie, interpersonálny rast a post-traumatický rast. Aj napriek tomu Pidala uvádza, že u pacientov po autológnej transplantácii boli hlásené pozitívne výsledky, respondenti si uvedomili hodnoty, akými sú pravý zmysel lásky, uznanie, život, priateľstvo, ich doterajšie priority sa zmenili a mali dokonca väčšie náboženské alebo duchovné hodnotové preferencie. Výsledky poukázali na to, že 59 % pacientov po autológnej transplantácii ohlásilo nový pohľad na život, 47 % pacientov uviedlo väčšie uznanie života, až 71 % podstúpilo osobnostné zmeny a u 52 % pacientov sa zlepšili vzťahy s rodinou. *Je zaujímavé, že práve tí pacienti, u ktorých bola horšia prognóza pre podstúpenie autológnej transplantácie, udávali väčšie výhody autológnej transplantácie* (Pidala et al., 2011).

ZÁVER

Samotná dynamika ochorenia a doba prežívania u chorých s MM závisí predovšetkým od patofyziológie samotného ochorenia, a však skoré rozpoznanie a určenie rizikových faktorov v čase diagnózy je potrebné na optimalizáciu liečby týchto pacientov. Mnohopočetný myelóm je navyše typický vysokým stupňom odolnosti voči konvenčnej chemoterapii.

V súčasnosti sa považuje za klasický terapeutický postup podávanie vysokodávkovej chemoterapie, ktorá je nasledovaná autológnu transplantáciou krvotvorných buniek. U pacientov liečených autológnu transplantáciou sa doba predlžuje na päť a viac rokov a to pri podstatne kratšom období liečby. Základom je posúdenie vhodnosti pacienta na vykonanie autológnej transplantácie od čoho sa každopádne odvíjajú intervencie sestry v čase pred, počas a po samotnom výkone transplantácie. V práci sme sa predovšetkým zamerali na hodnotenie kvality života pacientov s mnohopočetným myelómom po autológnej transplantácii. Aj napriek nejednotnosti v definícii kvality života existuje mnoho spôsobov, ako je možné kvalitu života hodnotiť či merať. Ošetrovateľstvo, ako vedná disciplína sa orientuje na potreby pacienta aj cez kvalitu života a jej dynamiku v oblastiach biologickej, psychickej, sociálnej a spirituálnej z dôvodu poskytovania vysokokvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti.

Realizované intervencie pre zvýšenie kvality života je preto potrebné adekvátne indikovať, vykonávať a následne vyhodnocovať. Zistili sme, že fyzická oblasť pacientov s mnohopočetným myelómom je poznačená najmä bolesťou a nežiadúcimi účinkami vyplývajúcimi zo samotnej rádioterapie a chemoterapie. Medzi najčastejšie emocionálne reakcie v psychickej oblasti patria popretie, úzkosť a depresia pacienta. Sociálna oblasť kvality života pacienta je poznačená najmä tým, že chronicky chorý pacient nemôže v plnej miere vykonávať svoju doterajšiu činnosť. Často ide o pacientov v produktívnom veku, ktorí v dôsledku choroby môžu stratiť svoje zamestnanie. Samotné uzdravenie pacienta je často súčasťou problematiky duchovná a aj problémy v spirituálnej oblasti môžu výrazne ovplyvniť pohľad chorého človeka na zmysel života, hierarchiu hodnôt, môžu ovplyvniť celkový pohľad pacienta na svoj život a práve preto, je potrebné zamerať sa a hodnotiť spirituálnu oblasť pacienta. Autológna transplantácia je výkon, ktorý zasahuje do kvality života pacienta s mnohopočetným myelómom. Kvalita jeho života sa radikálne mení v zmysle postihnutia jeho fyzického, psychickeho stavu, sociálnej opory ale aj subjektívneho prežívania spokojnosti alebo nespokojnosti so svojim stavom. Aj napriek zložitosti samotného výkonu sme na základe prehľadovej štúdie zistili, že až 88 % pacientov jeden rok po autológnej transplantácii hodnotilo svoju celkovú kvalitu života ako

„nadpriemernú až vynikajúcu“. Zároveň zaujímavým zistením bolo, že práve tí pacienti u ktorých bola horšia prognóza pre podstúpenie autológnej transplantácie hlásili väčšie výhody autológnej transplantácie, a navyše až u 90 % pacientov s mnohopočetným myelómom po výkone autológnej transplantácie bolo dôvodom návratu do práce celkové zlepšenie ich zdravia.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- ADAM, Z. et al. 2008. *Hematologie*. 2. vyd. Praha: Grada, 404 s. ISBN 80-247-2502-4.
- COHEN, M.Z. et al. 2012. Symptoms and Quality of Life in Diverse Patients Undergoing Hematopoietic Stem Cell Transplantation. In *J Pain Symptom Manage*. 2012; 44 (2): 168–180.
- ETTO, L. et al. 2011. Autologous stem cell transplantation improves quality of life in economically challenged, Brazilian multiple myeloma patients. In *Clinics (Sao Paulo)*. 2011; 66 (11): 1855–1859.
- GRANT, M. et al. 2012. Functional status and health-related quality of life among allogeneic transplant patients at hospital discharge: a comparison of sociodemographic, disease, and treatment characteristics. In *Support Care Cancer*. 2012; 20 (11): 2697–2704.
- KHALAFALLAH, A. et al. 2011. Quality of Life Assessment in Multiple Myeloma Patients Undergoing Dose-Reduced Tandem Autologous Stem Cell Transplantation. In *Mediterr J Hematol Infect Dis*. 2011; 3 (1).
- WONG, L.F. et al. 2010. Long-term recovery after hematopoietic cell transplantation: predictors of quality-of-life concerns. In *Blood*. 2010; 115 (12): 2508-2519.
- PIDALA, J. et al. 2010. Health-related quality of life following hematopoietic cell transplantation: Patient education, evaluation, and intervention. In *Br J Haematol*. 2010; 148 (3): 373–385.
- RODRIGUEZ, A.L. et al. 2007. The Role of High-Dose Chemotherapy Supported by Hematopoietic Stem Cell Transplantation in Patients With Multiple Myeloma. In *Clin J Oncol Nurs*. 2007; 11 (4): 579–589.
- TÓTHOVÁ, E. 2007. Možnosti liečby mnohopočetného myelómu. In *Onkológia*. ISSN 1336-8176, roč. 1., č. 1, s. 14–17.

KVALITA ŽIVOTA DIALYZOVANÝCH PACIENTOV QUALITY OF LIFE OF DIALYSED PATIENTS

ŠUPÍNOVÁ Mária¹, BUDOVÁ Simona², DRAPÁČOVÁ Elena³, SNITKOVÁ Mária⁴

¹ *Fakulta zdravotníctva SZU so sídlom v Banskej Bystrici, banská Bystrica*

² *FMC - dialyzačné služby s.r.o. Banská Bystrica*

³ *Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava*

⁴ *Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Nitra*

ABSTRAKT

Východiská: Hemodialyzovaní pacienti často trpia fyzickými i psychickými problémami. Preto často hodnotia kvalitu svojho života nižšie v porovnaní s populačnou normou.

Cieľ: Zistiť ako hodnotia dialyzovaní pacienti kvalitu svojho života.

Súbor a metódy: Do súboru bolo zaradených 100 pacientov s hemodialýzou z troch dialyzačných stredísk. Bol použitý dotazník WHO QOL-BREF.

Výsledky: Dialyzovaní pacienti hodnotia kvalitu svojho života, spokojnosť so svojim zdravím ako i všetky hodnotené domény QOL BREF podpriemerne v porovnaní s populačnou normou. Dosiahnuté hodnoty sa približujú k spodnej hranici, resp. k hodnotám mierne zníženej kvality hodnotenej oblasti. Priemerné hodnotenie jednotlivých domén dotazníka QOL BREF vyjadrené v %. Súbor hodnotil celkovo kvalitu svojho života ako zníženú (56,25 %), spokojnosť so svojim zdravím (40,25 %). Najvyššie ohodnotili doménu prežívanie (62,33 %), sociálne vzťahy (59,50 %), prostredie (59,41 %). Najnižšie bola hodnotená doména fyzické zdravie (46,25 %). Štatistickými metódami sme zistili, že hodnotenie kvality života a ostatných domén, nezávisí od pohlavia a rodinného stavu respondentov. Významná závislosť hodnotenia bola dokázaná v závislosti od veku respondentov. Vek, ani vzdelanie neovplyvňuje spokojnosť so zdravím.

Záver: Dosiahnuté výsledky potvrdzujú hodnotenie kvality života respondentov na spodnej hranici populačných noriem, výsledky však nie sú výrazne nízke. Kvalita života dialyzovaných pacientov je rovnako vnímaná obidvoma pohlaviami. Je však štatisticky významne ovplyvnená vekom pacientov. Čiastočne, v niektorých hodnotených doménach, je ovplyvnená vzdelaním. V liečbe dialyzovaných pacientov je dôležité, aby chronicky chorý človek dokázal naplno vykonávať svoje životné role tak, aby kvalita jeho života nebola chorobou narušená.

Kľúčové slová: Kvalita života. Dialyzovaný pacient.

ABSTRACT

Background: Haemodialysed patients often suffer physical and mental problems. Therefore they assess the quality of their life lower in comparison to the population norm. *Aim:* To find out how dialysed patients assess the quality of their life.

File and methodology: In the file were included 100 hemodialysed patients from the three dialysis centres. WHO QOL-BREF questionnaire was used.

Results: Dialysed patients assessed the quality of their life, satisfaction with their health condition as well as other domains covered in QOL BREF, below average compared to the popu-

lation norm. The values approximate to the lower limit respectively, to the values of lower quality in the assessed area. Average assessment of individual QOL BREF questionnaire domains are expressed in %. Overall lower quality was assessed by 56.25 % of the file, satisfaction with their health condition expressed 40.25 %. The highest assessment was gained within the domain of living (62.33 %), social relations (59.50 %), environment (59.41 %). The lowest assessment was gained in the domain of physical health (46.25 %). By applying statistical methods, we have found that assessing the quality of life and other domains does not depend on gender and marital status of respondents. Significant dependence of assessment was proven in the dependence of the age of respondents. Age or education does not influence satisfaction with the health condition.

Conclusion: The obtained results confirm the assessment of respondents' quality of life at the lower limit of population norms; however, the results are not markedly low. Quality of life of dialysed patients is perceived the same way by both sexes. However it is statistically significantly influenced by the age of patients. Partly, in some assessed domains it is influenced by the education. In treatment of dialysed patients is important to assure that chronically ill person is able to perform their life roles fully, so that their quality of life would not be influenced by the disease.

Key words: Quality of life. Dialysed patient.

ÚVOD

V súčasnosti počet pacientov s chronickou renálnou insuficienciou (CHRI) celosvetovo stúpa. Rovnako stúpa aj počet pacientov s akútnym poškodením obličiek (Ležovič, 2011). V roku 1988, pripadalo na Slovensku 68–80 dialyzovaných pacientov na 1 milión obyvateľov. To znamená 300–400 pacientov. Dnes pripadá na milión obyvateľov 600 pacientov, čo je zhruba 3000 dialyzovaných. Kapacity pre dialyzačnú liečbu na Slovensku sa považujú za dostatočné (Demeš, 2008). V susednej Českej republike bolo podľa Rychlíka a Lopota (2016), v roku 2016 dialyzovaných celkovo 6739 pacientov, čo predstavuje 674 pacientov na 1 mil. obyvateľov. Z toho 6310 bolo hemodialyzovaných. Ročný nárast hemodialyzovaných pacientov bol 665.

Pri výbere dialyzačnej metódy u pacientov, sa čoraz častejšie hovorí o kvalite života. Je faktom, že až polovica dialyzovaných predovšetkým geriatrických pacientov trpí nekontrolovanou bolesťou a depresiami a tretina má závažný kognitívny deficit (Jassal et al., 2009). V štúdií NTDS (North Thames Dialysis Study) realizovanej v Británii na konci 90. rokov minulého storočia, bola porovnávaná kvalita života u pacientov podstupujúcich hemodialýzu (ďalej HD), s kvalitou života u pacientov s peritoneálnou dialýzou (ďalej PD). Táto štúdia nepreukázala výrazné rozdiely v kvalite života pacientov s HD a PD. Rovnaký zámer mala aj štúdia BOLDE (Broadening Options for Long - Term Dialysis in the Elderly), ktorá zisťovala aká je kvalita života dialyzovaných pacientov starším ako 65 rokov. Výsledky štúdie preukázali, že pacienti s HD pociťovali vo väčšej miere svoju chorobu než pacienti s PD. Je to spôsobené aj faktom, že hemodialyzovaní pacienti trpia intradialyzačnými slabosťami, hypotenziami, sú hemodynamicky nestabilní a sú vo veľkej miere ohrození kanylovou sepsou (centrálne žilové katétre, pravidelná kanylácia) (Szonovská, 2015). U pacientov liečených PD sa predpokladajú výhody spojené s kvalitou života. Títo pacienti nie sú závislí od dialyzačného strediska a ich každodenné aktivity nie sú tak narušené ako u HD pacientov. Výhodou je tiež väčšia stabilita pacientov a menšie výkyvy liečby ako pri HD.

V rámci psychiky hemodialyzovaného pacienta sa popisujú tri obdobia, ktorými pacient prechádza. V prvom, časovo krátkom období, nastáva pocit úľavy, a to hlavne u pacientov, ktorí sa pred HD cítili veľmi zle. Druhé obdobie väčšinou prináša sklamanie a beznádej. Pacient si totiž uvedomuje svoju dlhodobú závislosť od prístroja. Posledné obdobie je obdobím dlhohodej adaptácie. Tá je však rôzna, sú pacienti aktívnejší, ako aj takí, ktorí sa nevedia adaptovať na zmeny súvisiace s dialýzou. Táto liečba postihuje každú vekovú kategóriu rozličným spôsobom. U starších, osamelých ľudí predstavuje dialýza pravidelný kontakt s ľuďmi. Iné je to u mladých ľudí, ktorých naopak táto časovo náročná liečba obmedzuje v sebarealizácii. Pacienti v strednom veku najčastejšie prežívajú obavy z rozpadu rodiny vplyvom hrozby finančných a vzťahových problémov (Džumelová, Ďurčová, 2009).

CIELE

Hlavným cieľom výskumu je zistiť ako dialyzovaní pacienti hodnotia kvalitu svojho života.

Čiastkové ciele:

Analýzou výsledkov dotazníka WHO QOL - BREF a použitím štatistických metód zistiť:

- ako dialyzovaní pacienti hodnotia kvalitu svojho zdravia,
- ako dialyzovaní pacienti hodnotia mieru celkovej spokojnosti so životom,
- ako dialyzovaní pacienti hodnotia mieru svojho sociálneho prežívania,
- ako sa dialyzovaní pacienti integrujú v sociálnom prostredí,
- ako dialyzovaní pacienti hodnotia mieru svojho sociálneho prežívania v závislosti od dosiahnutého stupňa vzdelania,
- či je hodnotenie kvality života dialyzovaných pacientov ovplyvnené vekom,
- či je kvalita života dialyzovaných pacientov ovplyvnená pohlavím.

SÚBOR A METÓDA VÝSKUMU

Do výskumného súboru bolo zaradených cieľným výberom 100 respondentov zo 4 dialyzačných stredísk na Slovensku. Výber respondentov bol bez ohľadu na pohlavie. Vek respondentov bol obmedzený do 65 rokov. Podmienkou pre zaradenie respondenta do súboru bolo, aby boli liečení metódou hemodialýzy. Výskum bol realizovaný v mesiacoch október - december 2016.

Na dosiahnutie stanovených cieľov bol použitý štandardizovaný dotazník WHOQOL- BREF, ktorý sme doplnili o demografické údaje: vek, pohlavie, rodinný stav a stupeň dosiahnutého vzdelania. Dotazník zameraný na meranie kvality života WHOQOL-100 (World Health Organization Quality of Life Assessment) a jeho skrátenou verziu WHOQOL-BREF, vytvorila Svetová zdravotnícka organizácia.

Výsledky dotazníka WHOQOL – BREF sú vyjadrené v štyroch doménových skóre a priemerných hrubých skóre v dvoch samostatných položkách hodnotiacich celkovú kvalitu života Q1 a zdravotný stav Q2.

K meraniu kvality života podľa WHOQOL – BREF sme zosumarizovali priemerné hrubé skóre jednotlivých domén, ktoré predstavujú štandardizované priemerné hodnoty položiek príslušných každej doméne (tab. 1/a, 1/b) (Dragomirecká, 2006).

Znenie položiek bolo bezo zmien prevzaté z oficiálnej verzie dotazníka. Uskutočnili sme však ich preklad, nakoľko dotazník bol uvedený v českom jazyku.

Tabuľka 1/a Prehľad hodnotených oblastí podľa jednotlivých domén WHOQOL-BREF

Domény		Položky		Domény		Položky	
Dom1	Fyzické zdravie	Q3	Bolesť a neprijemné pocity	Dom3	Sociálne vzťahy	Q20	Osobné vzťahy
		Q4	Závislosť na lekárskej starostliv.			Q21	Sexuálny život
		Q10	Energia a únava			Q22	Podpora priateľov
		Q15	Pohyblivosť			Q8	Osobná bezpečnosť
		Q16	Spánok			Q9	Životné prostredie
		Q17	Každodenné činnosti			Q12	Finančná situácia
		Q18	Pracovná výkonnosť			Q13	Prístup k informáciám
Dom2	Prežívanie	Q5	Potešenie zo života	Dom4	Prostredie	Q14	Záľuby
		Q6	Zmysel života			Q23	Prostredie v okolí bydlí
		Q7	Sústredenie			Q24	Dostupnosť zdrav. star.
		Q11	Prijatie telesného vzhľadu			Q25	Doprava
		Q19	Spokojnosť so sebou			Q1	Kvalita života
		Q26	Negatívne pocity			Q2	Spokojnosť so zdravím
						2 samostatné položky	

Tabuľka 1/b Intervaly populačných noriem pre domény WHOQOL – BREF

	STD	Rozšírený	Interval normy			Rozšírený
		Mierne znížená kvalita	Spodná hranica	Priemer	Horná hranica	Mierne zvýšená kvalita
Dom 1	2,5	13,0	14,3	15,6	16,8	18,1
Dom 2	2,4	12,4	13,6	14,8	16,0	17,2
Dom 3	2,9	12,1	13,5	15,0	16,4	17,9
Dom 4	2,1	11,2	12,3	13,3	14,3	15,4

Dotazník je určený pre populáciu do 65 rokov, pre skúmanie kvality života vo vyššom veku sa odporúča k dotazníku WHOQOL-BREF použiť ešte špeciálny modul pre vyšší vek WHOQOL-OLD.

Pri analýze údajov bola dodržaná anonymita pacientov. Neboli použité žiadne osobné údaje pacientov. Údaje v dotazníku boli vyplňované samostatne respondentmi. Dotazník bol predložený respondentom sestrami jednotlivých hemodialyzačných stredísk po schválení etickou komisiou súkromnej firmy, ktorá zahŕňa jednotlivé dialyzačné strediská.

Overovali sme spoľahlivosť a presnosť použitého dotazníka. Reliabilita použitého dotazníka je vysoká (tab.1/c)

VÝSLEDKY

V tabuľke 2 je hodnotenie jednotlivých domén podľa priemerného počtu bodov udeleného z možného rozpätia prislúchajúceho každej doméne. Z výsledkov vyplýva, že respondenti udelili v priemere najnižší počet bodov jednotlivým položkám „kvalita života“ – 3,25 z rozpätia 1–5 bodov, a hodnotenie zdravia 2,61, z rozpätia 1–5 bodov. Nízky priemerný počet bodov udelili respondenti položkám v doméne fyzické zdravie 19,95, z možného rozpätia 7–35 bodov. Rozpätie škály u domén je 4–20, pričom vyššie skóre znamená lepšiu kvalitu života.

Tabuľka 1/c Testovanie validity dotazníka QOL BREF

Štandardizovaný Cronbachov koeficient alfa	
Celý dotazník (24 otázok)	0,895
D1 FZ (Fyzické zdravie)	0,829
D2 Pre (Prežívanie)	0,764
D3 SV (Sociálne vzťahy)	0,552
D4 Pro (Prostredie)	0,736
Celý dotazník (26 otázok)	0,903

V tabuľke 3 je prehľad priemerných dosiahnutých hodnôt skóre. Najvyššie hodnoty 13,97 dosiahli respondenti v doméne prežívanie, najnižšie (11,40) v doméne fyzické zdravie.

Skúmaný súbor respondentov dosiahol priemerné skóre v samostatnej položke kvalita života 13. V samostatnej položke spokojnosť so zdravím dosiahol súbor respondentov priemerné skóre 10,44. Rozpätie škály u domén je 4–20, pričom vyššie skóre znamená lepšiu kvalitu života.

V tab. 3 je prehľad priemerných dosiahnutých hodnôt skóre. Najvyššie hodnoty 13,97 dosiahli respondenti v doméne prežívanie, najnižšie (11,40) v doméne fyzické zdravie.

Skúmaný súbor respondentov dosiahol priemerné skóre v samostatnej položke kvalita života 13. V samostatnej položke spokojnosť so zdravím dosiahol súbor respondentov priemerné skóre 10,44.

Tabuľka 2 Prehľad hodnotenia domén (doménové skóre) celým súborom

Hrubé skóre	<i>n</i>	<i>d</i>	<i>sd</i>	<i>median</i>	<i>min</i>	<i>max</i>	Možné rozpätie
Dom.KŽ	100	3,25	0,78	3,00	1,00	5,00	1–5
Dom Z	100	2,61	0,86	3,00	1,00	5,00	1–5
Dom.1 FZ	100	19,95	5,10	20,00	9,00	34,00	7–35
Dom.2 Pre	100	20,96	3,56	21,00	12,00	30,00	6–30
Dom.3 SV	100	10,14	2,44	10,00	3,00	15,00	3–15
Dom.4 Pro	100	27,01	4,54	27,00	15,00	38,00	8–40

Legenda: KŽ – kvalita života; Z- spokojnosť so zdravím; FZ – fyzické zdravie; Pre – prežívanie; SV – sociálne vzťahy; Pro - prostredie

Tabuľka 3 Prehľad priemerných dosiahnutých hodnôt skóre

Transformácia 4–20	<i>n</i>	<i>d</i>	<i>sd</i>	<i>median</i>	<i>min</i>	<i>max</i>	Možné rozpätie
KŽ	100	13,00	3,13	12,00	4,00	20,00	4–20
Z	100	10,44	3,45	12,00	4,00	20,00	4–20
d1FZ	100	11,40	2,92	11,43	5,14	19,43	4–20
d2Pre	100	13,97	2,38	14,00	8,00	20,00	4–20
d3SV	100	13,52	3,25	13,33	4,00	20,00	4–20
d4Pro	100	13,51	2,27	13,50	7,50	19,00	4–20

Legenda: KŽ – kvalita života; Z- spokojnosť so zdravím; FZ – fyzické zdravie; Pre – prežívanie; SV – sociálne vzťahy; Pro - prostredie

Tabuľka 4 Prehľad hodnotenia domén podľa pohlavia respondentov

	Ženy						Muži					
	<i>n</i>	<i>d</i>	<i>sd</i>	<i>median</i>	<i>min</i>	<i>max</i>	<i>n</i>	<i>d</i>	<i>sd</i>	<i>median</i>	<i>min</i>	<i>max</i>
KŽ	44	13,09	2,49	12,00	8,00	16,00	56	12,93	3,58	12,00	4,00	20,00
Z	44	10,00	2,93	10,00	4,00	16,00	56	10,79	3,81	12,00	4,00	20,00
D1FZ	44	10,90	2,79	11,14	5,14	16,57	56	11,80	2,98	12,00	6,29	19,43
D2Pre	44	14,00	2,27	14,00	8,00	18,67	56	13,95	2,48	13,67	8,00	20,00
D3SV	44	13,48	3,01	13,33	6,67	20,00	56	13,55	3,46	14,00	4,00	20,00
D4Pro	44	13,57	2,32	14,00	7,50	19,00	56	13,46	2,25	13,00	8,00	18,00

Legenda: KŽ – kvalita života; Z- spokojnosť so zdravím; FZ – fyzické zdravie; Pre – prežívanie; SV – sociálne vzťahy; Pro - prostredie

Rozpätie škály u domén je 4–20, pričom vyššie skóre znamená lepšiu kvalitu života. V tabuľke č. 3 je prehľad priemerných dosiahnutých hodnôt skóre. Najvyššie hodnoty 13,97 dosiahli respondenti v doméne prežívanie, najnižšie (11,40) v doméne fyzické zdravie.

Skúmaný súbor respondentov dosiahol priemerné skóre v samostatnej položke kvalita života 13. V samostatnej položke spokojnosť so zdravím dosiahol súbor respondentov priemerné skóre 10,44.

V tabuľke 4, je prehľad hodnotenia jednotlivých domén podľa pohlavia respondentov. Hodnotenie

samostatnej položky kvalita života, dosiahol u respondentiek ženského pohlavia skóre 13,09 a spokojnosť so zdravím hodnotu 10, čo je v oboch prípadoch mierne znížené hodnotenie v porovnaní s populačnou normou. V porovnaní s mužmi respondentky ženského pohlavia hodnotili kvalitu života mierne vyššími hodnotami, na rozdiel od kvality zdravia, ktorú hodnotili ženy mierne nižšie Doména 2 – prežívanie, dosiahla u žien hodnotu 14, (spodná hranica intervalu normy). U mužov bola daná doména hodnotená len mierne nižšie v porovnaní so ženami. Nasleduje doména 4 – prostredie, ktorá u respondentov ženského pohlavia dosiahla

Tabuľka 5 Priemerné hodnotenie domén (v %)

Transformácia 0-100	<i>n</i>	<i>d</i>	<i>sd</i>	<i>median</i>	<i>min</i>	<i>max</i>	Možné rozpätie
KŽ	100	56,25	19,58	50,00	0,00	100,00	0–100
Z	100	40,25	21,58	50,00	0,00	100,00	0–100
d1FZ	100	46,25	18,23	46,43	7,14	96,43	0–100
d2Pre	100	62,33	14,85	62,50	25,00	100,00	0–100
d3SV	100	59,50	20,31	58,33	0,00	100,00	0–100
d4Pro	100	59,41	14,18	59,38	21,88	93,75	0–100

Legenda: KŽ – kvalita života; Z- spokojnosť so zdravím; FZ – fyzické zdravie; Pre – prežívanie; SV – sociálne vzťahy; Pro - prostredie

Tabuľka 6 Prehľad štatistickej významnosti overovaných premenných

	pohlavie		vek3		rodinný stav		vzdelanie	
	F	P(ANOVA)	F	P(ANOVA)	F	P(ANOVA)	F	P(ANOVA)
KŽ	0,066	0,799	3,417	0,037	1,816	0,149	1,818	0,149
Z	1,279	0,261	2,158	0,121	1,474	0,227	0,914	0,437
d1FZ	2,378	0,126	12,080	0,000	2,250	0,087	1,168	0,326
d2Pre	0,010	0,921	11,018	0,000	0,646	0,588	3,540	0,018
d3SV	0,009	0,924	3,106	0,049	1,262	0,292	2,015	0,117
d4Pro	0,060	0,806	6,411	0,002	1,502	0,219	1,924	0,131

Legenda: KŽ – kvalita života; Z- spokojnosť so zdravím; FZ – fyzické zdravie; Pre – prežívanie; SV – sociálne vzťahy; Pro - prostredie

hodnotu skóre 13,57, čo je priemerná hodnota intervalu normy. V porovnaní s mužmi dosahuje len minimálne vyššie hodnoty (13,46). Doménu 3 – sociálne vzťahy, ohodnotili respondentky 13,48, čo zaraďujeme k spodnej hranici intervalu normy. Muži hodnotili doménu sociálne vzťahy vyššie v porovnaní so ženami (13,55). Najnižšie ohodnotili respondenti muži aj ženy, doménu 1 – fyzické zdravie, ktorá dosiahla u žien hodnotu 10,9, čo je menej ako mierne znížená kvalita intervalu normy. U mužov dosiahla hodnota mierne vyššie hodnotenie než ženy, 11,8

Ak porovnáваме hodnotenie jednotlivých domén i samostatných položiek dotazníka v závislosti od pohlavia respondentov vidíme, že medzi výsledkami hodnotenia nie sú výraznejšie rozdiely. Hodnotenie kvality života dialyzovaných pacientov nie je ovplyvnené pohlavím.

V tab.5, je priemerné hodnotenie jednotlivých domén dotazníka QOL BREF vyjadrené v percentách. Súbor dialyzovaných pacientov hodnotil celkovo kvalitu svojho života na 56,25 %, spokojnosť so svojim zdravím ohodnotili na 40,25 %. V jednotlivých doménach najvyššie ohodnotili doménu 2 – prežívanie (62,33 %), nasleduje doména 3 – sociálne vzťahy (59,50 %), doména 4 – prostredie

(59,41 %). Najnižšie hodnotili respondenti doménu 1 – fyzické zdravie 46,25 %.

Štatistickými metódami sme overovali závislosť jednotlivých premenných; pohlavie, vek, stav, vzdelanie, vo vzťahu k hodnoteniu kvality života, spokojnosti so zdravím a hodnoteniu jednotlivých domén (tab.6). Zistili sme, že hodnotenie kvality života a ostatných domén dotazníka QOL BREF, nezávisí od pohlavia a rodinného stavu respondentov. Významná závislosť však bola dokázaná vo vzťahu hodnotenia kvality života a jednotlivých domén v závislosti od veku respondentov. Znamená to, že mladší respondenti hodnotia kvalitu svojho života vyššie. Vek ale neovplyvňuje spokojnosť so zdravím. V tomto parametri sa štatistická významnosť nepreukázala.

Pri zisťovaní štatistickej závislosti medzi vzdelaním a hodnotením kvality života bola preukázaná závislosť medzi jedinou doménou – D2 prežívanie. Znamená to že prežívanie respondentov je ovplyvňované ich vzdelaním.

DISKUSIA

Kvalita života pacientov s chronickým ochorením je ovplyvnená dlhodobou pretrvávajúcimi negatívnymi zmenami. Tieto zmeny sa týkajú fyzického,

psychického stavu, ale aj oblasti sociálnych vzťahov a ekonomicko-finančnej situácie (Bramušková, Gašparová, 2017).

Z výsledkov realizovaného výskumu vyplýva, že dialyzovaní pacienti hodnotia kvalitu svojho života, spokojnosť so svojim zdravím ako i všetky hodnotené domény QOL BREF podpriemerne v porovnaní s populačnou normou. Dosiahnuté hodnoty sa približujú k spodnej hranici, resp. k hodnotám mierne zníženej kvality hodnotenej oblasti (tab. 2–4).

V tab.5, je priemerné hodnotenie jednotlivých domén dotazníka QOL BREF vyjadrené v percentách. Veľmi nízko hodnotili respondenti dve samostatné položky dotazníka „kvalitu svojho života“ ktorú ohodnotili na 56,25 % ako aj položku „spokojnosť so svojim zdravím“ na 40,25 %. Najvyššie ohodnotili doménu prežívanie (62,33 %), sociálne vzťahy (59,50 %) a prostredie (59,41 %). Najnižšie z hodnotených domén hodnotili respondenti doménu fyzické zdravie (46,25 %).

Vo svete bolo realizovaných viacero štúdií, ktoré preukázali isté rozdiely v hodnotení kvality života medzi dialyzovanými pacientmi na rôznych kontinentoch. Napríklad dialyzovaní pacienti v USA pociťujú menšiu duševnú záťaž ako v iných krajinách a pomerne dobrú fyzickú kondíciu a dostatok energie pre bežný život. Japonskí pacienti uviedli, že choroba na nich kladie väčšiu záťaž, ale ich fyzická kondícia je pomerne dobrá. Pacienti zo Španielska uviedli závažné životné obmedzenie a negatívny dopad choroby na ich kvalitu života. Za najviac postihnuté oblasti uviedli prácu, rekreáciu, starostlivosť o domácnosť a spánok (Ležovič, 2011). Na Slovensku boli pacienti nespokojní hlavne s dopravou na dialýzu a s pracovnými možnosťami. Takmer polovica našich pacientov uviedla občasnú negatívne zmeny v psychike (Ležovič, 2011).

Dialyzovaný pacient sa na základe svojho zdravotného stavu stáva klientom sociálnej práce. Z dôvodov ochorenia je často vyradený z pracovného procesu a tým stráca nielen ekonomické prostriedky, ale aj sociálne kontakty (Čepiga, 2013). Pacient trávi podstatne menej času doma a jeho úloha v rodine musí byť či už nahradená, alebo ostáva ne zastúpená. Stresujúcim faktorom pre rodinu pacienta sú aj časté výkyvy v jeho zdravotnom stave a neustála obava o možné zhoršenie zdravotného stavu alebo dokonca smrť (Čipková, 2006).

Dialyzovaní pacienti sú preto pomerne nespokojní so svojim zdravím, napriek tomu považujú

svoj život za zmysluplný. Zo všetkých nepriaznivých účinkov, ktoré dialýza prináša, či už sú to fyzické, psychické, emočné alebo spoločenské obmedzenia, najdiskutovanejšími sú v súčasnosti pojmy depresia a bolesť. Depresia v priemere postihuje 20 % hemodialyzovaných pacientov, pričom bolesť postihuje približne 50 % pacientov prijímajúcich hemodialýzu. Obidve tieto komplikácie vo veľkej miere narúšajú kvalitu života pacientov. Riešením pre tento problém môže byť antidepresívna a analgetická liečba, tá sa však v súčasnosti ukazuje ako menej efektívna. Potvrzuje to aj nedávna štúdia SMILE, pri ktorej sa nepodarilo zaviesť do liečby týchto symptómov zlepšujúcu terapiu (Mitema, Jaar, 2016).

Výsledky štúdie realizovanej Ležovičom a kol. (2013), použitím rovnakej dotazníkovej metódy WHOQOL-Bref, na 100 respondentov v troch dialyzačných strediskách na Slovensku, preukázali priemerné hodnotenie kvality života dialyzovanými pacientmi. Pričom štatistická závislosť hodnotenia kvality života od pohlavia respondentov nebola dokázaná, rovnako ako v našom výskume. Na rozdiel od nami realizovaného výskumu, nebola dokázaná štatistická závislosť hodnotenia kvality života v závislosti od veku respondentov, čo sa v našich výsledkoch potvrdilo (tab. 6). Spokojnosť so zdravím hodnotili dialyzovaní pacienti skôr nižšie ako je stanovená norma, Najnižšie skóre dosiahli respondenti v doméne 1 – fyzické zdravie, čo je rovnaký výsledok ako v našom prieskume. Najvyššie skóre dosiahli respondenti v doméne 3 – sociálne vzťahy, pričom v našom prieskume to bola doména 2 – prežívanie. Štatistická významnosť závislosti rodinného stavu a hodnotenia kvality života sa nepreukázala, rovnako ako v našom výskume. Korelácia sa však preukázala medzi vzdelaním a doménami, čo bolo tiež spoločné s našimi výsledkami (Ležovič a kol., 2013). Dôvody závislosti hodnotenia kvality života od výšky vzdelania respondentov v niektorých doménach nepoznáme a uvádzanie akýchkoľvek dôvodov by bolo špekulatívne. Môže však byť predmetom ďalších šetrení.

ZÁVER

Kvalita života dialyzovaného pacienta je jednoznačne narušená v mnohých aspektoch. Nutnosť pravidelnej, časovo náročnej liečby, má dopad nielen na pacienta, ale aj na jeho rodinu. Dialyzovaní pacienti môžu trpieť zmenou rolí v rodine, zmenenou

finančnou situáciou, a do istej miery je určite narušený aj kultúrny a spoločenský život človeka. Nutnosť dialýzy so sebou môže priniesť širokú škálu sociálnych problémov. Okrem toho hemodialyzovaní pacienti môžu trpieť aj mnohými komplikáciami spojenými s liečbou. Dosiahnuté výsledky hodnotenia kvality života respondentmi nášho výskumného súboru síce hodnotili kvalitu svojho života na spodnej hranici stanovených intervalov hodnôt, výsledky však nie sú výrazne nízke. Zistili sme, že kvalita života dialyzovaných pacientov je rovnako vnímaná obidvoma pohlaviami. Je však štatisticky významne ovplyvnená vekom pacientov v prospech mladších vekových skupín. Čiastočne, v niektorých hodnotených doménach, je ovplyvnená vzdelaním. Pacienti s vyšším dosiahnutým vzdelaním hodnotili kvalitu života vyššie.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- BRAMUŠKOVÁ, J. – GAŠPAROVÁ, Z. 2017. Kvalita života žien s onkologickým ochorením prsníka. In *Nursing in Practice*. Budapest; 2017, Expharma. ISBN 978-963-12-9678-5. s. 69–90.
- BUŽGOVÁ, R. – ŠMOTKOVÁ, Š. 2013. Porovnaní kvality života pacientů na dialýze a po transplantaci ledviny. In *Časopis lékařů českých*, č. 5, ISSN 0008-7335. s. 233–239.
- ČEPIGA, B. 2013. Možnosti kompenzácie sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia pre potreby dialyzovaných pacientov. In *Zdravotníctvo a sociálna práca*, ISSN 1336-9326, roč. 8, č. 4 suppl. CD, 1 elektrický optický disk, s. 38–40.
- ČÍPKOVÁ, I. 2006. Psychosociálne aspekty sestrapacient. In *Revue ošetrovatelstva, sociálnej práce a laboratórných metodík: odborný časopis Slovenskej lekárskej spoločnosti*, ISSN 1335-5090, roč. 12, č. 2, s. 88–89.
- DRAGOMIRECKÁ, E., – PRAJSOVÁ, J. 2009. *WHOQOL- OLD. Příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku*. Praha: Psychiatrické centrum, 2009. 72 s. ISBN 978-80-87142-05-9.
- DŽUMELOVÁ, M. – ĐURČOVÁ, S. 2009. Dialyzovaný pacient a trávenie voľného času. In *Florence*, ISSN 1801-464X, roč. 5, č. 1, s. 28–29.
- DEMEŠ, M. *Stav dialýzy na Slovensku, vývoj v porovnaní so svetom*. Majáčik, 2008, 12, s. 8–9. Dostupné na: http://www.sdat.sk/source/download/MAJACIK/MAJACIK_12_2008.pdf
- JASSAL, S.V. – CHIU, E. – HLADUNEWICH, M. 2009. Loss of independence in patients starting dialysis at 80 years of age or older. In *N Engl J Med* 2009; 361: 1612–1613.
- LEŽOVIČ, M. – MUCSKA, M. – HOLOŠOVÁ, Z. 2013. Kvalita života pacientov vo vybraných dialyzačných strediskách na Slovensku. In *Česká urologie*, ISSN 1211-8729, roč. 17, č. 4, s. 254–262.
- LEŽOVIČ, M. 2011. *Kvalita života dialyzovaných pacientov. Lekársky obzor: odborný časopis Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave*, ISSN 0457-4214, roč. 60, č. 2, s. 70–75.
- MAHROVÁ, A. – PRAJSOVÁ, J. – BUNC, V. 2009. Kvalita života dialyzovaných jedinců ČR ve vztahu k fyzické aktivitě. In *Kontakt*, ISSN 1212-4117, roč. 11, č. 2, s. 424–432.
- MITEMA, D. – JAAR, B. 2016. *How can we improve the quality of life od dialysis patients?* In *Seminars in Dialysis*, vol. 29, n. 2, p. 93–102.
- RYCHLÍK, I. – LOPOT, F. 2016. *Statistická ročenka dialyzační léčby v České republice 2015*. Praha: Česká nefrologická společnost. [Online]. [Cit. 2018-01-20]. Dostupné: <http://www.nefrol.cz/odbornici/dialyzačni-statistika>.
- SZONOWSKÁ, B. 2015. Možnosti léčby chronického selhání ledvin u geriatrických pacientů. In *Aktuality v nefrologii*, ISSN 1210-955X, roč. 21, č. 2, s. 38–42.

PROAKTÍVNE ZVLÁDANIE ZÁŤAŽE U PACIENTOV SO SKLERÓZOU MULTIPLEX *PROACTIVE COPING IN PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS*

SOLGAJOVÁ Andrea, ZRUBCOVÁ Dana, VÖRÖSOVÁ Gabriela, LÍŠKOVÁ Miroslava

Katedra ošetrovateľstva, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre

Abstrakt

Východiská: Proaktívne zvládanie patrí k adaptívnym formám zvládania záťažových situácií a je zamerané na udržanie, či zlepšenie kvality života.

Ciele: Cieľom výskumu bolo skúmať vzťah proaktívneho zvládania a kvality života a zistiť rozdiely v proaktívnom zvládaní u pacientov so Sklerózou multiplex podľa pohlavia, veku a dĺžky ochorenia.

Súbor a metódy: Výberový súbor tvorilo 60 respondentov s lekárskou diagnózou Skleróza multiplex. Priemerný vek respondentov bol 42,8 roku. Metódami zberu dát boli Greenglassovej dotazník na hodnotenie proaktívneho zvládania (PCI – Proactive Coping Inventory) a dotazník kvality života WHOQOL – BREF. Išlo o prierezný dizajn výskumu.

Výsledky: Proaktívne zvládanie nevykazovalo štatisticky významné vzťahy ani s jednou oblasťou kvalitou života. Podľa pohlavia boli zaznamenané rozdiely v stratégiách Proaktívne riešenie situácií, Preventívne zvládanie situácií a Vyhľadávanie emočnej opory, pričom všetky tieto stratégie boli viac preferované mužmi. Podľa veku a dĺžky ochorenia neboli zistené žiadne štatisticky významné vzťahy.

Záver: V procese starostlivosti o pacientov so Sklerózou multiplex je dôležité posúdiť stratégie zvládania záťaže, možné prediktory a osobné zdroje pacienta pre vytvorenie terapeutických zásahov s cieľom zvýšiť kvalitu jeho života.

Kľúčové slová: Proaktívne zvládanie. Kvalita života. Skleróza multiplex.

ABSTRACT

Background: Proactive coping is one of the adaptation forms of coping with stressful situations which focuses on maintenance or enhancement of quality of life.

Objective: The research objective was to study a relationship between proactive coping and quality of life, and to find differences in proactive coping in patients with multiple sclerosis related to gender, age and duration of the disease.

Methods: The sample consisted of 60 respondents with the medical diagnosis Multiple Sclerosis. The respondents' average age was 42.8 years. The data collection methods were the Greenglass' Proactive Coping Inventory and the WHOQOL-BREF. It was a cross-sectional study.

Results: Proactive coping did not show any statistically significant relationships with either of the areas of quality of life. In relation to gender, we found changes in the strategies Proactive Coping, Preventive Coping and Emotional Support Seeking; all these strategies were more preferred by the men. No statistically significant relationships were found in relation to age and duration of the disease. Conclusion: In the process of care for patients with multiple sclerosis it is important to assess coping strategies, possible predictors and patients' personal resources to develop therapeutic interventions to enhance their quality of life.

Keywords: Proactive coping. Quality of life. Multiple sclerosis.

ÚVOD

Zvládanie je stabilizačný faktor, ktorý jednotlivcom napomáha upevniť si psycho-sociálnu adaptáciu počas stresujúceho obdobia; zahŕňa kognitívne a behaviorálne úsilie na zníženie alebo odstránenie stresujúcich podmienok a asociatívnej emocionálnej úzkosti. Autori Lazarus a Folkman (1984) popisujú dve formy stratégií zvládania záťaže: zvládanie zamerané na problém (človek sa zameriava na situáciu, pričom má (konštruktívnu) snahu hľadať spôsoby ako ju zmeniť, prípadne sa jej v budúcnosti vyhnúť) a zvládanie orientované na emócie (kedy sa človek zameriava na zmiernenie prežívaných emócií, ktoré vznikli v dôsledku stresu, pričom k zmene situácie nemusí dôjsť). Túto teóriu doplnili autori Schwarzer, Taubert (2002) o časový aspekt, čo formulovali v koncepcii proaktívneho zvládania záťaže. Podstata tohto prístupu spočíva v anticipácii pôsobenia stresora a riešenia situácie pred nástupom a rozvojom stresovej situácie. Cieľom koncepcie bolo vytvoriť pozitívne orientovaný spôsob zvládania záťaže, vychádzajúci zo stanovenia cieľov a usilovanie sa o ich zvládnutie ešte pred plným nástupom vplyvu stresora (Greenglassová, 2001).

Vo všeobecnosti sa uvádza, že stratégie zvládania záťaže sú spojené s dosiahnutými zdravotnými výsledkami u pacientov (Svensson et al., 2016), a preto je potrebné pre dosiahnutie pozitívnych výsledkov v procese starostlivosti a liečby podporiť prístupy pre zvládnutie náročnej situácie a pre zlepšenie komunikácie s pacientom (Buetow, Good-year-Smith, Coster, 2001). Ak pacient bojuje so svojím ochorením, nevie ho adaptívne zvládnuť, môže to viesť ešte k zhoršeniu jeho zdravia.

Podľa uvedenia Greenglasovej (2002) je proaktívne zvládanie multidimenzionálne a nasmerované do budúcnosti, a spája v sebe procesy zamerané na udržanie, či zlepšenie kvality života. Výskumy v oblasti proaktívneho zvládania u zdravej populá-

cie potvrdzujú, že proaktívne zvládanie je v pozitívnom vzťahu so životnou spokojnosťou a v negatívnom vzťahu so sebaobviňovaním, popieraním, vyhorením, či depresiou (Greenglass, Schwartzer, Taubert, 1999). Potreba výskumu proaktívneho zvládania aj v klinickej oblasti je žiadaná, nakoľko sa proaktívne zvládanie ukazuje v pozitívnom vzťahu s dosahovaním lepších funkčných výsledkov u rehabilitovaných pacientov (Greenglass et al., 2005), s lepšou kvalitou života a s vyjadrovaním subjektívnej pohody u pacientov s poranením miechy (Smedema, Catalano, Ebener, 2010).

V príspevku sa zameriavame na skúmanie proaktívneho zvládania u pacientov so Sklerózou multiplex. Podľa uvedenia McCabe, McKern (2002) spôsob zvládania záťaže má dopad na kvalitu života pacientov so Sklerózou multiplex. Autori Nowaczyk, Cierpialkowska (2016) uvádzajú, že pacienti so Sklerózou multiplex, ktorí využívajú proaktívne zvládanie popisujú menšiu únavu a menšie bolesti, pričom proaktívne zvládanie je viac využívané staršími pacientmi. Ďalší autori Farran, Ammar, Darwish (2015) zistili, že pozitívny spôsob zvládania záťaže u pacientov so Sklerózou multiplex súvisel s vyššou kvalitou života a sociálnou podporou, nižšou depresiou a úzkosťou, čím autori zdôrazňujú potrebu komplexného posúdenia a prístupu v starostlivosti o pacientov so Sklerózou multiplex. Iné výskumy popisujú vzťahy zvládania Sklerózy multiplex a dĺžky ochorenia (McCabe, Stokes, McDonald, 2009).

V procese starostlivosti je dôležité poznanie, aké stratégie zvládania pacienti so Sklerózou multiplex používajú pri zvládaní náročných situácií vyplývajúcich zo samotného ochorenia, nakoľko môžu byť prediktormi ich psychologického fungovania (Nowaczyk, Cierpialkowska, 2016).

CIEĽ

Cieľom výskumu bolo skúmať vzťah proaktívneho zvládania a kvality života a zistiť rozdiely v proaktívnom zvládaní u pacientov so Sklerózou multiplex podľa pohlavia, veku a dĺžky ochorenia.

SÚBOR

Výberový súbor tvorilo 60 respondentov, z toho 26 (43,3 %) mužov a 34 žien (56,7 %). Respondenti boli do súboru zaradení na základe zaraďujúceho kritéria – lekárska diagnóza Skleróza multiplex. Podľa ďalších kritérií sme respondentov priradili do skupín podľa veku, pohlavia a dĺžky trvania

ochorenia. Priemerný vek respondentov bol $AM = 42,8$ ($SD = 11,21$) roku.

METODIKA

Metódou zberu dát bol Greenglassovej dotazník PCI (Proactive Coping Inventory) pre hodnotenie proaktívneho zvládania. Použili sme slovenskú verziu dotazníka, ktorú adaptovali autori Sollár, Romanová, Greenglassová (2016). Dotazník obsahuje 55 položiek, ktoré sú štruktúrované do 7 subškál: Proaktívne riešenie situácií (14 položiek), Reflektívne riešenie situácií (11 položiek), Strategické plánovanie (4 položky), Preventívne zvládanie situácií (10 položiek), Vyhľadávanie inštrumentálnej opory (8 položiek), Vyhľadávanie emočnej opory (5 položiek) a Vyhýbanie sa riešeniu situácie (3 položky). Položky majú charakter oznamovacích viet a sú hodnotené na štvorbodovej škále (vôbec nie je pravda, takmer nie je pravda, trochu pravda, úplná pravda). Presvedčenia jednotlivcov s vysokým skóre v škálach proaktívneho zvládania obsahujú bohatý potenciál pre zmenu, ktorá vyúsťuje do zlepšenia seba samého a svojho okolia (Sollár, Romanová, 2011).

Druhou metódou bol sebvýpovedový dotazník kvality života WHOQOL – BREF. Ide o 26 položkový dotazník, ktorý je zložený zo 4 domén. Medzi tieto domény patrí fyzické zdravie, prežívanie, sociálne vzťahy a prostredie. Súčasťou dotazníka sú 2 položky, ktoré však nie sú súčasťou daných domén. Tieto dve položky sú samostatným hodnotením celkovej kvality života a celkového zdravotného stavu. Doméne „Fyzické zdravie“ zodpovedajú položky 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18; doméne „Prežívanie“ položky 5, 6, 7, 11, 19, 26; doméne „Sociálne vzťahy“ položky 20, 21, 22, 8; doméne „Prostredie“ položky 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25. Hodnotenie prebiehalo na Likertovej škále od 1 do 5, kde jednotlivé hodnotenia sú nasledovné: 1 – veľmi nespokojná/ý, 2 – nespokojná/ý, 3 – ani spokojná/ý ani nespokojná/ý, 4 – spokojná/ý, 5 – veľmi spokojná/ý (Šťastná, 2007).

Ide o prierezový dizajn výskumu. Zber dát prebiehal od júna 2014 do marca 2015 a bol realizovaný prostredníctvom priameho dotazovania respondentov v Klube SM v Nitre, po oboznámení respondentov a získaní informovaného súhlasu.

Pre analýzu dát bol použitý štatistický program štatistický program IBM SPSS 24.0. Výsledky popisujeme pomocou deskriptívnych štatistík priemernej hodnoty (M) a smerodajnej odchýlky (SD).

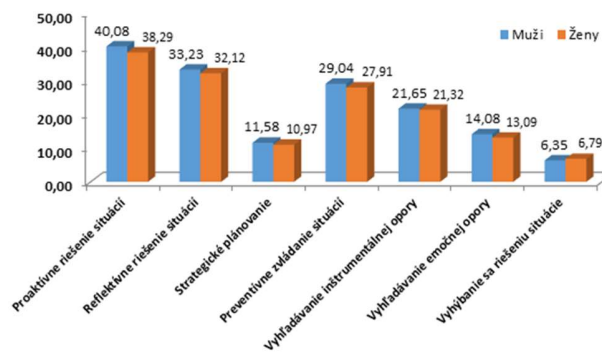
Vzťah medzi proaktívnym zvládaním a kvalitou života sme skúmali Pearsonovým koeficientom súčinovej korelácie (r), rozdiely medzi premennými sme posudzovali Fisherovým testom.

VÝSLEDKY

V prvej časti analýzy sme skúmali vzťah medzi proaktívnym zvládaním a kvalitou života pacientov so Sklerózou multiplex. Medzi skúmanými premennými neboli zistené žiadne štatisticky významné vzťahy (tab.1).

V ďalšej časti analýzy sme sa zamerali na porovnanie proaktívneho zvládania u pacientov so Sklerózou multiplex podľa pohlavia. Zistili sme štatisticky významné rozdiely v troch stratégiách zvládania: Proaktívne riešenie situácií ($p = 0,009$), Preventívne zvládanie situácií ($p = 0,044$) a Vyhľadávanie emočnej opory ($p = 0,041$), pričom všetky tieto stratégie boli viac preferované mužmi (tab.2; graf 1).

Pri porovnaní proaktívneho zvládania u pacientov so Sklerózou multiplex podľa veku neboli zistené žiadne štatisticky významné rozdiely (tab.3).



Graf 1 Znárodnenie rozdielov proaktívneho zvládania medzi mužmi a ženami

V poslednej časti analýzy sme porovnávali proaktívne zvládanie u pacientov so Sklerózou multiplex podľa dĺžky ochorenia, pričom pacienti boli rozdelení do štyroch skupín. Medzi jednotlivými skupinami podľa dĺžky ochorenia neboli zistené žiadne štatisticky významné rozdiely (tab.4).

Tabuľka 1 Vzťah proaktívneho zvládania a kvality života u pacientov so Sklerózou multiplex

	Fyzické zdravie (r)	Prežívanie (r)	Sociálne vzťahy (r)	Prostredie (r)
Proaktívne riešenie situácií	-0,139	-0,13	-0,088	-0,251
Reflektívne riešenie situácií	-0,074	-0,039	0,059	-0,119
Strategické plánovanie	0,059	0,004	0,004	-0,174
Preventívne zvládanie situácií	0,23	0,106	0,111	-0,057
Vyhľadávanie instrumentálnej opory	0,023	-0,049	-0,003	-0,008
Vyhľadávanie emočnej opory	0,025	-0,002	-0,085	-0,193
Vyhýbanie sa riešeniu situácie	0,256	0,118	0,256	0,202

Legenda: r – korelačný koeficient

Tabuľka 2 Porovnanie proaktívneho zvládania medzi mužmi a ženami

	Muži (n=26)		Ženy (n=34)		F	p
	M1	SD1	M2	SD2		
Proaktívne riešenie situácií	40,08	3,16	38,29	1,96	7,21	0,009
Reflektívne riešenie situácií	33,23	3,29	32,12	2,73	2,05	0,157
Strategické plánovanie	11,58	0,99	10,97	1,49	3,23	0,078
Preventívne zvládanie situácií	29,04	2,46	27,91	1,78	4,24	0,044
Vyhľadávanie instrumentálnej opory	21,65	1,90	21,32	1,70	0,50	0,481
Vyhľadávanie emočnej opory	14,08	1,52	13,09	2,01	4,38	0,041
Vyhýbanie sa riešeniu situácie	6,35	1,06	6,79	0,88	3,21	0,078

Legenda: n – absolútna početnosť; M – aritmetický priemer, SD – smerodajná odchýlka, F – štatistický faktor, p – hodnota pravdepodobnosti

Tabuľka 3 Porovnanie proaktívneho zvládania podľa veku

	do 30 rokov (n=10)		31-40 rokov (n=15)		41-50 rokov (n=13)		nad 50 (n=22)		F	p
	M1	SD1	M2	SD2	M3	SD3	M4	SD4		
Proaktívne riešenie situácií	38,60	1,90	38,47	2,39	39,85	3,51	39,23	2,65	0,735	0,536
Reflektívne riešenie situácií	32,30	2,87	33,00	1,93	31,77	3,22	32,95	3,58	0,540	0,657
Strategické plánovanie	11,90	1,37	11,00	0,85	10,92	2,02	11,27	0,98	1,270	0,293
Preventívne zvládanie situácií	28,80	2,44	28,60	1,88	27,08	1,93	28,86	2,14	2,264	0,091
Vyhľadávanie inštrumentálnej opory	21,30	2,11	21,13	1,77	21,92	1,55	21,50	1,82	0,479	0,698
Vyhľadávanie emočnej opory	14,30	2,21	13,27	1,28	13,69	2,72	13,23	1,38	0,889	0,453
Vyhýbanie sa riešeniu situácie	6,90	0,88	6,60	1,06	6,15	1,07	6,73	0,88	1,365	0,263

Legenda: *n* – absolútna početnosť; *M* – aritmetický priemer, *SD* – smerodajná odchýlka, *F* – štatistický faktor, *p* – hodnota pravdepodobnosti

Tabuľka 4 Porovnanie proaktívneho zvládania podľa dĺžky ochorenia

	do 2 rokov (n=11)		3-5 rokov (n=16)		6-10 rokov (n=17)		>10 rokov (n=16)		F	p
	M1	SD1	M2	SD2	M3	SD3	M4	SD4		
Proaktívne riešenie situácií	38,82	2,27	38,63	2,39	39,53	2,90	39,19	3,10	0,344	0,793
Reflektívne riešenie situácií	32,00	2,86	32,75	1,84	32,88	3,64	32,56	3,50	0,201	0,895
Strategické plánovanie	11,45	1,57	11,19	1,38	11,12	1,41	11,25	1,06	0,147	0,931
Preventívne zvládanie situácií	28,64	1,96	28,50	2,61	28,29	2,08	28,25	2,05	0,091	0,965
Vyhľadávanie inštrumentálnej opory	21,27	2,05	21,38	1,54	21,71	2,11	21,44	1,55	0,155	0,926
Vyhľadávanie emočnej opory	13,36	1,91	13,75	2,08	13,47	2,00	13,44	1,59	0,116	0,95
Vyhýbanie sa riešeniu situácie	6,82	0,60	6,88	1,09	6,18	1,07	6,63	0,89	1,734	0,171

Legenda: *n* – absolútna početnosť; *M* – aritmetický priemer, *SD* – smerodajná odchýlka, *F* – štatistický faktor, *p* – hodnota pravdepodobnosti

DISKUSIA

Viacere výsledky výskumu naznačujú, že starostlivosť o pacientov s chronickými ochoreniami by mala byť multidisciplinárna a zameraná na riešenie aj psycho-sociálnych problémov pacientov (Malcomson, Dunwoody, Lowe-Strong, 2007). Vo výskume sme sa zamerali na skúmanie zvládania ako stabilizačného faktora, ktorý by mal jednotlivcom napomáhať upevniť si psycho-sociálnu adaptáciu počas stresujúceho obdobia, tzn. aj počas ochorenia. Vychádzali sme z koncepcie Greenglasovej (2002), ktorá charakterizuje proaktívne zvládanie ako pozitívne zvládanie, zamerané na udržanie, či zlepšenie kvality života, pričom nároky a riziká sú pomenované ako ciele, ku ktorým jedinec smeruje. Ide o teóriu zvládania záťaže, ktorú predstavili Schwarzer a Taubert (2002), pričom popisujú alternatívu riešenia záťažovej situácie na základe časovej dimenzie. Rozlišujú medzi reaktívnym, anticipačným, preventívnym a proaktívnym zvládaním. Reaktívne zvládanie smeruje do minulosti a anticipačné, preventívne a proaktívne je nasmerované do budúcnosti. Proaktívne zvládanie je ešte na rozdiel

od preventívneho formulované pozitívne a zamerané na dosiahnutie cieľov. Preventívne zvládanie je zamerané na prekonávanie stresogénnych situácií.

Cieľom výskumu bolo skúmať vzťah proaktívneho zvládania a kvality života a zistiť rozdiely v proaktívnom zvládaní u pacientov so Sklerózou multiplex podľa pohlavia, veku a dĺžky ochorenia.

Skleróza multiplex je ochorenie nervového systému, ktoré má výrazný dopad na kvalitu života pacientov. Úzko súvisí najmä so zníženou pracovnou produktivitou, ako aj výskytom osobných, rodinných a sociálnych problémov (Grima et al., 2000). V prvej časti analýzy sme sa zamerali na skúmanie vzťahu proaktívneho zvládania a kvality života pacientov so Sklerózou multiplex. Vychádzali sme z tvrdenia niektorých autorov (McCabe, McKern, 2002; Farran, Ammar, Darwish, 2015), že spôsob zvládania záťaže má dopad na kvalitu života pacientov so Sklerózou multiplex. Zároveň sa uvádza, že stratégia Vyhýbanie sa riešeniu patrí k maladaptívnym formám zvládania záťaže a je spájaná s nízkou kvalitou života (Brajkovicetal, 2009; McCabe, McKern, 2002; Farran, Ammar, Darwish,

2015). V našom výskume neboli zistené žiadne štatisticky významné vzťahy medzi stratégiami zvládania záťaže a kvalitou života pacientov so Sklerózou multiplex. Domnievali sme sa, že proaktívne zvládanie záťaže bude súvisieť najmä s fyzickým zdravím, nakoľko autori Farran, Ammar, Darwish (2015) a Nowaczyk, Cierpialkowska (2016) uvádzajú, že ak pacienti využívali proaktívne riešenie situácií, tak vyjadrovali menšiu únavu a bolesti. Zároveň sme očakávali vzťahy stratégií zvládania s psychologickou doménou kvality života – prežívaním, pretože v predchádzajúcich výskumoch Vyhýbanie sa riešeniu situácií úzko súviselo s negatívnymi emóciami, vyšším výskytom depresie a úzkosti (Farran, Ammar, Darwish, 2015).

V ďalšej časti analýzy sme sa zamerali na porovnanie proaktívneho zvládania u pacientov so Sklerózou multiplex podľa pohlavia. U pacientov so Sklerózou multiplex sú najviac preferované stratégie zamerané na emócie (Brajkovicetal, 2009; McCabe, McKern, 2002). V bežnej populácii sú zaznamenané zmeny medzi mužmi a ženami v stratégiách Reflektívne riešenie situácií a vo Vyhľadávaní emočnej opory (Šolcová, Lukavský, Greenglassová, 2006), ale aj vo Vyhľadávaní inštrumentálnej opory (Greenglassová, Schwarzer, Taubert, 1999). Ženy využívajú viac emočnú a inštrumentálnu podporu, muži zase viac Reflektívne riešenie situácií. Podľa našich zistení sú u pacientov so Sklerózou multiplex štatisticky významné rozdiely v stratégiách Proaktívne riešenie situácií, Preventívne zvládanie situácií a Vyhľadávanie emočnej opory, pričom všetky tieto stratégie boli preferované viac mužmi, čo znamená, že zastúpenie stratégií zvládania v tejto skupine respondentov sú u mužov a žien iné. Zaujímavým zistením je, že obe skupiny pacientov rovnako využívajú stratégiu Vyhľadávanie inštrumentálnej opory, čo pravdepodobne súvisí s daným typom ochorenia. Podľa našich zistení sú teda muži s ochorením Skleróza multiplex vybavenejší pre adaptívnejšie zvládanie záťaže. Preferujú najmä stratégie Proaktívne zvládanie, ktoré je nasmerované do budúcnosti a je zamerané na dosiahnutie cieľov, alebo Preventívne zvládanie, ktoré je zamerané na prekonávanie stresogénnych situácií. Využívanie emočnej podpory je v spojitosti s vytváraním úzkych vzťahov. V takýchto vzťahoch môžu ľudia zverejňovať a diskutovať o problémoch, zdieľať obavy a dostávať prak-

tické rady, ktoré môžu jednotlivcom pomôcť pri riešení stresujúcich situácií (Greenglass, Fiksenbaum, Burke, 1996).

V ďalšej oblasti sme skúmali rozdiely proaktívneho zvládania u pacientov so Sklerózou multiplex podľa veku, pričom neboli zistené žiadne štatisticky významné rozdiely. Podľa

Nowaczyk, Cierpialkowska (2016) je u pacientov so Sklerózou multiplex Proaktívne zvládanie v negatívnom vzťahu s nižším vekom pacientov, tzn. u starších je zastúpené vo vyššej miere. Naše zistenia nepodporujú tieto tvrdenia.

V poslednej časti sme zisťovali, či existujú rozdiely v proaktívnom zvládaní u pacientov so Sklerózou multiplex podľa dĺžky ochorenia. Niektoré výsledky výskumu popisujú vzťahy medzi dĺžkou ochorenia a zvládaním ochorenia (McCabe, McKern, 2002). Podľa Bianchi et al. (2014) u novodiagnostikovaných pacientov so Sklerózou multiplex má stratégia Vyhľadávanie inštrumentálnej podpory stúpajúcu tendenciu. Našimi zisteniami neboli medzi jednotlivými skupinami respondentov rozdelených podľa dĺžky ochorenia zistené žiadne štatisticky významné rozdiely, čím dané tvrdenia nepotvrdzujeme. V procese zvládania je dôležité okrem stratégií zvládania, prihliadať aj na zdroje pacienta, nakoľko pacienti podľa dĺžky ochorenia sa líšia vo vnímaní zdrojov (Nowaczyk, Cierpialkowska, 2016). Autori upozorňujú na dôležitosť sledovanie práve tých faktorov, ktoré by mohli ovplyvňovať stratu týchto zdrojov.

ZÁVER

Podpora adaptívnych foriem zvládania náročnej situácie je potrebná pre dosiahnutie pozitívnych výsledkov v procese starostlivosti a liečby. Jednou z adaptívnych foriem zvládania je aj proaktívne zvládanie. Proaktívne zvládanie nevykazovalo u pacientov so Sklerózou multiplex štatisticky významné vzťahy ani s jednou oblasťou kvality života. Podľa pohlavia boli zaznamenané rozdiely v stratégiách Proaktívne riešenie situácií, Preventívne zvládanie situácií a Vyhľadávanie emočnej opory, pričom všetky tieto stratégie boli viac preferované mužmi. Podľa veku pacientov a dĺžky ochorenia neboli zistené žiadne štatisticky významné rozdiely. V procese starostlivosti o pacientov so Sklerózou multiplex je dôležité posúdiť a zhodnotiť nielen stratégie zvládania záťaže, ale i možné pre-

diktory a osobné zdroje pacienta pre vytvorenie terapeutických zásahov s cieľom zvýšiť kvalitu života pacienta.

Príspevok bol podporený projektom VEGA 1/0438/16 a projektom APVV 0532/10.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- BIANCHI, V. et al. 2014. Mood and coping in clinically isolated syndrome and multiple sclerosis. In *Acta Neurologica Scandinavica*. ISSN 1600-0404, 2014, vol.129, no.6, p.374–381.
- BRAJKOVIC, L. et al. 2009. The connection between coping mechanisms, depression, anxiety and fatigue in multiple sclerosis. In *Collegium Antropologicum*, ISSN 0350-6134, 2009, vol.33, no.2, p.135–140.
- BUETOW, S. – GOODYEAR-SMITH, F. – COSTER, G. 2001. Coping strategies in the self-management of chronic heart failure. In *Family Practice*. ISSN 1471-2296, 2001, vol. 18, no. 2, p. 117–122.
- FARRAN, N. – AMMAR, D. – DARWISH, H. 2016. Quality of life and coping strategies in Lebanese Multiple Sclerosis patients: A pilot study. In *Multiple Sclerosis and Related Disorders*. ISSN 2211-0348, 2016, vol.6, no.1, p.21–27.
- GREENGLASS, E.R. 2001. Proactive coping, work stress and burnout. In *The Journal of the International Stress management Association*. ISSN 1072-5245, 2001, vol.13, no.5–8.
- GREENGLASS, E. 2002. Proactive coping. In Frydenberg, E. (Ed.). *Beyond coping: Meeting goals, vision, and challenges*. London: Oxford University Press, 2002. pp. 37–62.
- GREENGLASS, E. – FIKSENBAUM, L. – BURKE, R.J. 1996. Components of social support, buffering effects, and burnout: Implications for psychological functioning. In *Anxiety, Stress, and Coping: An International Journal*. ISSN 1477-2205, 1996, vol.9, no.3, p. 185–197.
- GREENGLASS, E. – MARQUES, S. – DERIDDER, M., et al. 2005. Positive coping and mastery in a rehabilitation setting. In *International Journal of Rehabilitation Research*. ISSN 0342-5282, 2005, vol.28, no.4, p.331–339.
- GREENGLASS, E.R. – SCHWARZER, R. – TAUBERT, S. 1999. The proactive coping inventory (PCI): A multidimensional research instrument. [On-line]. [cit.2017-01-12]. Dostupné na: <http://www.psych.yorku.ca/greenglass/pci.php>.
- GRIMA, D.T. et al. 2000. Cost and health related quality of life consequences of multiple sclerosis. In *Multiple Sclerosis Journal*. ISSN 1477-0970, 2000, vol.6, no.2, p.91–98.
- LAZARUS, R.S. – FOLKMAN, S. 1984. *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company, 1984. p. 445. ISBN 0826141900.
- MALCOMSON, K.S. – DUNWOODY, L. – LOWE-STRONG, A.S. 2007. Psychosocial interventions in people with multiple sclerosis. In *Journal of Neurology*. ISSN 1432-1453, 2007, vol.245, no.1, p.1–13.
- McCABE, M. – MCKERN, S. 2002. Quality of life and multiple sclerosis: comparison between people with Multiple Sclerosis and people from the general population. In *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. ISSN 1573-3572, 2002, vol. 9, no.4, p.287–295.
- McCABE, M.P. – STOKES, M. – McDONALD, E. 2009. Changes in quality of life and coping among people with multiple sclerosis over a 2 year period. In *Psychology, Health & Medicine*. ISSN 1465-3966, 2009, vol.14, no.1, p. 86–96.
- NOWACZYK, N. – CIERPIALKOWSKA, L. 2016. Coping with multiple sclerosis from the perspective of Stevan E. Hobfoll's theory of conservation of resources. In *Advances in Psychiatry and Neurology*. ISSN 1230-2813, 2016, vol.25, no.2, p. 111–123.
- SCHWARZER, R. – TAUBERT, S. 2002. Tenacious goal pursuits and striving toward personal growth: Proactive coping. In Frydenberg, E. (Ed.). *Beyond coping: Meeting goals, visions and challenges*. London: Oxford University Press, 2002. pp. 19–35.
- SMEDEMA, S.M. – CATALANO, D. – EBENER, D.J. 2016. The Relationship of Coping, Self-Worth, and Subjective Well-Being: A Structural Equation Model. In *Rehabilitation Counseling Bulletin*. ISSN 0034-3552, 2016, vol.35, no.3, p.131–142.
- SOLLÁR, T. – ROMANOVÁ, M. 2011. Proaktívne zvládania - koncept a súčasný stav merania. In *Pomáhajúce profesie - aktuálne trendy v teórii, výskume a praxi*. Nitra: UKF, 2011, ISBN 978-80-558-0063-9, s.103–130.

- SOLLÁR, T. – ROMANOVÁ, M. – GREENGLASS, E. 2016. The Proactive coping inventory (PCI). [On-line]. [cit.2017-01-12]. Dostupné na: <http://estherg.info.yorku.ca/green-glass-pci/>.
- SVENSSON, T. et al. 2016. Coping strategies and risk of cardiovascular disease incidence and mortality: the Japan Public Health Center-based prospective Study. In *European Heart Journal*. ISSN1522-9645, 2016, vol. 37, no. 11, p. 890–899.
- ŠOLCOVÁ, I. – LUKAVSKÝ, J. – GREENGLASS, E. 2006. Dotazník proaktivního zvládnání životních nároků. In *Československá psychologie*. ISSN 0009-062X, 2006, vol.50, no.2, p.148–162.
- ŠŤASTNÁ, L. 2007. Dotazník kvality života WHOQOL- BREF a WHOQOL-100. [On-line]. [cit.2015-01-14]. Dostupné na: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/586/904/Dotaznik-kvality-zivota-WHOQOL-BREF-a-WHOQOL-100>.

**VPLYV CHRONICKEJ OBŠTRUKČNEJ CHOROBY PLŮC NA VÝSKYT DEPRESIE
U SENIOROV**
**THE IMPACT OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE FOR DEPRESSION
IN SENIORS**

KURIPLACHOVÁ Gabriela¹, KENDROVÁ Lucia², HUDÁKOVÁ Anna¹, MAJERNÍKOVÁ Ľudmila¹,
CIBRÍKOVÁ Silvia¹

¹ *Katedra ošetrovateľstva, Fakulta zdravotníckych odborov, Prešovská univerzita v Prešove, Prešov*

² *Katedra fyzioterapie, Fakulta zdravotníckych odborov, Prešovská univerzita v Prešove, Prešov*

ABSTRAKT

Východiská: Chronická obštrukčná choroba pľúc (CHOCHP) predstavuje v súčasnosti závažný zdravotnícky, ekonomický a spoločenský problém. Prejavuje sa výraznými klinickými symptómami, exacerbáciami a pridruženými komorbiditami, ako je úzkosť a depresia.

Cieľ: Hlavným cieľom prieskumu bolo posúdenie stupňa depresie u seniorov vo vzťahu k rozvoju CHOCHP.

Súbor a metódy: Prieskum bol realizovaný od februára do apríla 2015 na Pneumologicko-fyziologickej ambulancii v Starej Ľubovni. Prieskumu sa zúčastnilo spolu 50 respondentov (25 mužov a 25 žien) vo veku od 60-84 rokov. Na posúdenie stupňa depresie u pacientov s CHOCHP bol použitý štandardizovaný dotazník BDI-II (Beck Depression Inventory).

Výsledky: Z celkového počtu respondentov (N=50) sa u 41 (82%) respondentov zistil výskyt depresívnych príznakov, s prevalenciou u žien. V skupine respondentov vo veku od 60-69 rokov bola potvrdená depresia stredne ťažkého stupňa. Viac pridružených komorbidít mali muži: kardiovaskulárne ochorenia (M=1,25), psychiatrické ochorenia (M=1,16) a kostrovosvalové ochorenia (M=1,12).

Záver: Depresia je jednou z komorbidít CHOCHP v skupine pacientov nad 60 rokov, ktorá negatívne vplyva na celkový priebeh ochorenia a znižuje kvalitu života pacientov. Psychotherapia a zmena životného štýlu má v tomto prípade opodstatnený význam.

Kľúčové slová: Depresia. Chronická obštrukčná choroba pľúc. Komorbidity. Seniori.

ABSTRACT

Background: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is currently a major health, economic, and social problem. It manifests with marked clinical symptoms, exacerbations and associated comorbidities such as anxiety and depression.

Objective: The main objective of the survey was to assess the degree of depression in seniors in relation to the development of COPD.

Sample and Methods: The survey was carried out from February to April 2015 at the Pneumological-phthiseological clinic in Stara Ľubovna. The survey was attended by 50 respondents (25 men and 25 women) aged 60-84 years. The standardized BDI-II (Beck Depression Inventory) questionnaire was used to assess the degree of depression in COPD patients.

Results: Of the total number of respondents (N = 50), 41 (82 %) of respondents found the incidence of depressive symptoms, with prevalence among women. In the group of respondents aged 60-69 years, moderate-grade depression was confirmed.

More affiliated comorbidities were males: cardiovascular diseases (M=1.25), psychiatric disorders (M=1.16) and carcinoid diseases (M=1.12).

Conclusion: Depression is one of the COPD comorbidities in a group of patients over 60 years of age that negatively impacts on the overall course of the disease and reduces the quality of life of patients. Psychotherapy and change of lifestyle have a meaningful meaning in this case.

Key words: Depression. Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Comorbidities. Seniors.

ÚVOD

Chronická obštrukčná choroba pľúc (CHOCHP) je pľúcne ochorenie s výraznými klinickými symptómami, exacerbáciami a pridruženými komorbiditami. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) definuje CHOCHP ako preventabilné a liečiteľné ochorenie dýchacích ciest, ktoré je charakterizované pretrvávajúcimi respiračnými symptómami a obmedzením prietoku vzduchu v dôsledku abnormalít dýchacích ciest a/alebo pľúcnych mechúrikov, ktoré sú obvykle spôsobené signifikantnou expozíciou škodlivých častíc alebo plynov (Gold, 2017).

Toto ochorenie je celosvetovo na vzostupe. Podľa World Health Organization (WHO) trpí na CHOCHP až 64 miliónov ľudí na svete. Približne 3 milióny chorých jej každoročne podľahne. WHO predpokladá, že v roku 2030 sa CHOCHP stane treťou najčastejšou príčinou úmrtí na celom svete (Gold, 2013). Primárnou príčinou vzniku CHOCHP sú najčastejšie environmentálne faktory, ako: tabakový dym (aj ako dôsledok pasívneho fajčenia), inhalácia chemických látok, ktoré sú súčasťou smogu z tovární a výfukových plynov (Kuriplachová a kol., 2017).

Ochorenie často prebieha nepozorovane, preto sa u mnohých pacientov rozpozná až v pokročilejších štádiách (Rozborilová a kol., 2011). Najčastej-

šími ochoreniami, ktoré sa spolu s CHOCHP vyskytujú sú ochorenia kardiovaskulárneho systému, metabolický syndróm, karcinóm pľúc, osteoporóza, infekcie, depresia a úzkosť (Lennerová, Skříčková, 2016).

Existujúce štúdie poukazujú na 50% výskyt klinicky významných príznakov depresie a úzkosti u pacientov s CHOCHP vo veku nad 60 rokov.

Výskyt depresie a úzkosti u pacientov s CHOCHP

CHOCHP je multikomponentné ochorenie, spájané s viacerými extrapulmonálnymi prejavmi, ktoré vytvárajú podmienky pre vznik komorbidít (Benčová a kol., 2014).

CHOCHP je najčastejšie diagnostikovaná u pacientov stredného veku s pozitívnou anamnézou fajčenia a prítomnými komorbiditami z fajčenia. Obmedzovanie fyzickej aktivity je typickým príznakom vo včasných štádiách CHOCHP (s vyššími hodnotami FEV₁), pričom znižovanie fyzickej aktivity môže postupne zhoršovať pacientovo psychické zdravie, vyvolávať u neho stavy úzkosti a depresie a celkovo meniť kvalitu života (Ng et al., 2007; Balcells et al., 2010; Ito et al., 2012; Yohannes et al., 2003, Kim et al., 2000). Pacienti s CHOCHP, prevažne s nižšími hodnotami FEV₁, ktorí sú výrazne limitovaní v každodenných činnostiach, často trpia depresiou (Yohannes et al., 2003; Kim et al., 2000; Lennerová, Skříčková, 2016). Častejšie a dlhšie hospitalizácie, spojené s progredujúcou obštrukciou dýchacích ciest, ventilačnými poruchami a ireverzibilnou deštrukciou pľúcneho parenchýmu depresie prehľbujú (Kuriplachová a kol., 2017; Lennerová, Skříčková, 2016). Depresia je vo všeobecnosti najčastejšou komorbiditou na sociálnej a ekonomickej úrovni pacientov, ktorá sa prejavuje poruchou nálady, anhedóniou, poklesom energie a zvýšenou fyzickou únavou (Fritsch, 2013; Ondrejka, 2014). Iní autori, zaoberajúci sa diagnostikou depresie u seniorov, zaraďujú medzi prejavy depresie všeobecný pokles záujmov, pretrvávajúce myšlienky na samovraždu, poruchy spánku, nedostatočné sústredenie svojej pozornosti na činnosti a javy, pocity viny a beznádej, ale i telesné príznaky ako bolesť v chrbte, bolesť brucha a hlavy alebo kolísanie telesnej váhy a pod. (Praško, Možný, 1999).

CIELE

Hlavným cieľom prieskumu bolo posúdenie stupňa depresie u seniorov vo vzťahu k rozvoju

CHOCHP. Boli stanovené tieto parciálne ciele:

- posúdiť stupeň depresie vo vzťahu k veku za použitia štandardizovaného dotazníka BDI-II (Beckov dotazník);
- posúdiť významné rozdiely vo výskyte depresie medzi pohlaviami;
- zistiť prítomnosť pridružených komorbidít spôsobujúce depresie;
- navrhnúť odporúčania pre klinickú prax s cieľom eliminovať príznaky depresie.

SÚBOR A METÓDY

Prieskum bol realizovaný v časovom horizonte mesiacov február–apríl 2015. Zúčastnilo sa ho spolu 50 respondentov (N=50) vo veku od 60–84 rokov (25 mužov a 25 žien) s priemerným vekom 72,04 rokov.

Prieskum prebiehal na Pneumologicko-fyziologickej ambulancii v Starej Ľubovni. Respondenti (dispenzarizovaní pacienti) boli oboznámení s realizáciou prieskumu, ktorá spočívala v hodnotení príznakov depresie pomocou štandardizovaného dotazníka BDI-II. Výber respondentov bol zámerný. Podmienkou výberu skúmaného súboru boli: vek pacientov nad 60 rokov, liečba CHOCHP minimálne 1 rok, mentálne zdravie respondentov na dobrej úrovni a ochota spolupracovať na prieskume. Ďalšou premennou boli pridružené komorbidity CHOCHP. Získané výsledky boli štatisticky vyhodnocované prostredníctvom programu SPSS verzie 15.00 a zaznamenané v tabuľkách.

Beckov dotazník (BDI-II Beck Depression Inventory), ktorý bol použitý v prieskume, pozostáva z 21 položiek, ktorý spoľahlivo zachytáva depresívne príznaky u pacientov s chronickým ochorením. V dotazníku boli sledované tieto oblasti: smútok, budúcnosť, minulosť, radosť, pocity viny, potrestanie, sklamanie zo seba, sebavedomie, samovražda, plač, podráždenosť, záujem o ostatných, rozhodovanie sa, výzor, práca, spánok, únava, chuť do jedla, strata hmotnosti, starosť o telesné zdravie a záujem o sex.

Celkové skóre dotazníka sa pohybuje v rozsahu od 0 až 63 bodov. Na škále hodnotenia v dotazníku priradením bodov od 0–3 body môže respondent vyjadriť svoje subjektívne pocity. Výsledky sa interpretujú nasledovne: 0–13 bodov – minimálne prejavy depresie; 14–19 bodov – mierna depresia; 20–28 bodov – stredne ťažká depresia a 29–63 bodov ťažká depresia (Beck, 1988).

VÝSLEDKY

Pri priradovaní bodov na hodnotiacej škále Beckovho dotazníka mali respondenti zohľadňovať posledné 3 mesiace liečby a ich celkový psychosociálny stav. Z celkového počtu respondentov (N=50) uviedlo 26 (52 %) respondentov občasné smútok a sklúčenosť, 17 (34 %) respondentov opísalo stav neschopnosti zbaviť sa smútku.

Pocitmi viny s takmer každodennou frekvenciou výskytu trpelo 23 (46 %) opýtaných, 17 (33 %) respondentov malo časté pocity viny. Sklamanie zo seba samého uviedlo 28 (56 %) respondentov a 2 (4 %) uviedlo pocit nenávisť k sebe.

Budúcnosti sa obávalo 16 (32 %) respondentov a 13 (26 %) respondentov považovalo svoju budúcnosť za beznádejnú. Emócie v podobe plaču prejavilo 19 (38 %) respondentov, suicidálne sklony 25 (50 %) respondentov, psychickú podráždenosť 24 (48 %) respondentov. Znížený záujem o ostatných ľudí prejavilo 16 (32 %) respondentov, výčitky za spôsobené chyby potvrdilo 20 (40 %) respondentov. Depresívne príznaky sa prejavili aj vo fyzickej oblasti sledovaných respondentov, a to nasledovne: 21 (42 %) respondentov prejavilo nedostatok telesných síl, 50 (100 %) respondentov potvrdilo poruchy spánku, z ktorých 21 (42 %) spalo denne menej ako 5 hodín a preto počas dňa pociťovalo únavu rôznej intenzity. Zníženú chuť do jedla uviedlo 22 (44 %) respondentov, 6 (12 %) respondentov úplne stratilo chuť do jedla. Z toho samozrejme vplyva strata telesnej hmotnosti, kde u 34 (68 %) respondentov klesla v posledných 3 mesiacoch telesná váha o 2,5 kg, u 7 (14 %) respondentov klesla váha až o 5 kg. Fyzickú vyčerpanosť z dôvodu ťažkostí a bolesti, spôsobené chronickým ochorením uviedlo 14 (28 %) respondentov.

V prieskume bol sledovaný výskyt depresie v závislosti od pohlavia a veku, ktorého výsledky sú uvedené v tabuľkách 1a a 2.

Z výsledkov bolo zistené, že z celkového počtu respondentov (N=50), sa u 9 (18 %) respondentov neprejavili žiadne príznaky depresie. Avšak u 12 (24 %) respondentov sa prejavila mierna depresia, 17 (34 %) respondentov stredne ťažká depresia (s prevalenciou u žien) a 4 (8 %) respondentov ťažká depresia.

Najväčšiu vekovú skupinu, kde bola dokázaná depresia v súvislosti s CHOCHP tvorili pacienti v kategórii od 60–69 rokov, kde bola potvrdená depresia stredne ťažkého stupňa. Podobné výsledky

boli zistené vo vekovej kategórii pacientov od 70–79 rokov.

Pacienti najmä v pokročilých štádiách (III.–IV. štádium) CHOCHP často trpia depresiami rôzneho stupňa. Najčastejšie ide o tzv. „reaktívnu“ depresiu na zhoršujúci sa zdravotný stav, pridružené komorbidity, zvýšenú imobilitu a odkázanie na pomoc iných. So zhoršujúcim sa zdravotným stavom, sa mení celková kvalita života pacienta (Kuriplová a kol., 2017). V tabuľke 3 uvádzame výsledky prevalencie komorbidít u jednotlivých pohlaví.

Tabuľka 1 Úroveň depresie u oboch pohlaví podľa BDI-II

Pohlavie	Úroveň depresie	n	%	N
muži	0	6	12	25 respondentov
	1	3	6	
	2	6	12	
	3	8	16	
	4	2	4	
ženy	0	3	6	25 respondentov
	1	5	10	
	2	6	12	
	3	9	18	
	4	2	4	

Legenda: 0 - žiadne prejavy depresie, 1 - minimálne prejavy depresie, 2 - mierna depresia, 3 - stredne ťažká depresia, 4 - ťažká depresia

Tabuľka 2 Výskyt depresie v jednotlivých vekových skupinách podľa BDI-II

Vekové skupiny	Úroveň depresie	n	%	N
60-69	0	3	6	23 respondentov
	1	4	8	
	2	5	10	
	3	8	16	
	4	3	6	
70-79	0	1	2	16 respondentov
	1	3	6	
	2	4	8	
	3	5	10	
	4	3	6	
80-84	0	2	4	11 respondentov
	1	1	2	
	2	3	6	
	3	3	6	
	4	2	4	

Legenda: 0 - žiadne prejavy depresie, 1 - minimálne prejavy depresie, 2 - mierna depresia, 3 - stredne ťažká depresia, 4 - ťažká depresia

Tabuľka 3 Prevalencia komorbidít u jednotlivých pohlaviach

Komorbidity	Muž		Žena	
	M	SD	M	SD
Kardiovaskulárne ochorenia	1,25	0,51	0,56	0,23
Ochorenia GIT-u	0,48	0,19	0,44	0,18
Metabolické ochorenia	0,52	0,21	0,60	0,23
Kostrovosvalové ochorenia	1,12	0,45	0,92	0,38
Psychiatrické ochorenia	1,16	0,47	1,40	0,57

Legenda: M - štatistický priemer, SD - smerodajná odchýlka

Viac pridružených komorbidít mali muži než ženy. Išlo najmä o kardiovaskulárne ochorenia (M=1,25), psychiatrické ochorenia (M=1,16) a kostrovosvalové ochorenia (M=1,12). V kategórii žien bol zistený najväčší výskyt psychiatrických ochorení (M=1,40) a kostrovosvalových ochorení (M=0,92).

DISKUSIA

Na posúdenie výskytu depresie u chronicky chorých pacientov sa v klinickej praxi používa niekoľko dotazníkov, napr. HAM-D (Hamilton Depression Rating Scale), SDS (Zung's Self – Rating Depression Scale), BDI (Beck Anxiety Inventory) alebo GDS-15 (Geriatric Depression Scale) a pod. Podstatou týchto dotazníkov je prideliť prislúchajúci počet bodov ku každej položke, a tak zhodnotiť mieru stavu depresie u pacienta s chronickým ochorením.

Hlavným cieľom prieskumu bolo posúdenie stupňa depresie u seniorov vo vzťahu k rozvoju CHOCHP. V prieskume bol použitý štandardizovaný dotazník BDI-II podľa Becka, ktorého účelom bolo posúdiť úroveň depresie u pacientov s CHOCHP. Podľa našich zistení sa depresia vyskytovala u respondentov medzi 4–44 %, pričom najčastejšie sa vyskytujúcim stupňom depresie bola stredne ťažká depresia (tab.1).

Maurer et al. (2008) uvádzajú, že v USA sa prevalencia klinickej depresie u stabilizovanej CHOCHP pohybuje medzi 10–42 %, zatiaľ čo u pacientov závislých od kyslíkovej liečby je výskyt depresie až do 62 %. Ďalej udávajú, že riziko vzniku depresie je vyššie u pacientov s ťažkým stupňom CHOCHP v rozmedzí 37–71 %, čo je vyššie ako prevalencia iných závažných ochorení, ako je rakovina, AIDS, ochorenia srdca a obličiek. Pacienti s pridruženou depresiou sú 2-krát náchylnejší na

funkčné limity, slabšiu toleranciu na cvičenie a vyššiu frekvenciu akútnych exacerbácií, v porovnaní s pacientmi bez depresívnych príznakov.

V štúdií autorov Borgesa-Santosa et al. (2015) bolo zaradených spolu 54 pacientov s CHOCHP, u ktorých bola prítomná depresia pri dýchavici, spôsobená fyzickou aktivitou. Zo sledovaných pacientov až 22 % respondentov uvádzalo príznaky úzkosti, 24 % malo príznaky depresie a 22 % respondentov malo príznaky úzkosti a depresie. Pacienti s CHOCHP a depresívnymi symptómami mali väčší stupeň dýchavice.

Pokiaľ príznaky depresie nie sú adekvátne a včas liečené, môžu prejsť do chronického štádia, ktoré v konečnom dôsledku znižujú u pacienta sebavedomie, predurčujú k samovražedným myšlienkam a zvyšujú riziko hospitalizácie.

Ženy sú z psychologického hľadiska viac emocionálnejšie, zraniteľnejšie, citlivejšie vnímajú okolie, vzťahy, zmeny, prejavy choroby, a tým sú náchylnejšie na rozvoj depresie. Výsledky nášho prieskumu poukazujú na vysoký výskyt pridružených komorbidít, ktoré sa priamo zúčastňujú na rozvoji depresívnych príznakov. Boli potvrdené kardiovaskulárne ochorenia (s prevalenciou u mužov), ochorenia kostrovosvalového systému (s prevalenciou žien) a psychiatrické ochorenia (u oboch pohlaví).

Údaje z vedeckého programu DIALOG (2011) poukazujú na skutočnosť, že na Slovensku je medzi pacientmi s CHOCHP pomerne vysoký výskyt komorbidít: až 66 % pacientov má artériovú hypertenziu, 45 % ischemickú chorobu srdca a 16 % diabetes 2. typu. Výskyt komorbidít narastá so stupňom závažnosti ochorenia.

V slovenskej štúdií, realizovanej v rokoch 2007–2011 u 994 respondentov, zameranej na komorbidity CHOCHP, sa potvrdil výskyt ochorení kostrovosvalového systému, psychiatrické ochorenia (v neprospech žien) a ochorenia gastrointestinálneho traktu (v neprospech mužov) (Benčová a kol., 2014).

Rozvoj depresie ovplyvňuje aj dĺžka trvania chronického ochorenia. Podľa štúdie vykonanej v USA na vzorke 35 000 pacientov s CHOCHP trvajúcou dlhšie ako 10 rokov bol potvrdený výskyt depresie u 16,2 prípadov na 1000 pacientov. V porovnaní so skupinou bez CHOCHP, bol dokázaný výskyt depresie u 9,4 prípadov na 1000 respondentov (Yohannes, Alexopoulos, 2014). Títo autori ďalej tvrdia, že duševné poruchy sú v oblasti zdravia hlavnými príčinami zvyšujúceho sa zdravotného

postihnutia a zhoršenia kvality života u seniorov na celom svete. Podľa nich nezistené a neliečené príznaky depresie a úzkosti majú negatívny dopad na fyzické fungovanie a spoločenské pôsobenie, zvyšujú únavu a nároky na zdravotnú starostlivosť u chronicky chorých pacientov. Depresia sa zhoršuje so závažnosťou chronickej choroby a prežívania negatívnych životných udalostí, čo má za následok nedostatok sociálnej opory, sociálny stres, sociálnu izoláciu, opustenosť ľudí a pod. (Briedis, 2009).

Z výsledkov vedeckých štúdií teda vyplýva, že respondenti s dlhodobejšie trvajúcim ochorením trpia vo väčšej miere depresiou závažnejšieho charakteru, kým u pacientov v začiatkových štádiách ochorenia je toto percento nižšie. Signifikantne to dokazuje spojitosť medzi depresiou a dlhodobo trvajúcim ochorením.

ZÁVER

Záverom je vhodné opomenúť dôležitosť eliminácie exacerbácií CHOCHP, snažiť sa o stabilizáciu zdravotného stavu a včasné zahájenie psychoterapie. Kubincová a kol. (2011) poukazujú na komplexnosť problémov, tzv. bludný kruh, ktorý zahŕňa dyspnoe, imobilitu, nedostatok fyzickej kondície, úzkostné stavy, depresie a z toho vyplývajúcu sociálnu izoláciu. Depresívni pacienti majú vyšší počet exacerbácií v priebehu roka a z psychologického hľadiska sa považujú za menejcenných. Prvým krokom k spomaleniu progresie ochorenia, by mala byť absencia fajčenia a snaha o zlepšenie životosprávy, pravidelné lekárske vyšetrenia, posilnenie compliance s lekárom, pravidelné cvičenia (prechádzky, dychová gymnastika a pod.), príp. psychoterapia. Jóga pomáha pacientom nadobudnúť psychickú rovnováhu, relaxačná terapia odstrániť psychické vypätie, preto sú navrhované metódy vhodné pre všetky vekové kategórie.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ZDROJOV

BALCELLS, E. – GEA, J. – FERRER, J., et al. 2010. Factors Affecting The Relationship Between Psychological Status And Quality Of Life In COPD Patients. In *Health Qual Life Outcomes*. 2010; 8:108.

BECK, A.T., et al. 1988. An Inventory For Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. In *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*. 1988; 56 (6): 893–897.

BENČOVÁ, A. – ANTOŠOVÁ, M. – KOCAN, I., et al. 2014. Komorbity a chronická obštrukčná choroba pľúc. In *Studia pneumologica et phthiseologica*. 2014; 73: 65–73.

BORGES-SANTOS, E. – WADA, J.T. – da SILVA, C.M., et al. 2015. Anxiety And Depression Are Related To Dyspnea And Clinical Control, But Not With Thoracoabdominal Mechanics In Patients With COPD. In *Respiratory Physiology And Neurobiology*. 2015; 2010:1–6.

BRIEDIS, V. M.L. 2009. Identifying Mood Disorders In Men. In *Primary times* [online]. [2016-04-04]. s. 20–21. Dostupné na: <http://www.apna.asn.au/lib/pdf/Publications/PT_Dec_2009.pdf>

Dialog. 2011. *Vedecký program GSK*. Údaje poskytnuté spoločnosťou GlaxoSmithKline Slovakia s.r.o. 2011.

FRITZSCH, A. 2013. Cognitive Biases In Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease And Depression - A Pilot Study. 2013. [online]. [2017-12-12]. Dostupné na: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23351008>>.

Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2017. [online] [2017-11-12]. Dostupné na: <<http://goldcopd.org>>.

Gold. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 2013. [online] [2017-2-3]. Dostupné na: <<http://www.goldcopd.org/guidelines-global-strategy-for-diagnosis-management.html>>.

ITO, K. – KAWAYAMA, T. – SHOJI, Y., et al. 2012. Depression, But Not Sleep Disorder, Is An Independent Factor Affecting Exacerbations And Hospitalization In Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease. In *Respirology*. 2012; 17: 940–949.

KIM, H.F. – KUNIK, M.E. – MOLINARI, V.A., et al. 2000. Functional Impairment In COPD Patients: The Impact Of Anxiety And Depression. In *Psychosomatics*. 2000; 41: 465–471.

KUBINCOVÁ, A. – TAKÁČ, P. – LEGÁTH, L. 2011. Analýza klinických problémov v rámci pľúcnej rehabilitácie s využitím medzinárodnej ICF klasifikácie. In *Rehabilitačná Medicína & Fyzioterapia*. 2011, č. 1, s. 11–17. ISSN 1338-4759.

- KURIPLACHOVÁ, G. – HUDÁKOVÁ, A. – MAJERNÍKOVÁ, L., et al. 2017. *Nursing In Internal Medicine I*. Bački Petrovac. 2017. 192 s. ISBN 978-86-80394-14-5.
- LENNEROVÁ, Z. – SKŘIČKOVÁ, J. 2016. Epidemiologie CHOPN v číslech a světových měnách. In *Studia pneumologica et phthiseologica*. 2016; 76: 11–15.
- MAURER, J. – REBBAPRAGADA, V. – BORSON, S., et al. 2008. Anxiety And Depression In COPD. In *National Center For Biotechnology Information* [online]. [2017-5-6]; 4, s. 43–56. Dostupné na: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2849676/>>.
- NG, T.P. – NITI, M. – TAN, W.C., et al. 2007. Depressive Symptoms And Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Effect On Mortality, Hospital Readmission, Symptom Burden, Functional Status, And Quality Of Life. In *Archives of Internal Medicine*. 2007; 167 (1): 60–67.
- ONDREJKA, I. 2014. *Depresívne stavy*. Martin: Univerzita tretieho veku JLF UK, 2014. [online]. [2017-4-4]. Dostupné na: <<http://portal.jfmed.uniba.sk/download.php?fid=530>>.
- PRAŠKO, J. – MOŽNÝ, P. 1999. *Kognitívne behaviorálna terapie – úvod do teórie a praxe*. Praha: Triton. 1999. s. 304. ISBN 80-725-4038-6.
- ROZBORILOVÁ, E. – DRUGDOVÁ, M. – KRIŠTÚFEK, P., et al. 2011. Chronická obštrukčná choroba pľúc. Národné smernice pre prevenciu a terapiu. In *Slovenská pneumologická a fúzeologická spoločnosť*. [online]. [2018-1-1] Dostupné na: <<http://www.copdplatform.com/res/file/national-documents/svk-guidelines.pdf>>
- YOHANNES, A.M. – BALDWIN, R.C. – CONNOLLY, M.J. 2003. Prevalence Of Sub-Threshold Depression In Elderly Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease. In *International Journal Of Geriatric Psychiatry*. 2003; 18: 412–416.
- YOHANNES, A.M. – ALEXOPOULOS, G.S. 2014. Depression And Anxiety In Patients With COPD. In *European Respiratory Revue* [online]. [2017-3-2]. (9): 345–349. Dostupné na: <<http://err.ersjournals.com/content/23/133/345.full>>

HODNOTIACE NÁSTROJE A ICH VYUŽÍVANIE U SENIOROV *EVALUATION OF THE INSTRUMENT AND THEIR USE IN SENIORS*

LIBOVÁ Ľubica¹, SOLGAJOVÁ Andrea², JANKECHOVÁ Monika¹, OTRUBOVÁ Jana¹,
BALKOVÁ Hilda³

¹ *Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava*

² *Katedra ošetrovateľstva, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre*

³ *Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, Bratislava*

ABSTRAKT

Príspevok sa zaoberá niektorými hodnotiacimi nástrojmi, ktoré sú použiteľné pri starostlivosti o seniorov. Opisujeme posúdenie, ktoré je jednou z nosných častí ošetrovateľského procesu, benefity hodnotiacich nástrojov, ktoré zjednodušujú prácu sestram, objektivizujú posúdenie, ktoré realizujú. Ďalej sa zaoberáme výberom hodnotiaceho nástroja ktorý musí spĺňať určité kritériá. Pri posúdení geriatrického pacienta sú nepochybne dôležité aj hodnotiace nástroje a funkčné testy a preto v príspevku uvádzame nami vybrané škály hodnotenia bolesti, sebestačnosti a mobility u seniorov. Pri hodnotení mobility sme použili Skringový test mobility, Hodnotenie rovnováhy a chôdze podľa Tinettiovej. Na hodnotenie bolesti vizuálnu analógovú škálu, numerickú škálu, škálu výrazov tváre a verbálnu škálu bolesti. K hodnoteniu sebestačnosti uvádzame Barthelovej test – ADL, test inštrumentálnych všedných činností IADL, Katzov index nezávislosti. V závere konštatujeme, že hodnotenie seniorov v našej praxi nie je dostatočné. Aj keď sa v literatúre uvádza pomerne veľké množstvo škál, musíme podotknúť, že len vo veľmi malom množstve sa používajú v zdravotníckych zariadeniach.

Kľúčové slová: Seniori. Hodnotiace nástroje. Ošetrovateľský proces. Posúdenie.

ABSTRACT

The paper deals with some evaluation tools that are applicable to senior care. We describe the assessment, which is one of the main parts of the nursing process, the benefits of evaluation tools that simplify the work of nurses, objectivize the assessments they make. We also deal with the selection of an evaluation tool that must meet certain criteria. When evaluating a geriatric patient, assessment tools and functional tests are undoubtedly important, and therefore, in the contribution, we have selected selected scales of assessment of pain, self-sufficiency and mobility in seniors. In the mobility assessment, we used the Mobility Screening Test, Tinetti's Equilibrium and Walk Assessment. To evaluate the pain of a visual analogue scale, a numerical scale, a range of facial expressions, and a verbal scale of pain. To evaluate self-sufficiency, we mention Barthel's test - ADL, the test of instrumental everyday activities - IADL, the Katz Independence Index. Finally, we note that the assessment of seniors in our practice is not sufficient. Although there is a relatively large number of scales in the literature, we must point out that they are used in very small quantities only in medical facilities.

Key words: Seniors. Evaluation tools. Nursing process. Assessment.

ÚVOD

Problematika využívania hodnotiacich nástrojov po podrobnom preskúmaní poskytuje jeden výrazný kontrast. V súčasnej ošetrovateľskej praxi jeho skúmanie môže poskytnúť dôležité informácie pri riešení situácie. Vo výučbe sestier na jednej strane neustále zaznieva evidencia based practice. Sestry sú oboznamované s najnovšími výsledkami v rámci širokej škály výskumov a v rámci ošetrovateľského procesu sú vedené k uplatneniu vedeckých informácií. Na strane druhej v našej praxi sa stretávame s nie zriedkavým obrazom, kedy sa sestra nastupujúca do práce úplne podvolí rutine zabehnutej na danom pracovisku, často chybnéj. Druhá alternatíva je, že sestry majú vôľu používanie hodnotiacich nástrojov presadiť, ale stretávajú sa s nevoľou manažmentu alebo multidisciplinárneho tímu, s ktorým pracujú. Individuálny prístup sestry ku každému pacientovi je deklarovaný v odbornej literatúre. K tejto individuálnej starostlivosti patrí aj individuálne posúdenie pacienta sestrou. Na základe týchto skutočností sme sa rozhodli popísať v tomto príspevku možnosti použitia hodnotiacich nástrojov v niektorých základných oblastiach, ako je hodnotenie bolesti, sebestačnosti a mobility u seniorov.

Ošetrovateľský proces a benefity hodnotiacich nástrojov

Ako uvádza Tomagová, Bóriková, et al. (2010; s.2), posúdenie je jednou z nosných častí v ošetrovateľskom procese, ktorý je systematická, racionálna metóda plánovania a poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti. Získané údaje, ktoré sestra získa by mala pravidelne vyhodnocovať. Relevance a celistvosť údajov sa neskôr odráža aj v ďalších fázach procesu a to hlavne v diagnostike a plánovaní. Posudzovanie sa nezakladá len na klasických metódach, ako je rozhovor alebo fyzikálne vyšetrenie, ale aj na využití hodnotiacich nástrojov (Vörösová et al., 2011, s. 54). Práve tieto môžu v neskorších fázach procesu zjednodušiť jej prácu

a zamerať sa tak len na oblasti, ktoré predstavujú riziko alebo v ktorých sa už vyskytuje deficit. Hodnotiaci nástroj je kľúčovou súčasťou posudzovacej fázy (New Zealand Guidelines Grup - NZGG, 2003, s. 25). Striktné viazanie hodnotiacich nástrojov nie je len na fázu posúdenia. Nakoľko ošetrovateľský proces nie je rigidný a nemenný, je potrebné priebežné, ako aj záverečné hodnotenie. A tu by mali mať hodnotiace nástroje nezastupiteľné miesto. Ak sa hodnotiace nástroje použili v úvodnej fáze – posúdení, je prínosom rovnaké aplikovať aj vo fáze hodnotenia. Nemali by sme sa v nej uspokojiť len so stručným slovným hodnotením, ale svoje zistenia aj objektivizovať. Vo fáze vyhodnotenia nám tak prinášajú nielen spätnú väzbu kvality poskytnutej starostlivosti, ale umožňujú aj kontinuálne takzvané napasovať nasledujúcu starostlivosť na požiadavky konkrétneho pacienta. Ošetrovateľská starostlivosť sa tak stáva individualizovanou, nie mechanickou a tým umožňujú sestram merat' kvalitu ošetrovateľskej praxe (Žiaková, Galajda, Šutarík et al., 2003, s. 13), objektivizovať údaje, poskytujú sestram priestor pre rozvíjanie kritického myslenia a dôkazy pre rozvoj evidence based practice. Práve vďaka týmto hodnotiacim nástrojom je možné validne porovnať výsledky výskumov a štúdií. Snahou profesionálov v dnešnej dobe je vytvorenie kolekcií multifunkčných nástrojov pre špecifické skupiny pacientov – seniorov (Bóriková, Žiaková, 2007, s.13), ku ktorým nepochybne patrí aj gerontologické ošetrovateľstvo. Veľkým benefitom hodnotiacich nástrojov je, že zjednodušujú prácu sestram, objektivizujú posúdenie, ktoré realizujú. V zahraničí sú hodnotiace nástroje bežnou realitou v zdravotníckych zariadeniach. Posudzovacou stupnicou v ošetrovateľstve sú ukazovatele, ktoré sa používajú pri hodnotení zmien v zdravotnom stave osoby, pričom zmeny možno merať priamo alebo nepriamo a hodnotenie sa väčšinou vykonáva číselným súčtom (Z.z. 364/2005). Staňková (2001, s.7) uvádza, že v našich podmienkach sa tieto metódy využívajú iba sporadicky. Uvádzame aspoň niektoré z veľkého počtu benefitov, ktoré udávajú Bóriková, Žiaková (2007, s.13), Ulrichová (2012):

- zvyšujú kvalitu diagnostického procesu,
- zlepšujú efektivitu starostlivosti o pacienta,
- konzistentné dáta sú porovnateľné a prenositeľné medzi inštitúciami,
- zvyšujú autonómiu profesie,
- umožňujú zber pomerne veľkého počtu dát za relatívne krátky čas (Žiaková, Galajda, Šutarík, et al., 2003, s. 13),
- slúžia k zisteniu objektívneho stavu pacienta a zaisťujú, že každá osoba podieľajúca sa na starostlivosti, nebude vkladat' do posudzovania vlastný obraz z pohľadu odlišného chápania stavu pacienta,
- umožňujú sledovanie pokrokov v starostlivosti,
- zabráňujú zbytočnej duplicite posudkov pri prechode medzi službami a zabráňujú predčasnemu prepusteniu / napr. z rehabilitačných služieb (NZGG, 2003, s. 11),
- sú prínosom v priamej ošetrovateľskej starostlivosti, keďže sú ľahko prístupné, zrozumiteľné, ľahko vykonateľné (Fulmer, Wallace, 2012, s.1),
- umožňujú posúdiť indikátory na hodnotenie poskytovanej zdravotnej starostlivosti kvality,
- pomáhajú určiť konkrétne deficity, nielen deficitnú obecnú oblasť.

Výber hodnotiaceho nástroja

V literárnych zdrojoch je dost' použitých hodnotiacich nástrojov, ktoré sú buď originálne, alebo modifikované. Avšak pri výbere hodnotiaceho nástroja musíme zohľadniť viacero kritérií a to:

- *musí byť validný* (validita je základným kritériom vedeckej hodnoty výskumnej metódy a pokladá sa za najlepší ukazovateľ meracieho nástroja (Gurková, 2011; s.113),
- *musí byť reliabilný* (reliabilita vyjadruje stálosť, alebo akúsi zhodu získaných výsledkov (Reichel, 2006; s.68),
- *musí byť kultúrne senzitivny* (rešpektujúci kultúrne špecifiká skúmanej populácie a adaptovaný v procese národnej validizácie),
- *štandardizovaný* (so zadanými pojmami a je pravidelne recenzovaný klinickými expertmi (Bóriková, Žiaková, 2007, s. 14).

Škálovanie ako také pozostáva z určitých komponentov, ktoré majú svoju postupnosť a spolu tvoria hodnotiaci nástroj ako celok. Veselá et al. (2011, s. 191) uvádzajú tieto kroky:

- výber relevantných znakov,
- štúdium ich platnosti i s ohľadom na vlastnosti objektu,
- preskúšanie stability - reliability,
- výber metriky,
- výber postupu pre výpočet celej stupnice.

Posudzovanie a hodnotiace nástroje v geriiatrii

„Posudzovanie, ako jedna z fáz ošetrovateľského procesu, predstavuje komplexné bio-psycho-sociálne zhodnotenie starého človeka s rešpektovaním osobitostí geriatrického veku.“ (Balková, Hudáková et al., 2006, s. 45) Súčasťou posúdenia geriatrického pacienta sú nepochybne aj hodnotiace nástroje a funkčné testy. Posudzovanie je zamerané predovšetkým na potreby, ktoré sa následkom starnutia a choroby zmenili, alebo vznikli (Poledníková et al., 2006, s. 43). Súčasťou posúdenia geriatrického pacienta sú nepochybne aj hodnotiace nástroje a funkčné testy. Okrem toho hodnotiace nástroje pomáhajú zjednotiť zozbierané údaje a umožnia porovnať výsledky s inými pracoviskami (Žiaková, Galajda et al., 2003, s. 13). Vo fáze posudzovania vyplňa hodnotiace nástroje sestra, ale môžu ich vyplňať aj priamo pacienti vo forme dotazníkov. U geriatrického pacienta sa často vyskytujú poruchy zraku alebo aj kognitívne poruchy, ktoré môžu narušiť pochopenie jednotlivých častí dotazníka, preto prítomnosť sestry pri pacientovi počas vyplňania je dôležitá. Vörösová et al. (2011, s. 55) v knihe Ošetrovateľský proces v internom ošetrovatelstve uvádza najčastejšie oblasti, v ktorých sestra využíva hodnotiace nástroje a škály. Sú to: výživa, vyprázdňovanie (v zmysle inkontinencie, zápchy), dýchanie, mobilita, sebaistočnosť, sebaopatera, vedomie, spánok, bolesť, stres, záťaž opatrovateľa, alkoholizmus, úzkosť, smútok, kvalita života a mentálny stav. S rastúcou autonómiou a profesionalitou sestier by mala narastať efektivita plánovania a ich samostatnosť pri posudzovaní pacienta (Žiaková, Galajda et al., 2003, s. 13). To platí aj v geriatrickom ošetrovatelstve. Hodnotiacich nástrojov je v súčasnej ošetrovateľskej praxi veľké množstvo a tak isto aj ich modifikácii, ale u seniorov sú často využívanými škály zamerané na hodnotenie bolesti, sebaistočnosti a mobility.

Hodnotenie mobility

Asi jedna tretina seniorskej populácie má problémy s mobilitou. Môžeme sa domnievať, že tieto problémy sú priamo spôsobené funkčnými zmenami staroby, ale nie je tomu celkom tak. Okrem nich sa často na poruche mobility podieľajú aj chorobné procesy (O'Hanlon, Twomey, 2009, s. 546). Ochorenia pohybového aparátu sú najčastejšie – osteoporóza, artróza kolenných a bedrových kĺbov, ďalej ochorenia vestibulárneho a nervového sys-

tému – Parkinsonova choroba, Alzheimerova demencia, internistické ochorenia – hypoglykémia, arytmie a pod. (Kalvach et al., 2008, s. 170; Fletcher, 2008). Určitý vplyv na mobilitu má aj užívanie liekov a u geriatrického pacienta často vyskytujúca sa polypragmázia. Často krát po redukcii liečby dôjde k výraznej zmene zdravotného stavu a z imobilného pacienta sa stane pacient už len s miernym obmedzením (O'Hanlon, Twomey, 2009, s. 546). Nie je však zriedkavé, že tento dynamický proces prebieha aj opačne. Často sa imobilita rozvíja pomerne rýchlo od prijmu pacienta. Preto je potrebné čo najskôr zhodnotiť mobilitu pacienta a zabrániť tak prípadným pádom, pretože tie v geriatrickej praxi predstavujú závažný problém. Krajčík (2006, s. 344) udáva, že „asi 25 % ľudí vo veku 65 – 74 rokov v priebehu roka spadne. Nad 75 rokov je to až 50 %.“ V geriatrickej praxi sú pády na piatom mieste z príčin úmrtia. Posúdením mobility sa odhalia príčiny pádov a hneď sa môžu naplánovať účinné intervencie, ktoré v konečnom dôsledku môžu predísť vzniku pádov. Medzi najčastejšie používané a odporúčané v našej praxi patrí Mobility screening test a hodnotenie rovnováhy a chôdze podľa Tinettiovej.

Skriningový test mobility - test je vhodný pre použitie ako v klinickej praxi, tak aj v primárnej starostlivosti. Môže ho vykonávať lekár, rehabilitačný pracovník ako aj sestra (Klán, Topinková, 2003, s. 38).

Hodnotenie rovnováhy a chôdze podľa Tinettiovej - Anglicky označený aj ako Performance-Oriented Mobility Assessment, je to stupnica vyvinutá Tinettiovou v roku 1986. Je to nástroj hodnotenia mobility a rizika pádu, hlavne u seniorov (Faber et al., 2006, s. 950). Tento nástroj ma taktiež mnoho modifikácii. Rozdiely sú badateľné len v rozdielnom počte položiek.

Hodnotenie bolesti

Bolesť u seniorov je pomerne častá a spája sa s veľkým radom chronických ochorení, ako napríklad osteoporóza, artróza a artritída kĺbov, ale vyskytuje sa ako uvádza Horgas (2008) aj pri akútnych ochoreniach (operácie – najčastejšie krčka stehennej kosti, rakovina). Pri hodnotení geriatrického pacienta sa často zdravotnícki pracovníci dopúšťajú mnohých chýb. Medzi jednu z nich patrí mylný predpoklad, že bolesť spôsobujú degeneratívne zmeny spôsobené starnutím, teda vekom pacienta,

alebo že pacienti so zníženou kognitívnou schopnosťou nie sú schopní cítiť bolesť, alebo ju pociťujú menej. Je však dokázané, že degeneratívne zmeny prebiehajúce v mozgu pri Alzheimerovej chorobe nepostihujú časti, ktoré sú zodpovedné za interpretáciu bolesti. Títo pacienti teda pociťujú bolesť rovnako, majú však problém s vyjadrením bolesti (Curtiss, 2010, s. 8). Z dôvodu, ako uvádza Staňková (2001, s.9), že bolesť je považovaná za subjektívny zážitok, boli vytvorené metódy, ktoré pomáhajú tieto údaje kvantifikovať. Hodnotenie bolesti sa radí medzi kľúčové schopnosti sestier v ktoromkoľvek klinickom odbore. Správne vykonané hodnotenie vedie k vyselektovaniu správnych intervencií, tým aj k úľave od bolesti, čo v neposlednom rade ovplyvňuje kvalitu života seniora (Briggs, 2010, s. 36). Vyberáme najčastejšie používané v praxi: vizuálna analógová škála, numerická škála, škála výrazov tváre, verbálna škála bolesti.

Vizuálna analógová škála (VAS) – sa zaraďuje medzi najspôľahlivejšie a najcitlivejšie hodnotiace nástroje. V štúdiách sa zistilo, že VAS – 10 cm bola citlivejšia, ako ostatné numerické a verbálne škály.

Numerická škála – je meradlo, pri ktorom zdravotný pracovník vyzve pacienta, aby na ňom zaznačil intenzitu svojej bolesti. Obyčajne je to jedenásť bodová škála s bodovým rozhraním 0 až 10, alebo stobodová s rozmedzím 0–100, pričom 0 znázorňuje „bez bolesti“ a 10 alebo 100 predstavuje „najhoršiu bolesť“ (Žiaková et al., 2003 s 16; Powell et al., 2010, s. 67).

Škála výrazov tváre - táto hodnotiacia stupnica bola pôvodne vytvorená na hodnotenie bolesti u detí. Je považovaná za najčastejšie využívaný hodnotiaci nástroj u ľudí so zníženou kognitívnou schopnosťou a u detí (Mc Carberg, Stanos, 2008, s. 424). Medzinárodná asociácia pre štúdium bolesti IASP16 uvádza na svojej stránke aj inštrukcie k tomuto hodnotiacemu nástroju a to až 38 jazykoch (IASP, 2012). Jej spracovanie je ľahké a okrem fotokópii tváre nie je potrebné iné vybavenie. Škála obsahuje obrázky tváří, ktoré sú zoradené z ľavej strany smerom v pravo podľa intenzity bolesti a to tak, že úplne v ľavo na stupnici je tvár znázorňujúca tvár bez bolesti. Tváre podľa intenzity na stupnici postupujú smerom v pravo, kde úplne v pravo je tvár znázorňujúca najväčšiu intenzitu bolesti. Existuje aj modifikácia, pri ktorej sú ešte k tváram priradené číselné hodnoty: 0, 2, 4, 6, 8 a 10 (0 – bez bolesti, 10 najväčšia bolesť) (Powell et al., 2010, s. 67). Táto

hodnotiacia škála má časovú náročnosť 5 minút aj s edukáciou pacienta o používaní škály.

Verbálna škála bolesti – pacient verbálne vyjadří pocity svojej bolesti, ako cíti a prežíva bolesť, vyjadruje nepohodlie a stres. Potom slovne alebo vizuálne vyberú jednu zo 6 možností: žiadna bolesť, mierna bolesť, stredná bolesť, silná bolesť, veľmi závažná bolesť a najhoršia možná bolesť. Niekedy sa k týmto údajom pridávajú čísla, tie sa však používajú hlavne pre uľahčenie vyhodnotenia záznamu (Powell et al., 2010, s. 67).

Hodnotenie sebestačnosti

Bóriková (2010, s.26) uvádza, že v starobe obyčajne chronická choroba spôsobí fyzickú disabilitu a tým aj obmedzenie alebo stratu určitých funkcií. Najčastejšie sa pod túto disabilitu podpisujú ochorenia muskuloskeletárne, neuromuskulárne a kardiovaskulárne. Výsledkom je pomerne často obmedzená schopnosť až neschopnosť vykonávať aktivity denného života v rozsahu, ktorý je považovaný za normálny. Jedným z hlavných cieľov ošetrovateľstva je pomáhať chorým udržať alebo dosiahnuť maximálne možnú úroveň sebestačnosti (Staňková, 2001, s. 32). Je nevyhnutné sa uistiť pred prepustením pacienta zo zdravotníckeho zariadenia do domáceho prostredia, či je schopný sa o seba postarať, alebo mu bude zaistená adekvátna pomoc. Hodnotenie je dôležité aj z pohľadu plánovania individuálnej starostlivosti o seniora. Sestra ma možnosť hodnotiacimi nástrojmi identifikovať priamo oblasti deficitu a v ošetrovateľskej starostlivosti sa špecializovať priamo na ne s cieľom dosiahnuť najvyššej možnej miery sebestačnosti. K hodnoteniu sebestačnosti nám slúžia najmä: Barthelovej test – ADL, test inštrumentálnych všedných činností IADL, Katzov index nezávislosti.

Barthelovej test (ADL) – prvý krát bol publikovaný v roku 1958. Tento nástroj bol pôvodne vyvinutý pre dlhodobo hospitalizovaných pacientov, pacientov s neuromuskulárnym ochorením a muskuloskeletárnym ochorením (Green et al., 2001, s. 671; Boriková, 2010, s. 27). Veľmi dobré výsledky ako uvádza Leung et al.(2007, s. 912) má aj v rehabilitácii seniorov po náhlej cievnej mozgovej príhode a osteoartrózy. Je považovaný za jeden z najpoužívanejších nástrojov v zdravotníckych zariadeniach a štúdie preukázali jeho citlivosť, dobrý skrining, ako aj jednoduchosť škálovateľnosti.

Test inštrumentálnych všedných činností IADL – nástroj bol vyvinutý v roku 1969 autorkami: Brody,

Lawton Powel (Boriková, 2010, s. 28). Tento hodnotiaci nástroj posudzuje inštrumentálne, nezávislé zručnosti bežného života. Tieto zručnosti sú však považované za zložitejšie ako základné činnosti každodenného života, hodnotené v ADL alebo v Katzovom indexe nezávislosti. Obsahuje 8 oblastí. Ženy sú hodnotené vo všetkých 8 oblastiach (telefonovanie, transport, nakupovanie, varenie, domáce práce, práce okolo domu, užívanie liekov, financovanie), zatiaľ čo muži len v 5 oblastiach. U mužov sa môže vynechať hodnotenie nakupovanie, varenie a domáce práce, ak ich bežne nevykonávajú (Graf, 2007, s.1).

Katzov index nezávislosti – prvýkrát bol publikovaný v roku 1963. Na začiatku bol vytvorený pre potreby domovov dôchodcov a rehabilitačnú starostlivosť. Tvoria ho 6 oblastí bežných denných aktivít: kúpanie, obliekanie, používanie toalety, pohyblivosť, kontinencia, stravovanie (Shelkey, 2012, s.1; Žiaková et al., 2003, s. 59). Jeho rozptyl reliability sa pohybuje v rozmedzí 0,74 – 0,94. Má taktiež dobrú prediktívnu validitu (Boriková, 2010, s. 28). Ku každej oblasti je slovné hodnotenie „nezávislý“ alebo „závislý“ spolu so slovným opisom, kde sa zaznačí jedna z vyššie uvedených možností, ktorá najbližšie zodpovedá funkčnému stavu pacienta. Existujú dva typy celkového hodnotenia a to buď hodnotenie podľa indexov: a) nezávislosť vo všetkých činnostiach b) nezávislý vo všetkých okrem jednej c) nezávislý vo všetkých okrem kúpania a niektorej ďalšej činnosti d) nezávislý okrem kúpania, obliekania a niektorej ďalšej činnosti e) nezávislý okrem kúpania, obliekania, používania toalety a niektorej ďalšej činnosti f) nezávislý okrem kúpania, obliekania, používania toalety, presunu na stoličku a niektorej ďalšej činnosti g) nezávislý vo všetkých 6 funkciách (Žiaková et al., 2003, s. 61) Číselné hodnotenie, pričom závislosť je označená 0 a nezávislosť 1 bodom. Celkové maximálne hodnotenie škály je 6 bodov. Skóre 6 ukazuje plnú funkčnosť, 4 značí stredne ťažké poškodenie, 2 alebo menej znamená závažnú funkčnú poruchu (Shelkey, 2012, s. 1). Tento hodnotiaci nástroj bol vytvorený na hodnotenie bežných, nie pokročilých bežných aktivít. Nie je vhodné použitie v akútnej starostlivosti (Shelkey, s. 1; Boriková, 2010, s. 27).

ZÁVER

V závere je možné skonštatovať, že hodnotenie seniorov v našej praxi nie je dostatočné. Aj keď sa v literatúre uvádza pomerne veľké množstvo škál,

musíme podotknúť, že len vo veľmi malom množstve sa používajú v zdravotníckych zariadeniach. Stretávame sa s rôznymi postojmi sestier. Pripisujeme to hlavne tomu, že naša súčasná ošetrovateľská prax je ešte stále v prevažnej miere zameraná na výkon. V podstate to vytvára určitý bludný kruh, kedy sestra zostavuje ošetrovateľský plán bez kvalitného vstupného posúdenia pacienta. To má za následok neefektívne plánovanie a vykonávanie často zbytočných a duplicitných intervencií, ktoré v konečnom dôsledku neprispievajú k riešeniu/odstráneniu problémov pacientov. Sestra pohltená množstvom neefektívnych intervencií, prehliada priebežné, ako aj záverečné hodnotenie a pacient je často prepúšťaný do domácej starostlivosti bez vyriešenia podstaty jeho problému. Nastáva neuspokojenie na obidvoch stranách, sestra sa sťažuje na veľký časový stres a pacient sa po čase opätovne vracia do zdravotníckeho zariadenia. Riešenie však nevidíme iba v náprave zmýšľania sestier, ale taktiež aj v manažmente zdravotníckych zariadení, ktorý má sestram vytvoriť vhodné podmienky pre aplikáciu praxe založenej na dôkazoch. Bez koordinácie obidvoch týchto zložiek to však nie je možné. Chceli sme poukázať na niektoré hodnotiace nástroje, ktoré sú časovo nenáročné, dajú sa využiť pri starostlivosti o seniorov. Hodnotiace nástroje taktiež pomáhajú vytvoriť určitý systém, ktorý by zhodnotil starostlivosť v danom zdravotníckom zariadení a umožnil by tým ju aj porovnať s inými zariadeniami. Tento systém by mali v prvom rade presadzovať zdravotné poisťovne aby mali relevantné údaje pri hodnotení indikátorov kvality tak zdravotnej ako aj ošetrovateľskej starostlivosti. Sestra má podľa *Vyhlášky ministerstva zdravotníctva SR 364/2005 „identifikovať potreby ošetrovateľskej starostlivosti osoby, rodiny alebo komunity a zabezpečuje, alebo vykonáva uspokojovanie potrieb súvisiacich so zdravím, chorobou alebo umieraním.“* Na identifikáciu v procese posudzovania sú určené aj hodnotiace nástroje - keďže sestra podľa vyhlášky hodnotí a ošetruje poruchy celistvosti kože a slizníc (Z. z. 364/2005), malo by byť prirodzenou súčasťou ošetrovateľskej praxe používanie hodnotiacich nástrojov.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV
BALKOVÁ, D. – HUDÁKOVÁ, A. et al. 2006. *Gerontologické ošetrovateľstvo: Vysokoškolské učebné texty*. 1 vyd. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, 2006. 91 s. ISBN 80-8068-525-8.

- BORIKOVÁ, I. 2010. Posudzovanie aktivít denného života. In *Ošetrovatelství a porodní asistence*. ISSN 1804-2740, 2010, roč. 1, č. 1, s. 24–30.
- BORIKOVÁ, I. – ŽIAKOVÁ, K. 2007. *Problematika posudzovacích nástrojov v ošetrovatelstve. In Ošetrovatelská diagnostika a praxe založená na dôkazoch*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2007. ISBN 978-80-7368-230-9, s. 13–18.
- CURTISS, C.P. 2010. Challenges in Pain Assessment in Cognitively Intact and Cognitively Impaired Older Adults With Cancer. In *Oncology Nursing Forum*. ISSN 0190535X, 2010, vol. 37, p. 8–11.
- FLETCHER, K. 2008. *Dementia: Nursing Standard of practice Protokol* [online]. 2008, [cit.2012-06-1]. Dostupné na internete: http://consultgerirn.org/topics/dementia/want_to_know_more.
- FULMER, T. – WALLACE, M. 2012. Fulmer SPICES: An Overall Assessment Tool for Older Adults. In *Try This: Best Practices in Nursing Care to Older Adults* [online]. 2011, no. 1, [cit.2012-01-1]. Dostupné na internete: http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_1.pdf.
- GRAF, C. 2007. *The Lawton Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Scale*. In *Try This: Best Practices in Nursing Care to Older Adults* [online]. 2007, no. 23 [cit.2012-01-12]. Dostupné na internete: http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_23.pdf.
- GREEN, J. – FORSTER, A. – YOUNG, J. 2001. A test-retest reliability study of the Barthel Index, the Rivermead Mobility Index, the Nottingham Extended Activities of Daily Living Scale and the Frenchay Activities Index in stroke patients. In *Disability And Rehabilitation*. ISSN 0963-8288, 2001, vol. 23, no. 15, p. 670–676.
- GURKOVÁ, E. 2011. *Hodnocení kvality života. Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.
- KALVACH, Z. – ZADÁK, Z. – JIRÁK, R., et al. 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
- KRAJČÍK, Š. 2006. Pády a ich príčiny v starobe. In *VIA PRACTICA* [online]. 2006, roč. 3, č. 7/8 [cit. 2012-01-1]. Dostupné na internete: http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=74&magazine_id=1.
- LEUNG, S.O. – CHAN, C. – CSHAH, S. 2007. Development of a Chinese version of the Modified Barthel Index - validity and reliability. In *Clinical Rehabilitation*. ISSN 0269-2155, 2007, vol. 21, no. 10, p. 912–922.
- McCARBERG, B. – STANOS, S. 2008. Key Patient Assessment Tools and Treatment Strategies for Pain Management. In *Pain Practice: The Official Journal Of World Institute Of Pain*. ISSN 1530708, 2008, vol. 8, no. 6, p. 423–432.
- NEW ZEALAND GUIDELINES GRUP. 2003. Screening and assessment tools [online]. Wellington: NZGG, 2003. [cit. 2012-01-1]. Dostupné na internete: http://www.nzgg.org.nz/guidelines/0030/tools_summary.pdf.
- O'HANLON, S. – TWOMEY, C. 2009. Mobility impairment in older adults. In *InnovAiT*. ISSN 17557380, 2009, vol. 2, no. 9, p. 546–550.
- POLEDNÍKOVÁ, L. et al. 2006. *Geriatrické a gerontologické ošetrovatelstvo*. Martin: Osveta, 2006. 216 s. ISBN 80-8063-208-1.
- POWELL, A.R. et al. 2010. *Chapter 10 Pain History and Pain Assessment*. In *Guide to Pain Management in Low-Resource Settings* [online]. 2010, [cit. 2012-01-1]. Dostupné na internete: <http://www.iasppain.org/AM/Template.cfm?Section=Home&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=12173>.
- REICHEL, J. 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009. 192 s. ISBN 978-80-247-3006-6.
- SHELKEY, M. 2012. Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL). In *Try This: Best Practices in Nursing Care to Older Adults* [online]. 2012, no. 23 [cit.2012-01-12]. Dostupné na internete: http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_2.pdf.
- STANKOVÁ, M. 2001. *České ošetrovatelství 6: Hodnocení a měřící techniky v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 2001. 55 s. ISBN 80-7013-323-6.
- TOMAGOVÁ, M. – BÓRIKOVÁ, I. et al. 2010. *Ošetrovatel'ský proces (teória a prax)*. [elektronický dokument]. Martin: JLF UK, 2010. 75 s. ISBN 978-80-88866-87-9.
- ULRICHOVÁ, K. 2012. *Využívání hodnotiacich nástrojov v starostlivosti o seniorov*. Diplomová práca. Brno: Masaryková univerzita. 2012. 146s.

- VESELÁ, J. – KANIOKOVÁ VESELÁ, P. 2011. *Sociologické aspekty managementu*. Praha: Grada, 2011. 200 s. ISBN 978-80-247-2792-9.
- VÖRÖSOVÁ, G. et al. 2011. *Ošetrovateľský proces v internom ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2011. 240 s. ISBN 978-80-8063-358-5.
- ŽIAKOVÁ, K. – GALAJDA, P. – ŠUTARÍK, L. et al. 2003. *Ošetrovatel'stvo vo vnútornom lekárstve: Vysokoškolské skriptá*. 1. vyd. Martin: Univerzita Komenského Bratislava, 2003. 261s. ISBN 80-88866-28-6.
- Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 364/2005, ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom.

RESPEKT K LIDSKÉ DŮSTOJNOSTI V PÉČI O SENIORY Z POHLEDU PACIENTŮ *RESPECT FOR HUMAN DIGNITY IN THE CARE FOR ELDERLY PEOPLE FROM THE PERSPECTIVE OF PATIENTS*

MASTILIAKOVÁ Dagmar¹, KARDOŠOVÁ Adriana²

¹ *Fakulta zdravotnictva, Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne*

² *Súkromná stomatologická ambulancia, Žilina*

ABSTRAKT

Východiska: Respektování lidské důstojnosti je etickou normou v péči o individuální potřeby člověka a vyžaduje trvalou pozornost. V praxi se často objevuje zraňování důstojnosti starších lidí odkázaných na pomoc jiných osob. Pohled pacientů ve vyšším věku na problematiku respektu k lidské důstojnosti při poskytování péče zkoumalo naše výzkumné šetření. Cílem bylo zmapování některých projevů zraňování lidské důstojnosti u hospitalizovaných pacientů závislých na péči a pomoci.

Soubor a metoda: Výzkumný soubor tvořilo 50 pacientů (34 žen; 16 mužů) ve vyšším věku (51–81 a více let) na vybraných odděleních akutní péče ve Fakultní nemocnici Trenčín (n=38) a odděleních pro seniory (n=12). Údaje byly získány dotazníkovou metodou. Výzkumné šetření proběhlo v březnu 2017.

Výsledky: 84 % respondentů uvedlo zhoršený zdravotní stav a 82 % z nich různé stupně (1–4) závislosti na péči. Nedoslýchavost uvedlo 40 % respondentů, inkontinenci 42 %, časté problémy v komunikaci s ošetřujícím personálem 48 % a pocit ztráty intimity při vyprazdňování 52 % respondentů. Pocit strachu z pádu nebo zranění při chůzi uvedlo 78 % respondentů, nepříjemný pocit závislosti na péči a pomoci jiných osob 68 %, častý pocit samoty a izolace 74 % a častý pocit nudy a neužitečnosti uvedlo 68 % respondentů. 66 % respondentů si myslí, že staří lidé mívají pocit odstrčení. 60 % respondentů uvedlo, že ošetřující personál neprojevuje zájem o jejich individuální potřeby a 58 % z nich tvrdí, že jim personál nevěnuje dostatek času a pozornosti při procvičování chůze. 38 % respondentů si myslí, že chování ošetřujícího personálu při poskytování péče nebývá vlídné a zdvořilé. Osobní zkušenost s nevlídností a negativním přístupem ošetřujícího personálu uvedlo 36 % respondentů, nezájem o okolní dění a informovanost 28 % respondentů. 68 % z nich uvedlo, že nemívá potřebu a chuť se zapojovat do činnosti pro vyplnění volného času a 68 % respondentů uvedlo nemožnost zapojit se do volnočasových aktivit mimo lůžko. 30 % respondentů uvedlo, že je nenavštěvují rodinní příslušníci.

Závěr: V tomto výzkumném šetření bylo zjištěno, že pacienti ve vyšším věku vnímají zraňování své důstojnosti. Uvědomují si zhoršený zdravotní stav, trpí nepříjemnými pocity závislosti na péči, častými pocity samoty, izolace, nudy a neužitečnosti. Citlivě vnímají i chování ošetřujícího personálu, které nebývá vždy vstřícné, vlídné a pozitivní. Jejich pasivitu a nezájem o okolní dění a chuť zapojovat se do činnosti pro vyplnění volného času zhoršuje i nemožnost zapojovat se do aktivit mimo lůžko. Výzkumná zjištění jsou závažná a vyžadují trvalou pozornost nejen z celospolečenského pohledu a vnímání této problematiky, ale i v oblasti vzdělávání ošetřovatelského personálu a při organizaci a řízení ošetřovatelské praxe.

Klíčová slova: Respekt k lidské důstojnosti. Péče o seniory. Projevy zraňování lidské důstojnosti.

ABSTRACT

Background: The issue of respecting human dignity in the provision of care requires constant attention as it is the basic starting point for quality care for individual needs. In practice, we often encounter the denial of the dignity of older people reliant on the help of others. The view of older patients on the issue of respect for human dignity in the provision of care has been investigated by our research. The aim was to map out some manifestations of wounding human dignity in hospitalized patients dependent on care and help.

Methodology and sample: The study consisted of 50 patients (34 women; 16 men) of older age (51–81 and over) in acute care departments at the University Hospital of Trenčín (n=38) and the department for the elderly (n=12). The data were obtained by the questionnaire method. The research was conducted in March 2017.

Results: 84 % of respondents reported poor health and 82 % of them reported different degrees (1–4) of dependence on care. 40% of respondents reported hearing loss, 42 % incontinence, 48 % frequent problems in communicating with the attending staff, 52 % loss of intimacy when emptied, 78 % fear of falling or walking injuries, 68 % unpleasant sense of dependence on care and help others and 74 % of respondents reported frequent feelings of solitude and isolation. Frequent feelings of boredom and uselessness were reported by 68 % of respondents, 66 % of them think that old people have a feeling of being pushed, 60 % stated that the attending staff did not show interest in their individual needs, 58 % stated that the staff did not spend enough time and attention in practicing walking, and 38 % think that treating the care staff is not kind and polite in providing care. 36 % of the patients reported their personal experience of harshness and negative attitudes of treating staff, 28 % of them did not care about the events and information and 68 % said they did not have the need and desire to engage in leisure activities. 68 % of the patients stated the impossibility to engage in leisure activities outside the bed, and 30 % of respondents said they were not visiting family members.

Conclusion: We found that older patients perceive the wounding of their dignity. They are aware of a debilitated state of health, suffer from unpleasant feelings of dependence on care, frequent feelings of loneliness, isolation, boredom and uselessness. They sensitively perceive the behavior of the care staff, who are not always friendly, kind and positive. Their passivity and lack of interest in the surrounding events and the desire to engage in leisure activities also exacerbates the inability to engage in activities outside the bed. The findings are serious and require constant attention not only from a social perspective and perception of this issue, but also from the nursing staff training and the organization and management of nursing practice.

Key words: Respect for human dignity. Senior care. Manifestation of human dignity.

ÚVOD

Pojem *důstojnost* je etickou kategorií zdůrazňující vědomí člověka o významu lidského jedince a o významu jeho práv ve společnosti (Benešová, 1999). Důstojnost znamená na jedné straně příznou a projevenou úctu a respekt, a na druhé straně prožívanou a pociťovanou hodnotu lidské existence. Člověk jako jediná živá bytost je schopen o sobě přemýšlet, být svým pánem a určovat svůj život, tato schopnost také tvoří jeho důstojnost. Jedním ze základních rysů člověka je potřeba komunikace, potřeba souznění a sdílení. Právě přehlížení této potřeby může být prvním signálem nerespektování lidské důstojnosti (Popovičová, 2009).

Důstojnost člověka je dána hodnotou lidské bytosti jako takové. Člověk, coby tvor společenský potřebuje, aby ho druzí respektovali a tím posilovali i jeho sebeúctu. Pokud tento respekt a uznání hodnoty chybí, projevuje se to u dotčené osoby omezením autonomie, ztrátou smyslu života, rezignací a přáním nebýt. Zkušenosti z válečných konfliktů v minulosti i v současném světě ukazují jak snadno mohou být nevinní bezmocní lidé zbavováni svého práva na důstojnost.

Na ochranu lidské důstojnosti vznikla řada mezinárodních dokumentů: *Všeobecná deklarace lidských práv* konstatuje, že není rozdílu mezi lidmi podle žádného kritéria, ani při ztrátě suverenity a vzniku závislosti na pomoci druhého člověka. *Evropská charta práv a povinností starších osob vyžadujících dlouhodobou péči a pomoc* zdůrazňuje, že lidská důstojnost je nedotknutelná. Stáří a nesoběstačnost nemohou být důvodem pro omezování jakýchkoli nezczizitelných lidských práv. K dalším mezinárodním dokumentům patří např. *Evropská charta práv pacientů seniorů*; *Charta práv umírajících*; *Charta práv tělesně postižených*; *Charta principů pro péči o člověka s demencí a jeho pečujícího* (Janečková, 2012).

Novodobě se fenomén důstojnosti člověka objevuje v souvislosti s ageismem a snahami vyčleňovat staré lidi ze života společnosti, ale také v souvislosti s prodlužujícím se lidským věkem, přinášejícím i svá negativa, zejména rizika dlouhodobých onemocnění, postižení a nesoběstačností v každodenním životě. Situace závislosti na pomoci a péči členů rodiny i různých sociálních a zdravotních službách přináší nové zkušenosti s projevy špatného zacházení, ponižování, ignorování a jiných projevů nedůstojného zraňování starých lidí. Díky narůstající izolaci, diskriminaci, vyčleňování a odmítání

role starších lidí ve společnosti u nich narůstá pocit osamění, zbytečnosti a je pro ně velmi obtížné udržet si sebeúctu (Kalvach, 2004; Janečková, 2012).

Tyto nežádoucí jevy zvýrazňují nutnost o problematice důstojnosti ve vztahu ke starým lidem hovořit, ve společnosti otevřeně diskutovat, upozorňovat na případy ponižování starého člověka a špatného zacházení, jehož vrcholem je týrání starých lidí. Je důležité na tyto případy nejen poukazovat a okamžitě je řešit, ale je třeba také vytvářet síť podpory a pomoci tak, aby ohrožený starý člověk měl k této pomoci kdykoli přístup. Je též třeba všemi způsoby předcházet vzniku takovýchto situací. Zde sehrávají svoji úlohu zákony, standardy kvality péče, efektivní management, péče o pečující rodiny, stejně jako výchova mladé generace a pomoc dobrovolníků. Věnování pozornosti problematice důstojnosti osobám vyššího věku, jejím posilováním nebo zraňováním může prospět kultivaci soudobé společnosti jako takové i mezigeneračním a rodinným vztahům. Vzhledem k tomu, že důstojnost se vztahuje nejenom k jednomu věkovému období, ale týká se každého člověka a souvisí bezprostředně s humanizací či dehumanizací zdravotní a sociální péče, je třeba jí věnovat dostatečnou pozornost a nepřipustit její přehlížení v rámci celé společnosti (Kalvach, 2004; Janečková, 2012).

Východiska řešení problematiky

Senioři jsou početnou skupinou populace a jsou více či méně omezováni zdravotním stavem, proto je potřeba věnovat ochraně jejich práv zvýšenou pozornost. Často se u nich objevuje snižování zájmu o různé aktivity, chudoba a společenská izolace. Ve stáří lidé také znovu hledají smysl, účel a hodnotu svého života. I v případě, že je senior více či méně odkázán na pomoc druhých osob, je důležité si uvědomit, že jde o lidskou bytost s právem, jenž si zasluhuje pozornost a projev úcty.

Podpoře důstojnosti v oblasti péče slouží specifické metody užívané v práci se seniory. Ty se zaměřují na podporu jejich silných stránek a úspěšných rolí, které v životě zvládli (reminiscence), dále podporují jejich hodnotu a autentičnost prožívání (validace), a usilují o navázání kontaktu a zefektivnění pomoci (preterapie). V těchto metodách je třeba se vzdělávat a uplatňovat je v práci se starými lidmi. Jejich společným východiskem je péče orientovaná na člověka, zájem o člověka, úcta, péče poskytovaná způsobem a v takovém rozsahu, který starý člověk potřebuje a přeje si to. Je to posilování

křehkého seniora v jeho kontrole nad svým životem a uznání a ocenění života, který prožil (Janečková, 2012).

Důsledky nedůstojného zacházení jsou měřitelné. Projevují se jako přání zemřít, jako ztráta vůle k životu, deprese, bezmoc a úzkost. Podle výzkumů jsou pocity ztráty důstojnosti nejvíce spojeny s faktory fyzických problémů, jako je bolest, střevní potíže, fyzický vzhled, a s faktory závislosti na pomoci např. při koupání, oblékání, inkontinenci. Lékařské statistiky také ukazují, že důvodem vedoucím k žádostem o eutanazii je v 57 % ztráta důstojnosti (Holmerová, 2010).

Důstojnost seniorů je také postavena na jejich zapojení do společenského dění. Starší lidé se často cítí vyloučení ze společnosti a zbaveni možnosti účastnit se rozhodování o záležitostech, které se jich přímo týkají. Ztráta důstojnosti často souvisí i s vynuceným odchodem do důchodu a s ním spojenou ztrátou společenského postavení, společenských kontaktů, pocitem osamělosti, nudy a apatie. Důstojnost seniorů je také ohrožena tím, že ztrácejí pocit potřebnosti, účelnosti a smyslu života. Chování mladších generací v nich posiluje pocit zbytečnosti a nechtěnosti. Důležitým aspektem ztráty důstojnosti je i chudoba ve stáří, a to jak finanční, tak sociální (Kalvach, 2004, Vidovičová, Gregorová, 2008).

Ačkoli si pod slovem důstojnost představujeme určitou *velebnost* a vážnost, v každodenní ošetrovatelské a pečovatelské praxi ji lze naplňovat řadou drobných a zdánlivě malých aktivit, např. důsledným a vhodným oslovováním těch, o které se staráme, společenskou korektností a taktem, ale také vzornou péčí o hygienu, pitný režim a o všechno, co vytváří pocit bezpečí a materiální i vztahové jistoty (Haškovcová, 2012).

Respektování lidské důstojnosti je součástí etických principů pro poskytování kvalitní zdravotní i sociální péče. V současné praxi se však často objevují situace, kdy důstojnost seniorů odkázaných na pomoc druhých bývá zraňována. Pohled pacientů ve vyšším věku na problematiku respektu k lidské důstojnosti při poskytování péče zkoumalo naše výzkumné šetření.

CÍLE

Hlavní cílem výzkumné práce bylo zmapování některých projevů zraňování lidské důstojnosti u hospitalizovaných pacientů ve vyšším věku. Dílčí cíle byly zaměřeny na zjištění:

- Jak hospitalizovaní seniori subjektivně vnímají svůj zdravotní stav a omezení.
- Zda trpí nepříjemnými pocity ze závislosti na péči a pomoci jiných osob.
- Zda se k nim ošetřující personál při poskytování péče chová vstřícně a zdvořile.
- Zda se zajímají o okolní dění a volnočasové aktivity.

METODIKA A SOUBOR

K získání údajů a pro naplnění cílů výzkumného šetření byl vytvořen dotazník, obsahující 3 identifikační položky a 20 otázek zaměřených na stanovené cíle převážně s Likertovou škálou hodnocení (ano, spíše ano, spíše ne, ne).

Zkoumaný soubor vytvořilo celkem 50 respondentů (34 žen a 16 mužů) ve vyšším věku (51–81 a více let). Výzkumné šetření proběhlo v měsíci březnu 2017 na vybraných odděleních akutní péče ve Fakultní nemocnici Trenčín (38 pacientů) a na odděleních pro seniory (12 pacientů), kteří byli schopni s výzkumníkem komunikovat.

Věk respondentů ukazuje tab. 1. Nejvíce respondentů 21 (42 %) bylo ve věku 51–60 let; 16 (32 %) respondentů bylo ve věku 61–70 let; 9 (18 %) respondentů bylo ve věku 71–80 let; 4 (8 %) respondentů bylo ve věku 81 a více let.

Tabulka 1 Věk respondentů

Věk	n	%
51 - 60 let	21	42
61 - 70 let	16	32
71 - 80 let	9	18
81 a více let	4	8
Celkem	50	100

Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů ukazuje tab. 2. Nejvíce respondentů 34 (68 %) uvedlo středoškolské vzdělání; 9 (18 %) základní a 7 (14 %) vysokoškolské vzdělání.

Tabulka 2 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Vzdělání	n	%
Základní	9	18
Středoškolské	34	68
Vysokoškolské	7	14
Celkem	50	100

VÝSLEDKY

Výzkumným šetřením byly získány údaje, které jsou rozděleny do čtyř obecnějších tematických okruhů:

- Jak respondenti vnímali aktuální úroveň svého zdravotního stavu.
- Jaké pocity respondenti vnímali v souvislosti s omezením svých fyzických a psychických schopností.
- Jak respondenti vnímali chování ošetřujícího personálu při poskytování péče.
- Jak respondenti vnímali svou potřebu zájmu o okolní dění.

TÉMATICKÝ OKRUH 1

Jak respondenti vnímali aktuální úroveň svého zdravotního stavu.

Tab. 3 ukazuje odpovědi na otázku: *Jak hodnotíte svůj zdravotní stav?* Nejvíce 42 (84 %) respondentů hodnotilo svůj zdravotní stav jako aktuálně zhoršený; 8 (16 %) respondentů uvedlo, že svůj zdravotní stav hodnotí jako stabilizovaný.

Tab. 4 ukazuje odpovědi na otázku: *Jak byste označil/a úroveň své soběstačnosti/závislosti na péči?* Nejvíce 21 (42 %) respondentů uvedlo 1 – lehkou závislost na péči; 13 (26 %) respondentů uvedlo 2 – střední závislost; 5 (10 %) respondentů uvedlo 3 – těžkou závislost; 2 (4 %) respondentů uvedlo 4 – úplnou závislost na péči; pouze 9 (18 %) respondentů uvedlo 0 – úplnou nezávislost na péči.

Tab. 5 ukazuje odpovědi na otázku: *Trpíte nedoslýchavostí?* Nedoslýchavost uvedlo celkem 20

(40 %) respondentů. Nejvíce 7 (14 %) ve věku 71–80 let; 5 (10 %) ve věku 51–60 let; 4 (8 %) ve věku 61–70 let; stejně 4 (8 %) ve věku 81 a více let.

Tab. 6 ukazuje odpovědi na otázku: *Trpíte inkontinencí?* Inkontinenci uvedlo celkem 21 (42 %) respondentů, 16 (32 %) žen a 5 (10 %) mužů.

TÉMATICKÝ OKRUH 2

Jaké pocity respondenti vnímali v souvislosti s omezením svých fyzických a psychických schopností.

Tab. 7 ukazuje odpovědi na otázku: *Míváte často problémy při komunikaci s ošetřujícím personálem?*

Tabulka 3 Hodnocení aktuální úrovně zdravotního stavu

Zdravotní stav	n	%
Aktuálně zhoršený	42	84
Stabilizovaný	8	16
Celkem	50	100

Tabulka 4 Subjektivní označení úrovně závislosti na péči

Kód 0–4	n	%
0 úplná nezávislost	9	18
1 lehká závislost	21	42
2 střední závislost	13	26
3 těžká závislost	5	10
4 úplná závislost	2	4
Celkem	50	100

Tabulka 5 Nedoslýchavost

Věk	51–60 let		61–70 let		71–80 let		81 a více let		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ano	5	10	4	8	7	14	4	8	20	40
Ne	16	32	12	24	2	4	0	0	30	60
Celkem	21	42	16	32	9	18	4	8	50	100

Tabulka 6 Inkontinence

Pohlaví	Ženy		Muži		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Ano	16	32	5	10	21	42
Ne	18	36	11	22	29	58
Celkem	34	68	16	32	50	100

Tabulka 7 Časté problémy v komunikaci s ošetřujícím personálem

Vzdělání respondentů	Základní		Středoškolské		Vysokoškolské		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ano	5	10	9	18	1	2	15	30
Spíše ano	2	4	5	10	2	4	9	18
Spíše ne	1	2	13	26	1	2	15	30
Ne	1	2	7	14	3	6	11	22
Celkem	9	18	34	68	7	14	50	100

Časté problémy v komunikaci s ošetřujícím personálem uvedlo (ano, spíše ano) celkem 24 (48 %) respondentů. Nejvíce 14 (28 %) středoškolsky vzdělaných; 7 (14 %) respondentů se základním vzděláním; pouze 3 (6 %) vysokoškolsky vzdělaných respondentů.

Tab. 8 ukazuje odpovědi na otázku: *Míváte pocit ztráty intimity při vyprazdňování moče nebo stolice?* Pocit ztráty intimity při vyprazdňování moče a stolice uvedlo (ano, spíše ano) celkem 26 (52 %) respondentů, nejvíce 24 (48 %) žen a 2 (4 %) muži. Tento pocit nevnímalo (spíše ne, ne) celkem 24 (48 %) respondentů, z toho 10 (20 %) žen a 12 (28 %) mužů.

Tab. 9 ukazuje odpovědi na otázku: *Míváte při chůzi pocit strachu z pádu nebo zranění?* Pocit strachu z pádu nebo zranění při chůzi uvedlo (ano, občas) celkem 39 (78 %) respondentů. Nejvíce 17

(34 %) respondentů v 1. stupni závislosti; 10 (20 %) ve 2. stupni závislosti; 6 (12 %) v 0 úplně nezávislých; 4 (8 %) ve 3. stupni závislosti.

Tab.10 ukazuje odpovědi na otázku: *Míváte nepříjemný pocit závislosti na péči a pomoci jiných osob?* Nepříjemný pocit závislosti na péči uvedlo (ano, spíše ano) nejvíce 34 (68 %) respondentů. 16 (32 %) respondentů uvedlo (ne, spíše ne), že tento nepříjemný pocit nevnímají.

Tab. 11 ukazuje odpovědi na otázku: *Míváte často pocit samoty a izolace?* Častý pocit samoty a izolace uvedlo (ano, spíše ano) celkem 37 (74 %) respondentů. Nejvíce 13 (26 %) ve věku 61–70 let; 11 (22 %) ve věku 51–60 let; 9 (18 %) ve věku 71–80 let; 4 (8 %) ve věku 81 a více let. Celkem 13 (26 %) respondentů uvedlo (ne, spíše ne), že nevnímají pocit samoty a izolace.

Tabulka 8 Pocit ztráty intimity při vyprazdňování moče a stolice

Pohlaví	Ženy		Muži		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Ano	17	34	0	0	17	34
Spíše ano	7	14	2	4	9	18
Spíše ne	4	8	8	16	12	24
Ne	6	12	6	12	12	24
Celkem	34	68	16	32	50	100

Tabulka 9 Pocit strachu z pádu nebo zranění při chůzi

Stupeň závislosti KÓD 0–4	0		1		2		3		4		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ano	2	4	5	10	6	12	3	6	2	4	18	36
Občas	4	8	12	24	4	8	1	2	0	0	21	42
Ne	3	6	4	8	3	6	1	2	0	0	11	22
Celkem	9	18	21	42	13	26	5	10	2	4	50	100

Tabulka 10 Nepříjemný pocit závislosti na péči a pomoci jiných osob

Závislost na pomoci	n	%
Ano	11	22
Spíše ano	23	46
Spíše ne	12	24
Ne	4	8
Celkem	50	100

Tabulka 11 Časté pocity samoty a izolace

Věk	51-60 let		61-70 let		71-80 let		81 a více let		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ano	6	12	5	10	4	8	1	2	16	32
Spíše ano	5	10	8	16	5	10	3	6	21	42
Spíše ne	8	16	2	4	0	0	0	0	10	20
Ne	2	4	1	2	0	0	0	0	3	6
Celkem	21	42	16	32	9	18	4	8	50	100

Tabulka 12 Časté pocity nudy a neúčinnosti

Nuda/neúčinnost	n	%
Ano	11	22
Spíše ano	23	46
Spíše ne	7	14
Ne	9	18
Celkem	50	100

Tabulka 13 Pocit odstrčení starých lidí

Odstrčení	n	%
Ano	6	12
Spíše ano	27	54
Spíše ne	12	24
Ne	5	10
Celkem	50	100

Tab. 12 ukazuje odpovědi na otázku: *Míváte často pocit nudy a neúčinnosti?* Častý pocit nudy a neúčinnosti uvedlo (ano, spíše ano) celkem 34 (68 %) respondentů. Celkem 16 (32 %) respondentů uvedlo (ne, spíše ne), že nevnímá pocit nudy a neúčinnosti.

Tab. 13 ukazuje odpovědi na otázku: *Myslíte si, že staří lidé mívají pocit odstrčení?* Celkem 33 (66 %) respondentů si myslí (ano, spíše ano), že staří lidé mívají pocit odstrčení. 17 (34 %) respondentů si myslí (ne, spíše ne), že staří lidé nemívají pocit odstrčení.

TÉMATICKÝ OKRUH 3

Jak respondenti vnímali chování ošetřujícího personálu při poskytování péče.

Tab. 14 ukazuje odpovědi na otázku: *Myslíte si, že ošetřující personál při poskytování péče projevuje dostatek zájmu o vaše individuální potřeby?* Celkem 30 (60 %) respondentů uvedlo (ne, spíše ne), že personál neprojevuje zájem o jejich individuální potřeby. Celkem 20 (40 %) respondentů uvedlo (ano, spíše ano), že personál projevuje zájem o jejich individuální potřeby.

Tab. 15 ukazuje odpovědi na otázku: *Myslíte si, že ošetřující personál Vám věnuje dostatek času*

Tabulka 14 Zájem personálu o individuální potřeby

Zájem o potřeby	n	%
Ano	8	16
Spíše ano	12	24
Spíše ne	21	42
Ne	9	18
Celkem	50	100

Tabulka 15 Věnování času a pozornosti personálu při procvičování chůze respondentů

Procvičování chůze	n	%
Ano	8	16
Spíše ano	13	26
Spíše ne	17	34
Ne	12	24
Celkem	50	100

a pozornosti při procvičování chůze? Celkem 29 (58 %) respondentů uvedlo (ne, spíše ne), že jim personál nevěnuje čas a pozornost při procvičování chůze. Celkem 21 (42 %) respondentů uvedlo (ano, spíše ano), že jim personál věnuje pozornost při procvičování chůze.

Tab. 16 ukazuje odpovědi na otázku: *Myslíte si, že ošetřující personál se k Vám při poskytování péče chová vlídně a zdvořile?* Celkem 31 (62 %) respondentů uvedlo (ano, spíše ano), že chování ošetřujícího personálu bývá vlídné a zdvořilé. Celkem 19 (38 %) respondentů uvedlo (ne, spíše ne), že chování ošetřujícího personálu nebývá vlídné a zdvořilé.

Tab. 17 ukazuje odpovědi na otázku: *Máte zkušenost i s nevlídností a negativním přístupem ošetřujícího personálu k Vaší osobě?*

Tabulka 16 Vlídne a zdvořilé chování ošetřujícího personálu

Zdvořilé chování	n	%
Ano	9	18
Spíše ano	22	44
Spíše ne	15	30
Ne	4	8
Celkem	50	100

Tabulka 17 Zkušenost s nevlídností a negativním přístupem ze strany ošetřujícího personálu

Stupeň závislosti KÓD 0-4	0		1		2		3		4		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ano	3	6	3	6	7	14	3	6	2	4	18	36
Ne	6	12	18	36	6	12	2	4	0	0	32	64
Celkem	9	18	21	42	13	26	5	10	2	4	50	100

Celkem 18 (36 %) respondentů uvedlo (ano, spíše ano), že má zkušenost s nevlídností a negativním přístupem ze strany ošetřujícího personálu. Nejvíce 7 (14 %) respondentů ve 2. stupni závislosti; 3 (6 %) ve 3. stupni závislosti; 2 (4 %) ve 4. stupni závislosti; a 3 (6 %) při 0 úplné nezávislosti. Naopak celkem 32 (64 %) respondentů uvedlo, že nemá zkušenost s nevlídností a negativním přístupem ze strany ošetřujícího personálu.

TÉMATICKÝ OKRUH 4

Jak respondenti vnímali svou potřebu zájmu o okolní dění.

Tab. 18 ukazuje odpovědi na otázku: *Zajímáte se o okolní dění pro pocit informovanosti?* O okolní dění pro pocit informovanosti se nezajímalo celkem 14 (28 %) respondentů. Pro pocit informovanosti se zajímalo o okolí dění celkem 36 (72 %) respondentů. Nejvíce 25 (50 %) se středoškolským vzděláním; 6 (12 %) s vysokoškolským vzděláním; 5 (10 %) se základním vzděláním.

Tabulka 18 Zájem o okolní dění

Respondenti	Základní vzdělání		Středoškolské vzdělání		Vysokoškolské vzdělání		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ano	2	4	13	26	4	8	19	38
Spíše ano	3	6	12	24	2	4	17	34
Spíše ne	2	4	5	10	1	2	8	16
Ne	2	4	4	8	0	0	6	12
Celkem	9	18	34	68	7	14	50	100

Tabulka 19 Potřeba a chuť se zapojit do činnosti pro vyplnění volného času

Nemocnice	Oddělení akutní péče		Oddělení pro seniory		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Ano	6	12	10	20	16	32
Ne	32	64	2	4	34	68
Celkem	38	76	12	24	50	100

Tabulka 20 Možnost zapojit se do volnočasových aktivit mimo lůžko

Nemocnice	Oddělení akutní péče		Oddělení pro seniory		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Ano	6	12	10	20	16	32
Ne	32	64	2	4	34	68
Celkem	38	76	12	24	50	100

Tabulka 21 Návštěvy rodinných příslušníků

Věk	51-60 let		61-70 let		71-80 let		81 a více let		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ano	17	34	14	28	3	6	1	2	35	70
Ne	4	8	2	4	6	12	3	6	15	30
Celkem	21	42	16	32	9	18	4	5	50	100

Tab. 19 ukazuje odpovědi na otázku: *Míváte potřebu a chuť se zapojovat do činnosti pro vyplnění volného času?* Celkem 34 (68 %) respondentů uvedlo, že nemívá potřebu a chuť se zapojovat do činnosti pro vyplnění volného času. Naopak celkem 16 (32 %) respondentů uvedlo, že mívá potřebu a chuť se zapojovat do činnosti pro vyplnění volného času.

Tab. 20 ukazuje odpovědi na otázku: *Máte při hospitalizaci možnost zapojit se do volnočasových aktivit mimo lůžko?* Nemožnost zapojit se do volnočasových aktivit mimo lůžko uvedlo celkem 34 (68 %) respondentů. Nejvíce 32 (64 %) na odděleních akutní péče a 2 (4 %) na oddělení pro seniory. Možnost zapojit se do volnočasových aktivit mimo lůžko uvedlo pouze 16 (32 %) respondentů, nejvíce 10 (20 %) na oddělení pro seniory a 6 (12 %) respondentů na oddělení akutní péče.

Tab. 21 ukazuje odpovědi na otázku: *Navštěvují Vás rodinní příslušníci?*

Celkem 15 (30 %) respondentů uvedlo, že je rodinní příslušníci nenavštěvují, nejvíce 6 (12 %) respondentů ve věku 71–80 let a 3 (6 %) ve věku 81 a více let. Celkem 35 (70 %) respondentů uvedlo, že je navštěvují rodinní příslušníci, nejvíce 17 (34 %) respondentů ve věku 51–60 let; 14 (28 %) ve věku 61–70 let; 3 (6 %) ve věku 71–80 let; 1 (2 %) ve věku 81 a více let.

DISKUZE

Údaje získané v našem výzkumném šetření ze souboru 50 respondentů ve věku 51–80 a více let ukázaly, že 42 (84 %) respondentů vnímalo svůj zdravotní stav jako zhoršený. 13 (26 %) respondentů uvedlo 2 stupeň (střední) závislost na péči, 5 (10 %) respondentů uvedlo 3 stupeň (těžkou) závislost na péči, 2 (4 %) uvedli 4 stupeň (úplnou) závislost na péči. Nedoslýchavost uvedlo 20 (40 %) respondentů. Inkontinenci trpělo 21 (42 %) respondentů. Řada publikovaných výzkumných zjištění potvrzuje, že fyzický stav osob ve vyšším věku je pro respektování lidské důstojnosti jedním z významných faktorů.

Např. kvalitativní studie autorů *Oosterveld-Vlug, M.G., et al. provedena (2013) v Holandsku*, metodou rozhovoru se zaměstnanci v domovech ošetrovatelské péče zkoumala pohled personálu na respektování důstojnosti jejich klientů. Zaměstnanci (13 lékařů a 15 sester) byli dotazováni jak vnímají důstojnost svých klientů a jaké jsou jejich zkušenosti z každodenní praxe. Podle respondentů je zraňování lidské důstojnosti klientů závislé na jejich fyzickém stavu. Respondenti si uvědomovali fakt, že respektování důstojnosti klientů je důležitým prvkem péče o seniory, ale zároveň poukazovali na nedostatek zdrojů, které by jim ulehčily práci se starými lidmi. Právě v nedostatku zdrojů spatřují překážku, která jim brání, aby se mohli více věnovat etickým aspektům svého povolání. Získané údaje v našem výzkumném šetření dále ukázaly, že 24 (48 %) respondentů mívá často problémy v komunikaci s ošetrojícím personálem. 26 (52 %) respondentů mívá pocit ztráty intimity při vyprazdňování moče a stolice. 39 (78 %) respondentů mívá pocit strachu z pádu nebo zranění při chůzi. 34 (68 %) respondentů mívá nepříjemný pocit závislosti na péči a pomoci jiných osob. 37 (74 %) respondentů mívá pocit samoty a izolace. 34 (68 %) mívá pocit nudy a neužitečnosti. 33 (66 %) respondentů si myslí, že staří lidé mívají pocit ostrčení. 30 (60 %)

respondentů uvedlo, že ošetrojící personál neprojevuje zájem o jejich individuální potřeby. 29 (58 %) respondentů uvedlo, že jim personál nevěnuje čas a pozornost při procvičování chůze. 19 (38 %) respondentů uvedlo, že chování ošetrojícího personálu nebývá vlídné a zdvořilé. 18 (36 %) respondentů uvedlo, že má zkušenost s nevlídností a negativním přístupem ze strany ošetrojícího personálu.

Podobná zjištění obsahuje i kvalitativní studie autorů *Oosterveld-Vlug, M.G., et al. provedena (2011) v Holandsku*. Metodou rozhovorů se 30ti respondenty ze 4 domovů ošetrovatelské péče bylo zjišťováno, které faktory podle jejich názorů a zkušeností ovlivňují respektování lidské důstojnosti. Ze zjištěných výsledků vyplynulo, že 23 ze 30 respondentů nepovažuje umístění do domova ošetrovatelské péče za faktor, který pozitivně ovlivňuje lidskou důstojnost. Umístění v domovech ošetrovatelské péče respondenti vnímali jako důsledek jejich funkční neschopnosti vykonávat některé aktivity každodenního života. Většina respondentů uvedla, že důvodem vyřazení ze společnosti je fakt, že jsou staří a nemocní. Rovněž uváděli, že se cítí nedůstojně, když musí žádat o pomoc sestry, které jim neprojevují dostatečnou pozornost a nepečují o ně s respektem.

Další studie autorů *Baillie, L., et al. provedená (2008) v USA* byla zaměřena na stanovisko sester, asistentů péče a studentek ošetrovatelství k respektování důstojnosti klientů v každodenní zdravotnické praxi, údaje byly získány metodou dotazníků (2 048 respondentek, z toho 1 110 pečovalo o seniory). Výsledky ukázaly, že prostředí a organizace práce výrazně ovlivňují respektování důstojnosti klientů při poskytování zdravotnické péče. Respondenti popisovali svou snahu důstojně pečovat o své pacienty prostřednictvím promyšleného plánování péče, empatické komunikace a ochrany soukromí klientů. 71 % respondentů však uvedlo, že někdy odcházejí ze služby s pocitem, že svým klientům neposkytnou takovou kvalitu péče, jakou si zaslouží.

Další zjištění v našem výzkumu ukázalo, že 14 (28 %) respondentů se nezajímalo o okolní dění pro pocit informovanosti a 34 (68 %) respondentů uvedlo, že ani nemívá potřebu zapojovat se do činnosti pro vyplnění volného času. Nemožnost zapojit se do aktivit mimo lůžko uvedlo 34 (68 %) respondentů. 15 (30 %) respondentů také uvedlo, že je rodinní příslušníci nenavštěvují, nejvíce 6 (12 %) ve věku 71–80let a 3 (6 %) ve věku 81 a více let. Toto

zjištění signalizuje chybění podpory důstojnosti pacientů formou specifických metod aktivizace jako je např. podpora hodnoty a autentičnosti prožívání a zefektivnění pomoci.

Význam přístupu sester, pracovního prostředí a organizace práce pro respektování důstojnosti hospitalizovaných pacientů potvrzuje i studie autorů Lin, YP., et al. provedena (2012) na Taiwanu. Výsledky této obsahové analýzy (438 studií publikovaných v letech 2000 až 2010) prokázaly, že respektování důstojnosti jak z hlediska pacientů tak i sester většinou ovlivňuje pracovní prostředí, organizace práce a v neposlední řadě samotný přístup sester k pacientům. Zlepšit situaci by mohly kampaně zaměřené na tuto problematiku a podpora vzdělávání ošetřujícího personálu.

Další studie autorky Jacobson, N. provedena (2009) v Torontu byla zaměřena na zraňování lidské důstojnosti při poskytování zdravotní péče. Cílem obsahové analýzy výsledků multidisciplinárních jednání a rozhovorů s experty na teorii lidských práv, bylo získat nové poznatky. Závěr této studie konstatuje, že porušování lidské důstojnosti způsobuje újmu na dvou úrovních, na kolektivní a individuální. Na individuální úrovni existují dva druhy poškození. V první řadě jde o zranění sebeúcty, individuality a poškození důvěry v sebe sama. Ve druhé řadě jde o narušení autonomie, soukromí nebo tělesné integrity člověka. Ve zdravotní péči se můžeme setkat se všemi způsoby zraňování lidské důstojnosti a všechny mají vážný dopad na prožívání důstojného života jednotlivce.

Studie autorů Slettebø, A. et al (2016) provedená ve Skandinávii byla zaměřena na podporu důstojnosti klientů v každodenní péči. Cílem této studie bylo zkoumat, zda v domovech s ošetrovatelskou péčí je podporována lidská důstojnost prostřednictvím realizace smysluplných aktivit, podporujících radost v každodenním životě klientů. Metodou 28 rozhovorů s obyvateli v šesti domovech s ošetrovatelskou péčí v Dánsku, Norsku a Švédsku a pomocí kvalitativní analýzy bylo zjištěno, že klienti zdůrazňovali dva rozměry činností podporující jejich důstojnost: 1. prostřednictvím přímé účasti a 2. prožíváním příjemných pocitů při individuálních aktivitách. Závěr studie konstatuje, že činnosti jsou pro klienty velmi důležité proto, aby měli pocit důstojnosti ve svém každodenním životě. Tyto aktivity, je však nutné přizpůsobit jednotlivcům a umožnit jim aktivní účast. Sestry by měly shromažďovat

informace o preferencích klientů, aby se mohli těchto smysluplných aktivit účastnit.

ZÁVĚR

Výsledky našeho výzkumného šetření i zahraniční publikace prokazují, že zraňování lidské důstojnosti v péči o osoby ve vyšším věku je problémem, a proto je nutné mu věnovat zvýšenou pozornost. V našem výzkumném šetření bylo zjištěno, že pacienti ve vyšším věku vnímají zraňování své důstojnosti. Uvědomují si zhoršený zdravotní stav, trpí nepříjemnými pocity závislosti na péči, častými pocity samoty, izolace, nudy a neúčinnosti. Citlivě vnímají i chování ošetřujícího personálu, které nebývá vždy vstřícné, vlídné a pozitivní. Jejich pasivitu a nezáměr o okolní dění a chuť zapojovat se do činnosti pro vyplnění volného času zhoršuje i nemožnost zapojovat se do aktivit mimo lůžko. Pozornost je nutné věnovat všem okolnostem, zejména chování personálu a podmínkám, v nichž je o seniory pečováno. Výzkumná zjištění jsou závažná i z celospolečenského hlediska. Na lidskou důstojnost jako etickou kategorií musí být kladen důraz rovněž ve vzdělávání ošetrovatelského personálu, a při organizaci a řízení ošetrovatelské praxe.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

- BAILLIE, L. – FORD, P. – GALLAGHER, A. et al. 2009. Nurses views on dignity in care. In *Nursing Older People*. [online]. 2009, vol. 21, no. 8. Dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19824522>
- BENEŠOVÁ, J. 1999. *Všeobecná encyklopedie v osmi svazcích*, Praha: Diderot, 1999. ISBN:80-902555-9-0.
- DVOŘÁČKOVÁ, D. 2012. *Kvalita života seniorů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
- HAŠKOVCOVÁ H. 2012. *Sociální gerontologie aneb Senioři mezi námi*. Praha, Galén 2012. 194 s. ISBN 978-80-749-2058-5.
- HOLMEROVÁ, I. 2010. Podporovat důstojnost seniorů. In *Lékařské listy*. 2010, č. 18: str. 5–7.
- JACOBSON, N. 2009. Dignity Violation in Health Care. 2009. In *Qualitative Health Research*. [online]. 2009, vol. 19, no. 11. Dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19797155>
- KALVACH, Z. (odborná spolupráce): 2004. *Respektování lidské důstojnosti. Příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně-sociálních*

- oborů. Projekt Paliativní péče v České republice. Hospicové sdružení Cesta domů Nadace Open Society Fund PRAHA 2004.
- KARDOŠOVÁ, A. 2017. *Rešpektovanie ľudskej dôstojnosti v starostlivosti o seniorov*. Bakalářská práce. Trenčín: Fakulta zdravotníctva, Trenčianská univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíně. 2017.
- JANEČKOVÁ, H. 2012. *Důstojnost života ve stáří*. Projekt CZ.1.07/3.1.00/37.0086 Další vzdělávání v oblasti psychosociální a duchovní péče. Praha 2012.
- LIN, YP., WATSON, R., TSAI, YF. 2013. Dignity in care in the clinical setting: a narrative review. In *Nursing Ethics*. [online]. 2013, vol. 20, no. 2. Dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23131700>
- OOSTERVELD-VLUG, M.G. – PASMAN, H.R.W. – VAN GENNIP, I.E. et al. 2013. Nursing home staff's views on resident's dignity: qualitative interview study. In *BMC Health Services Research*. [online]. 2013, vol. 13, no. 1. Dostupné na: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-353>
- OOSTERVELD-VLUG, M.G. – PASMAN, H.R.W. – VAN GENNIP, I.E. et al. 2014. Dignity and the factors that influence it according to nursing home residents: a qualitative interview study. In *Journal of Advanced Nursing*. [online]. 2014, vol. 70, no. 1. Dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23711199>
- POPOVIČOVÁ, D. 2009. Lidská důstojnost jako filosoficko-právní pojem. *Časopis pro právní vědu a praxi*. [online]. 2009, č. 3, s. 225-230. [cit. 2018-02-24]. Dostupné na: <https://journals.muni.cz/cpvp/article/view/6586>
- SLETTEBØ, Å. – SÆTEREN, B. – CASPARI, S. et al. 2016. The significance of meaningful and enjoyable activities for nursing home resident's experiences of dignity. In *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2016: 30/114. ISSN: 1471-6712 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/scs.12386/full>
- VIDOVIČOVÁ, L., GREGOROVÁ, E. 2008. *My jsme si stáří nezavinili, to čeká každýho... Povaha a prevence diskriminace seniorů v ČR*. 1.vyd. Praha: Život 90, 2008. 91 s. Výzkumné zprávy. ISBN 978-80-254-3808-4.

ETICKÝ PRÍSTUP KU GERIATRICKÝM PACIENTOM Z POHĽADU PRÍPADOVEJ ŠTÚDIE *ETHICAL APPROACH TO GERIATRIC PATIENTS FROM A CASE STUDY PERSPECTIVE*

RAPČÍKOVÁ Tatiana, JANICZEKOVÁ Elena

Fakulta zdravotníctva Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave so sídlom v Banskej Bystrici

ABSTRAKT

Východiská: Geriatrickí pacienti predstavujú špecifickú skupinu pacientov v súvislosti s osobitosťami vyplývajúcimi z ich veku a zdravotných problémov. Starostlivosť o nich musí byť založená na vysokom morálnom kredite.

Ciele: Hlavným cieľom príspevku je predstaviť prípadovú štúdiu zameranú na etický prístup ku geriatrickému pacientovi z hľadiska vybraných etických teórií.

Metódy: V štúdiu je prezentovaná metóda kvalitatívneho výskumu – prípadová štúdia situovaná do reálneho nemocničného prostredia s tromi alternatívami riešenia vzniknutej situácie. Štúdia kladie dôraz na bezpečnosť pacienta a dôležitosť presného vedenia zdravotnej dokumentácie.

Výsledky: Všetky skutočnosti súvisiace s hospitalizáciou pacienta, vrátane pádu, musia byť starostlivo zdokumentované, čo je v úzkom kontexte s etikou a svedomím každého zdravotníckeho pracovníka.

Záver: Prípadová štúdia poukázala na dôležitosť relevantných informácií v zdravotnej dokumentácii pacienta ako predpokladu kvalitnej zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti založenej nielen na deontologickej etike, ale aj etike zodpovednosti a etike cnosti.

KLúčové slová: Geriatrický pacient. Zdravotnícky pracovník. Etický prístup a teórie. Prípadová štúdia.

ABSTRACT

Background: Geriatric patients represent a specific group of patients in regards to their age and health problems. Their treatment has to be provided on high moral credit.

Aims: The main aim of this paper is introduce a case study focusing on ethical approach to geriatric patient according chosen ethical theories.

Methods: In this study is presented method of qualitative research – a case study situated to genuine hospital environment with three alternatives for situation solving. The case puts emphasis on patient's safety and the importance of accurate completion of medical documentation.

Results: All the facts related to patient's hospitalization, including a fall, have to be documented carefully, what is closely linked with every health care worker's ethics and conscience.

Conclusion: The case study has showed the importance of stating all the relevant information in patient's medical documentation as the basis for a good quality medical and nursing care based not only on deontological ethics, but also on ethics of responsibility and virtue ethics.

Keywords: Geriatric patient. Healthcare worker. Ethical approach and theory. Case study.

ÚVOD

Starí ľudia predstavujú jednu z najzraniteľnejších skupín pacientov a ich liečba a ošetrovanie kladie na zdravotnícky personál vysoké nároky. V porovnaní s vekovo mladšími pacientmi, choroba u starého človeka má svoje špecifiká - odlišný priebeh, sklon ku chronicite a rôznorodým komplikáciám, mnohokrát nejasná symptomatológia komplikujúca vyvodenie jednoznačného diagnostického záveru, časté recidívy a polymorbidita. Choroba znamená aj výrazný zdroj ohrozenia v zmysle čiastočnej alebo úplnej imobility, straty sebestačnosti či blížiacej sa smrti a evokuje viaceré viac či menej výrazné maladaptívne prejavy.

Austrálsky inštitút zdravia a dobrých životných podmienok už v roku 1996 uviedol, že pacienti vyššieho veku sú veľmi častými užívateľmi zdravotníckych služieb a v porovnaní s pacientmi mladších vekových kategórií sú častejšie hospitalizovaní a zostávajú v nemocnici dlhší čas. Somatické ochorenie (fyzický stav zdravia) je najhlavnejším dôvodom hospitalizácie, depresívny syndróm má 28% prevalenciu a úzkostnou poruchou trpí 5 % hospitalizovaných (Bryant, Jackson, Ames, 2010, s. 146).

Seniori predstavujú skupinu pacientov, ktorá, vzhľadom na svoju zraniteľnosť, vyžaduje špecifický prístup zo strany zdravotníckych pracovníkov. Toto konštatovanie bližšie špecifikuje i Mlýnková (2011, s. 72) deklarujúca, „že starostlivosť o geriatrických pacientov sa v mnohom líši od starostlivosti o pacientov ostatných vekových skupín a uvedenej činnosti sa nemôže venovať každý zdravotnícky pracovník. Predpokladom je akési vnútorné naladenie na starostlivosť o vekovo staršie osoby, veľká dávka empatie, tolerancia a pochopenie problémov seniorov. Osoby stredného a mladšieho veku majú väčšinou dostatok fyzických a psychických síl, aby si základné denné činnosti zabezpečovali samostatne. Oproti nim - seniori predstavujú zraniteľnú skupinu pacientov vyžadujúcu odlišné služby a viac pomoci“.

Etický rozmer práce zdravotníckych pracovníkov vo vzťahu k jednotlivým kategóriám pacientov

vo všeobecnosti posudzujeme cez prizmu etiky štyroch prima facie princípov autorov Beauchampa a Childressa, a to justice, beneficencie, non-maleficencie a autonómie. Ako samotní autori (1994, s. 452-453) konštatujú: „*Morálka znamená niečo viac ako len záväzky; dôležité sú charakterové črty ľudí*“. V tejto súvislosti môžeme hovoriť nielen o deontologickej etike, ale aj etike zodpovednosti a etike cnosti, z pohľadu ktorých analyzujeme našu prípadovú štúdiu.

Rešpektovanie ľudskej dôstojnosti ako kľúčový etický aspekt zdravotnej starostlivosti o geriatrických pacientov

Jedným z najdôležitejších etických atribútov starostlivosti o geriatrických pacientov je uplatňovanie zásady úcty v prístupe k nim a rešpektovanie ich ľudskej dôstojnosti. Uvedená problematika rezonuje na odborných zdravotníckych fórach s čoraz väčšou naliehavosťou a neraz vytvára základ pre predmetný etický diskurz i v širšej (celospoločenskej) rovine.

V súčasnosti existujú mnohoraké poňatia ľudskej dôstojnosti vychádzajúce z rôznych filozoficko-antropologických koncepcií človeka. V kontexte našich úvah je vhodné uviesť stanovisko Philpa (2006, s. 4) deklarované v dokumente *A New Ambition For Old Age*: „*Dôstojnosť je založená na morálnych požiadavkách rešpektovania celej ľudskej bytosti bez ohľadu na stav, v ktorom sa nachádza*“. Dôraz na rešpektovanie ľudskej dôstojnosti zverených osôb zdôrazňuje i Krejčík (2003, s. 8), podľa ktorého je tento aspekt „*podmienkou uplatnenia a ochrany ľudských práv v praxi súčasnej medicíny a zdravotníctva, vedie ku skvalitneniu poskytovanej starostlivosti najmä o ťažko chorých a nevládných pacientov, z ktorých väčšinu tvoria starí ľudia*“. Ako ďalej uvádza Kořenek (2004, s. 111) „*človek nemôže stratiť svoju dôstojnosť pod vplyvom dlhodobého ochorenia. Na dlhodobo chorých, na hospitalizovaných pacientov v geriatrickom veku, z ktorých mnohí sú nevyliciteľne chorí, sa nemôžeme pozerat' ako na ľudí, pre ktorých už život nemá žiadnu hodnotu. Práve naopak, zdravotnícki pracovníci by sa o takto chorých mali starať na základe vysoko ceneného etického prístupu, a to solidarity s najslabšími v spoločnosti*“.

Zdravotnícki pracovníci nemôžu zabúdať na humaný prístup a rešpektovanie dôstojnosti pacientov v postproduktívnom veku ani v súvislosti s roz-

vojom techniky a nárastom počtu nových a účinných liekov majúciich nepochybne značný podiel na predlžovaní a skvalitňovaní života človeka. Táto skupina jedincov má osobité potreby, z čoho vyplýva aj špecifická starostlivosť o geriatrických pacientov. V prístupe zdravotníckych pracovníkov je nutné akceptovať všetky špecifiká vyplývajúce z ochorenia a zdravotného stavu a aktivizovať pacientov v zmysle ich zapájania do uspokojovania biologických i iných potrieb. V komunikácii treba dbať na prejavy empatie ako nosného atribútu etiky cnosti a pacientovi dať priestor k vyjadreniu jeho obáv a ťažkostí. Tiež je dôležité vyvarovať sa infantilného správania, ktorým sa zraňuje úcta a dôstojnosť starého človeka. V kontakte s pacientmi vyššieho veku je nevyhnutné využívať neverbálny kontakt, predovšetkým haptiku, ktorej terapeutická účinnosť je zrejmá.

Aj americký filozof a odborník na biomedicínsku etiku D. Callahan (1997) sa prikláňa k názoru, že „*medicína by sa nemala orientovať len na predlžovanie života na úkor utrpenia pacienta. Jedným z prioritných cieľov medicíny má byť orientácia predovšetkým na kvalitu života*“. Podľa neho sa aj v súčasnosti mnohí zdravotnícki pracovníci domnievajú, že „*človek v postproduktívnom veku, ktorý odmieta liečbu, trpí depresiou. Ale situácia môže byť iná – človeku ide hlavne o to, aby jeho život bol aspoň relatívne kvalitný*“.

Etický prístup si od zdravotníckych pracovníkov tiež vyžaduje, aby pamätali na fakt, že u jedincov vyššieho veku sa môže vyskytovať tzv. geriatrický maladaptívny syndróm (ďalej GMS). Podľa Ondriovej a Pavelkovej (2011, s. 18) je tento syndróm „*prejavom adaptačného zlyhania, ktoré vzniká na základe chronického stresu vyvolaného závažným psycho-sociálnym podnetom (napr. chorobou, hospitalizáciou, náročnými situáciami v rodine a pod.), s klinickou manifestáciou najčastejšie v kardiovaskulárnom a imunitnom systéme, psychickou poruchou a následným ohrozením zdravia a života*“.

Predpokladom prevencie, resp. eliminovania neraz výraznej telesnej a psychickej symptomatológie GMS je citlivý prístup ošetrojúceho personálu ku geriatrickému pacientovi, empatická interpersonálna komunikácia a pochopenie pre problémy pacienta.

Jedným zo základných a účinných pilierov umožňujúcim rešpektovanie dôstojnosti geriatrických pacientov je aj v súčasnosti preferovaný tzv. psycho-biografický model starostlivosti, ktorého

autorom je prof. Erwin Böhm. Model je založený na uspokojovaní psychických potrieb človeka a hľadání zmysluplnosti života (Procházková, 2012, s. 12). Daný model sa využíva predovšetkým v starostlivosti o klientov v domovoch sociálnej starostlivosti a v nemocničných zariadeniach na geriatrických oddeleniach, oddeleniach dlhodobochorých, prípadne v hospicioch. Implementácia daného modelu v praxi vyžaduje od zdravotníckych pracovníkov, a najmä od sestier, adekvátnu komunikáciu, v ktorej rezonuje aktívne počúvanie a záujem o problémy a potreby starého človeka. Uplatňovaním psycho-biografického modelu starostlivosti evokujeme v pacientoch pocit užitočnosti a aktivizujeme ich.

Dôstojnosť pacientov je pevnou súčasťou Etického kódexu zdravotníckych pracovníkov i Európskej charty lekárskej etiky vydané v roku 2011. Realizovať zdravotnú starostlivosť na základe rešpektovania dôstojnosti pacienta je morálnou povinnosťou každého lekára, sestry a ostatných zdravotníckych pracovníkov. Právo na rešpektovanie ľudskej dôstojnosti v každom veku, o to viac u geriatrických pacientov, predstavuje morálne portfólio, ktoré by malo byť príznačné pre zdravotnícku profesiu a je jedným z najúčinnějších dôkazov implementácie etiky do zdravotníckej praxe.

Právo geriatrických pacientov na humánnu a ohľaduplnú ošetrovateľskú starostlivosť

Ošetrovateľstvo je založené na princípoch humanizmu. Technicky dokonalé prístrojové vybavenie je síce v medicíne veľmi dôležité, ale ľudský prístup, láska k povolaniu a vzťah k ľuďom sa nedá nahradiť. Humanistický prístup je aj podstatným krokom na dosiahnutie vyššej kvality ošetrovateľskej starostlivosti, je v ňom aj budúcnosť celej zdravotnej starostlivosti. Humanistický prístup berie do úvahy všetko, čo v jednotlivcovi poznáme: jeho myslenie, citlivosť, hodnoty, skúsenosti, ale aj lásku, nádej a správanie. Mal by sa prelínať celou zdravotnou starostlivosťou vykonávanou ktorýmkoľvek profesionálom v zdravotníctve (Hanzlíková, 2011, s. 105).

Ohľaduplný prístup sestry ku geriatrickým pacientom je jedným z najdôležitejších atribútov kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti. Sestry si musia uvedomiť, že aj starý človek je ľudská bytosť majúca svoju dôstojnosť, svoje predstavy (tie môžu byť aj nesprávne, ale je dôležité zladit' ich s realitou), svoje očakávania, o ktorých splnenie by sa

mala sestra usilovať, i svoje obavy, o ktorých by sestra s pacientom mala rozprávať a ktoré by sa mala snažiť eliminovať.

Neoddeliteľnou súčasťou humánnej ošetrovateľskej starostlivosti a spoluúčasti s geriatrickým pacientom je takt, citlivý prístup, prejav záujmu a účasti deklarovaný, a to buď verbálnym spôsobom, resp. neverbálne, napríklad zúčastneným počúvaním pacienta a snahou o jeho pochopenie zo strany sestry. Medzi nemenej dôležité atribúty humánnej ošetrovateľskej starostlivosti patrí ohľaduplné správanie zo strany sestier, vyjadrenie primeranej spoluúčasti na utrpení pacienta a zodpovednosť pri realizovaní ošetrovateľskej starostlivosti.

Erudovaná sestra si musí uvedomiť, že aj geriatrický, častokrát polymorbídny, imobilný či iným spôsobom hendikepovaný pacient, má právo na adekvátnu a dôstojnú komunikáciu, pomocou ktorej sestra rýchlejšie odhalí jeho potreby, pochopí ho a snaží sa mu pomôcť. Takto chápaná komunikácia predstavuje jeden zo základných pilierov ošetrovateľskej starostlivosti, umožňuje sestru mať radosť zo svojej práce, prispieva k nárastu odborného etického potenciálu a k formulovaniu adekvátnych, s etikou úzko spätých rozhodnutí.

Podľa Glasu a Šoltésy (1998, s. 95) „*uvedené prejavy správania znamenajú pravdivý, skutočný záujem, vyjadrenie autentickej ľudskej blízkosti a solidarity a plné prijatie a potvrdenie dôstojnosti človeka*“.

V súvislosti s humánnou starostlivosťou odborníci zdôrazňujú potrebu zamerania sa na pacienta a potrebu holistického prístupu v kontexte sústavného úsilia o zachovanie nezávislosti a identity ľudí, o ktorých sa staráme. Nevhodná komunikácia a oslovovanie pacientov, zaobchádzanie s pacientom ako s predmetom a nie ľudskou bytosťou, tzv. „zvecnenie“ ľudskej bytosti, ponížujúce obnažovanie a nedostatok úcty pri intímnych činnostiach sú prejavom nedôstojnej starostlivosti o geriatrických pacientov. Podľa názorov mnohých odborníkov je nedôstojná starostlivosť rozšírená, a to najmä pokiaľ ide o neosobné správanie (zaobchádzanie s pacientom ako s vecou a nie ako s človekom), ignoranciu, prehliadanie problémov, ponížovanie pacienta a nerešpektovanie jeho práv (Nadace, 2004).

Prípadová štúdia

Názov: *Bezpečnosť pacienta počas hospitalizácie a dôležitosť presného vedenia zdravotnej dokumentácie*

Identifikácia prípadu

74 ročný pacient bol hospitalizovaný v nemocnici z dôvodu náročného operačného výkonu na srdci – plastike mitrálnej chlopne.

5. pooperačný deň – pacient preložený na jeho zdravotnému stavu zodpovedajúce oddelenie z dôvodu hnisavej sekrécie z priedušiek, pozitívneho röntgenologického nálezu na pľúcach a pretrvávajúcich hodnôt telesnej teploty v rozmedzí 38–39°C, a to i napriek cielenej antibiotickej liečbe.

6. pooperačný deň – v zdravotnej dokumentácii zaznamenané: pacient odpadol, bol bledý, mal realizované elektrokardiografické vyšetrenie a odmeraný krvný tlak, ktorého hodnoty boli v norme. Po hodine sa stav pacienta upravil.

8. pooperačný deň – v zdravotnej dokumentácii zaznamenané: pacient predpoludním spadol z posteľe, na základe čoho má povrchové zranenie na tvári (nos). Realizované neurologické vyšetrenie a urgentné CT so záverom: pravostranná hemiparéza stredného stupňa na podklade náhlejšej cievnej mozgovej príhody.

9. pooperačný deň – pacient preložený na špecializované pracovisko.

Vzhľadom na náročný operačný zákrok a pooperačné komplikácie nebola zo strany ošetrojúceho personálu zabezpečená bezpečnosť pacienta, v dôsledku čoho pacient v priebehu jednej hospitalizácie dvakrát spadol (následným vyšetrovaním prípadu sa zistilo, že aj v prvom prípade išlo o spadnutie a nie o odpadnutie pacienta, ako bolo zaznamenané v zdravotnej dokumentácii). Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou na základe podnetu manželky pacienta, ktorú o situácii informoval jeho spolupacient, konštatoval, že išlo jednoznačne o hrubé zanedbanie starostlivosti a neprofesionálny prístup zdravotníckych pracovníkov výrazne ohrozujúci už i tak pacientov komplikovaný zdravotný stav.

V prípadovej štúdií nie je našim prioritným cieľom zamerať sa na odbornú stránku zdravotnej starostlivosti, dodržaním ktorej by sa zabránilo pádu pacienta, ale našou úlohou je poukázať na alternatívy dokumentovania prípadu v zdravotnej dokumentácii.

Alternatíva riešenia č. 1

Z obavy z obvinenia zo zanedbania zdravotnej starostlivosti ošetrojúci personál nezaznamená pády do dokumentácie pacienta a neinformuje o danej skutočnosti ani jeho manželku.

Morálny dopad: Ak kompetentní zdravotnícki pracovníci nevykonajú záznam do dokumentácie pacienta, ide o hrubé porušenie etiky zodpovednosti. V dokumentácii musia byť zaznamenané všetky okolnosti vzniku určitej situácie v zdravotníckom zariadení. Službukonajúce sestry, asistenti a sanitári zodpovedajú v plnom rozsahu za bezpečnosť pacienta, ktorý bol už staršieho veku a prekonal ťažký operačný zákrok spojený so závažnými pooperačnými komplikáciami. V tomto prípade, a navyše po prvom páde, bolo z hľadiska bezpečnosti pacienta nevyhnutné využiť pomôcky k tomu určené a všetky intervencie personálu, ako aj okolnosti pádu bolo potrebné zaznamenať do zdravotnej dokumentácie.

Konanie zdravotníckych pracovníkov je neprijateľné i z hľadiska deontologickej etiky, pretože základnou povinnosťou zdravotníckych pracovníkov je chrániť zdravie, život a bezpečnosť pacienta a o všetkých náležitostiach súvisiacich so zdravotným stavom pacienta viesť záznam v súlade s platnými predpismi. O páde mala byť informovaná i pacientova manželka, ktorá ho pravidelne navštevovala.

Nezaznamenanie dvoch pádov do dokumentácie je v príkrom rozpore i s etikou cnosti, ktorej základom je čestnosť.

Ak by zdravotnícki pracovníci riešili situáciu v zmysle alternatívy č. 1, išlo by o konanie, ktoré by bolo v rozpore i s etikou ľudských práv, pretože každý pacient má právo na bezpečnosť a ochranu svojho zdravia.

Konanie v zmysle alternatívy č. 1 je neprijateľné i z hľadiska etiky princípov, pretože nezaznamenanie akejkoľvek skutočnosti súvisiacej s hospitalizovaným pacientom môže predstavovať vážne riziko pre ďalší vývoj jeho zdravotného stavu.

Alternatíva riešenia č. 2

Ošetrojúci personál vykoná záznam o dvoch pádoch pacienta do dokumentácie, ale bez zaznamenania presných okolností jednotlivých pádov, času a podpisov kompetentných pracovníkov. O danej skutočnosti neinformuje ani manželku pacienta.

Morálny dopad: Z hľadiska deontologickej etiky by si ošetrojúci personál splnil svoju povinnosť, ale nie dostatočne. V zmysle tohto druhu etiky sú zdravotnícki pracovníci povinní, okrem zaznamenania akejkoľvek udalosti, v našom prípade pádov, vykonať záznam v dokumentácii hodnoverne, chronologicky, t. j. v časovej nadväznosti presne opísať

to, čo sa stalo a zápis potvrdiť podpisom toho, kto ho vykonal.

Konanie uvedené v druhej alternatíve by odpo-rovalo i etike zodpovednosti – zdôvodnenie je iden-tické ako pri deontologickej etike.

I z pohľadu etiky cnosti by bolo konanie mo-rálne nevhodné, pretože zdravotnícki pracovníci sú povinní poskytnúť pravdivé informácie o danej sku-točnosti najbližšiemu príbuznému pacienta. Je viac ako pravdepodobné, že manželka by sa o situácii dozvedela od manžela, resp. spolupacienta ako svedka udalosti (čo sa aj stalo) a ak zdravotnícki pracovníci zataja takúto udalosť, stávajú sa v očiach príbuzných nedôveryhodnými.

Alternatíva riešenia č. 3

Ošetrojúci personál vykoná záznam o dvoch pá-doch pacienta do dokumentácie, pričom presne zaznamená okolnosti jednotlivých pádov i všetky ostatné náležitosti, čo potvrdí aj svojim podpisom. Situáciu zaznamená i do ošetrovateľskej prepúšťa-cej správy a upovedomí o nej aj manželku pacienta.

Morálny dopad: Aj napriek tomu, že pádmi pa-cienta došlo k hrubej nedbalosti zo strany personálu, pri hodnotení ich postupu a zápisu údajov do doku-mentácie môžeme z hľadiska alternatívy č. 3 kon-štatovať, že zdravotnícki pracovníci postupovali správne a v súlade s princípmi kľúčových etických teórií – deontologickej etiky, etiky zodpovednosti a cnosti.

Riešenie a zdôvodnenie správnej voľby

Správnou alternatívou riešenia daného prípadu je **alternatíva č. 3.** (V danom prípade žiadna iná alter-natíva nepripadá do úvahy). Uvedené riešenie je správne z hľadiska deontologickej etiky, pretože skutočnosti súvisiace s pádom pacienta musia byť zaznamenané v jeho zdravotnej dokumentácii presne, hodnoverne s uvedením časových interva-lov a podpisov zodpovedných osôb. Ak zdravot-nícki pracovníci uvedú záznam do dokumentácie, konajú i v zmysle etiky zodpovednosti, ktorá je úzko prepojená s legislatívnymi normami presne vymedzujúcimi povinnosti zdravotníkov súvisiace so zaznamenávaním údajov do chorobopisu.

Etika zodpovednosti je úzko previazaná i so sve-domím. Ak by zdravotnícki pracovníci, aj napriek závažným udalostiam, akými sú pády pacienta, ktoré sa len veľmi ťažko dajú utajiť a s vysokou pravdepodobnosťou by hrozilo ich vyšetrovanie

kompetentnými pracovníkmi alebo orgánmi, uda-losť presne zaznamenali a informovali by o nich aj pacientovu manželku, ich konanie by bolo v súlade aj s etikou zodpovednosti a aj s etikou cnosti.

ZÁVER

Daná prípadová štúdia predstavuje v našom prí-pade reálny, ale v praxi nie veľmi frekventovaný príklad zanedbania zdravotnej a najmä ošetrovateľ-skej starostlivosti a jej adekvátneho zdokumentova-nia. Ambíciou prípadovej štúdie bolo poukázať na dôležitosť presného a jednoznačného vedenia zdra-votnej dokumentácie, čo je dôležité tak pre pacienta, ako i pre zdravotníckych pracovníkov, z ktorých mnohí si ešte stále dostatočne neuvedomujú, resp. odmietajú uvedomiť, že len zodpovedne a presne vedená dokumentácia môže predstavovať hodno-verné svedectvo v prípadnom súdnom spore a môže slúžiť zdravotníckym pracovníkom aj ako ochrana.

Aj podľa Freemana (2006, s. 617-618) „*ani jedna etická teória nevystihuje všetko to, čo je po-trebné pre pacienta*“. Z toho dôvodu „*má zdravot-nícky pracovník postupovať prísne individuálne a aplikovať z každej teórie to najdôležitejšie vzhľa-dom na jedinečnosť pacientovej osobnosti*“.

A to platí aj u geriatrických pacientov, u ktorých vek a s ním spojené špecifiká predstavujú morálny imperatív k tomu, aby zdravotná a ošetrovateľská starostlivosť bola nielen komplexná, ale aj vysoko individualizovaná.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- BEAUCHAMP, T.L – CHILDRESS, J.F. 1994. *Principles of biomedical ethics*. New York, Ox-ford: Oxford University, 1994. 546 p. ISBN 0-19-508537-X.
- BRYANT, Ch. – JACKSON, H. – AMES, D. 2011. The role of physical and psychological variables in predicting the outcome of hospitalization in very old adults. In *Archives of Gerontology and Geriatrics*, ISSN 0167-4943, 2011, Vol. 53, No. 2, p. 146-151.
- CALLAHAN, D. 1997. Philosophical, ethical and moral aspects of health care rationing: A review of Daniel Callahan's setting limits. [cit. 2013.12.22.] Dostupné na internete: http://www.richard-t-hull.com/publications/callahan_re-view_setting-lim
- PHILP, I. 2006. *A new ambition for old age: Next steps in implementing the National Service Framework for Older People*. [online]. 2006, s. 24.

- [cit 2013.11.13.] Dostupné na internete: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4133941.pdf
- FREEMAN, J.M. 2006. Ethical theory and medical ethics: a personal perspective. In *Journal of Medical Ethics*. ISSN 1473-4257, 2006, Vol. 32, No. 10, p. 617-618.
- GLASA, J. – ŠOLTÉS, L. a kol. 1998. *Ošetrovateľská etika 1*. Martin: Osveta, 1998. 211 s. ISBN 80-217-0594-9.
- HANZLÍKOVÁ, A. 2011. *Profesionálne ošetrovatelstvo a jeho regulácia*. Martin: Osveta, 2011. 155 s. ISBN 978-80-8063-360-8.
- KOŘENEK, J. 2004. *Lékařská etika*. Praha: Triton, 2004. 234 s. ISBN 80-7254-538-8.
- KREJČÍK, Š. 2003. Důstojnost starých lidí a zdravotnická starostlivost. In *Medicínska etika&Bioetika*, ISSN 1335-0560, 2003, roč. 10, č. 1-2, s. 8-9.
- MLÝNKOVÁ, J. 2011. *Péče o staré občany*. Praha: Grada Publishing, 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
- NADACE OPEN SOCIETY FUND PRAHA. 2004. *Respektování lidské důstojnosti*. Příručka pro odbornou výuku a výcvik absolventů lékařských, zdravotnických a zdravotně-sociálních oborů. Praha, 2004. 58 s. [cit.2013.07.15] Dostupné na internete: <http://www.cestadomu.cz/res/data/028/003427.pdf>
- ONDŘIOVÁ, I. – PAVELKOVÁ, M. 2011. Geriatrický maladaptivní syndróm a možnosti jeho prevencie. In *Zdravotnické noviny*, příloha Lékařské listy, ISSN 1335-4477, 2011, roč. 16/60, č. 22, s. 18.
- PROCHÁZKOVÁ, E. 2012. Cesta do duše seniorů. In *Sestra a lékař v praxi*. ISSN 1335-9444, 2012, roč. 11, č. 9-10, s. 12-14.

HISTÓRIA VÝVOJA GERIATRIE A GERIATRICKÉHO OŠETROVATEĽSTVA HISTORY OF THE DEVELOPMENT OF GERIATRICS AND GERIATRIC NURSING

MATIŠÁKOVÁ Iveta¹, LIBOVÁ Ľubica², GERLICHOVÁ Katarína¹

¹Fakulta zdravotníctva, Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne, Trenčín

²Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n. o., Bratislava

ABSTRAKT

Starnutie a staroba je predmetom záujmu vedného odboru gerontológia, geriatria, ale aj geriatrické ošetrovateľstvo. Cieľom príspevku je priblížiť historický vývoj odboru geriatrickej a gerontológie od prvých poznatkov až do 20. storočia a historický vývoj geriatrického ošetrovateľstva vo svete, v Čechách a na Slovensku. V príspevku sú rozoberané rôzne pohľady na etiológiu starnutia, procesy starnutia, terapiu a starostlivosť o starých ľudí v historických súvislostiach. Už v prvých poznatkoch pochádzajúcich zo starej Číny sa odzrkadľuje potreba lásky a úcty k starým ľuďom. Tiež sa už v tomto období popisuje potreba špecifického prístupu k uspokojovaniu potrieb, napr. výživy. Pre lepšie pochopenie histórie sú v príspevku uvádzané literárne diela zaoberajúce sa problematikou starnutia a staroby v konkrétnom období. Kvalita starostlivosti o seniorov bola z historického pohľadu poznačená sociálnymi, ekonomickými a politickými faktormi. Je to evidentné aj na rozvoji inštitucionálnej starostlivosti o seniorov. Úroveň starostlivosti súvisí s kultúrou danej spoločnosti.

Kľúčové slová: Geriatria. História. Gerontológia. Starnutie.

ABSTRACT

The theme of aging and old age is the subject matter of scientific field of gerontology, geriatrics, but also of geriatric nursing. The aim of the contribution is to approach the historical development of geriatrics and gerontology since the very first knowledge to the 20th century and also the historical development of geriatric nursing in the world, in the Czech Republic and Slovakia. The study discusses different aspects the etiology of aging, processes of ageing, therapy and care for the elderly from in historical contexts. Already the first findings from Old China reflect the need for love and respect for the elderly. During this period, there was portrayed the need for a specific approach to meeting their needs, for example nutrition. For a better understanding of history, our contribution introduces literary works that focus on aging and an old age in a particular period. The quality of care for the elderly was historically highlighted by social, economic and political factors. This is also evident in the development of institutional care for elderly. The quality of care is related to the culture of the given society.

Key words: Geriatrics. History. Gerontology. Aging.

ÚVOD

História sa zaoberá štúdiom zmeny v priebehu času, miestami, ľuďmi, kultúrou, náboženstvom, sociálnymi, ekonomickými a zdravotnými podmienkami období a ich úlohou v procese zmeny.

Poznanie histórie zdravotnej starostlivosti umožňuje poznať zdravotný stav ľudí v jednotlivých historických obdobiach (Farkašová, 2010). Historický vývoj starostlivosti o zdravie a tiež ošetrovateľskú starostlivosť ovplyvňovali spoločenské a sociálno-ekonomické podmienky. Značný vplyv mali kultúrne tradície, náboženstvo, rozvoj medicíny, vojny, sociálna situácia, hospodárska situácia a celkový stav zdravia obyvateľstva (Farkašová, 2010).

Gerontológia ako veda o starnutí má svoje špecifiká, ktoré ju metodologicky odlišujú od iných vedných odborov a spočívajú v tom, že sa zameriava na výskum populácie, ktorá je charakterizovaná hlavne vekom (Hegyí, Krajčík, 2010). Pre poznanie súčasného vývoja gerontológie a geriatrickej je významné poznať ich históriu.

Prvé poznatky z odboru pochádzajú zo starej Číny, kde Kuang Čung rozvíjal myšlienky sociálnej starostlivosti o starých ľudí. Starý človek by mal podľa neho v 90. rokoch veku dostávať každý deň mäso a víno. Konfucius požadoval láskavé zaobchádzanie so starými ľuďmi, so starými rodinnými príslušníkmi a tiež požadoval úctu k predkom. V starovekej Indii Budha rozlišoval medzi prostým starnutím v rokoch a naplneným životom. V indickej výžive sa odporúčal cesnak na udržanie mladosti a tiež liečebné kúpele. Starí Egypťania spájali starnutie s hnilobou vnútorností.

Hippokrates (obr. 1) za príčinu starnutia považoval úbytok tepla v organizme starých ľudí. V spise „*De diaeta*“ odporúčal pre starcov optimálnu stravu (Hegyí, 2010). Platón starobu chváli, pretože človeka vedie k harmónii, k opatrnosti, prehľbuje jeho múdrosť. Sokrates sa obáva predĺženia života, lebo má strach, že oslepne, ohluchne, nebude schopný sa učiť a bude rýchlo zabúdať. Seneca pokladá starobu za nevyliciteľnú chorobu. Podľa Aristotela je staroba prirodzenou chorobou a choroba predčasnou starobou.

Aristoteles a Galen (obr. 1) skúmali spojenie medzi metabolizmom (vytváraním tepla) a starnutím. Galen v skutočnosti navrhol, že zmeny súvi-



Obrázok 1 Galen, Avicena a Hipokrates: Učítelia medicíny grécky lekár Galen, perzský lekár a filozof Avicena a grécky lekár a otec medicíny Hipokrates (Zdroj Science photo library)

siace so starnutím môžu súvisieť so stravou a aktivitou. Počet ľudí, ktorí v staroveku dosiahli vysoký vek, bol veľmi malý; stredná dĺžka života v starovekom Egypte bola menej ako 30 rokov (Mary Ann Forcica, 2014).

Rímsky lekár Galenos v diele „*De sanitate tuenda*“ (o nevyhnutnosti uchovávať si zdravie) zhrnul poznatky o medicíne, správnej životospráve a hygiene. Odporúča pre udržanie zdravia pohyb na čerstvom vzduchu, výživnú stravu, telesné cvičenie, kúpele a masáže. Starostlivosť o zdravie starcov nazval „*gerokómiou*“.

Stredovek bol obdobím poklesu vzdelanosti a v centre záujmu medicíny bol elixír mladosti. Na počiatku renesancie to bol Leonardo da Vinci, ktorý študoval zmeny na ľudskom organizme. Gabriel Zerbi vydal knihu o zdravom strnutí v roku 1489 „*Gerontocomia scilicet de senium cura atque victu*“ (Veda o starnutí sa rozumie ako starostlivosť a životná múdrosť v starobe) (Hegyi, 2009). Ján Ámos Komenský riešil otázky správnej výživy. Jedno z jeho odporúčaní, môže slúžiť ako základná myšlienka prevencie v gerontológii, že Umenie života spočíva v umení žiť dlho, byť zdravý a byť v pohode. Za podstatu dlhovekosti považuje to, aby človek nežil v lenivosti, ale stále bol aktívny a pracoval (Hegyi, Krajčík 2010).

Až osvietenstvo je spojené s rozvojom lekárskeho vied a aj rozšírením poznatkov o procese starnutia a staroby. V 17. a 18. storočí boli do medicíny vnesené vedecké prvky a vedecké myslenie. Prvé významné dielo, ktoré položilo základy modernej

gerontológie, bola kniha nemeckého lekára, profesora jenskej a neskôr berlínskej univerzity Christophu Wilhelma Hufelanda „*Makrobiotika alebo umenie predĺžiť ľudský život*“. Kniha vyšla v roku 1796, bola preložená do viacerých jazykov a v roku 1800 bola preložená do slovenčiny. Tento lekár považoval prevenciu, preventívne opatrenia a hygienu za dôležitý faktor predĺženia života (Hegyi, 1980). Stal sa tak jedným z predchodcov preventívnej medicíny.

V 19. storočí medicínu ovplyvnil Rudolf Virchow. Podľa neho oplodnenie, rast, starnutie a smrť sú procesy prirodzené a sú viazané na bunku (Krajčík, Hegyi, 2010).

Prínosom pre rozvoj gerontológie bolo zavedenie experimentu ako spôsobu skúmania jednotlivých problémov francúzskym neuropatológom Charlesom Brownom-Séquardom, ktorý experimentoval na sebe – injikoval si vodný extrakt z testes psov a morčiat a tak sa stal prvým propagátorom hormonálnej liečby.

V prvých desaťročiach 20. storočia položil základy geriatrickej medicíny ako geriatrickej medicíny americký lekár Ignác Leo Nasher. Prvý raz nazval oblasť klinickej gerontológie ako geriatrica (dnes používaný názov) a definoval ju ako samostatný klinický odbor.

V roku 1912 začal Eugen Steinach éru hormonálnej terapie staroby, ktorý sa snažil omladiť organizmus ligatúrou semenných povrazcov. Lekár Sergej Voronov si zvolil podobnú cestu a transplantoval testes opíc (Hegyi, 1980).

Ivan Petrovič Pavlov poukázal na vplyv vonkajších faktorov na organizmus a na starnutie centrálného nervového systému. Rumunský neuropatológ Gheorge Marinesco tvrdil, že starnutie súvisí s vysychaním tkanív (Krajčík, Hegyi, 2010).

V polovici 20. storočia bola významná pre rozvoj gerontológie kniha nemeckého internistu Maxa Bürgera „*Starnutie a choroba*“, ktorá vyšla v roku 1947. V roku 1938 založil Bürger Nemeckú spoločnosť pre výskum starnutia. Podľa neho človek starne počas celého života a nielen vo vyššom veku. Fritz Verzár pochádzajúci z Budapešti pôsobiaci na katedre fyziológie v Bazileji založil Inštitút experimentálnej gerontológie a preto jemu vďačíme za tento pojem. Inštitút sa preslávil po celom svete. Základy sociálnej gerontológie boli položené v roku 1960, keď Clark Tibbitts vydal svoj *Handbook of social Gerontology: „Societal Aspects of Aging“*

(Príručka sociálnej gerontológie: „*Spoločenské aspekty starnutia*“). V druhej polovici 20. storočia nastal prudký rozvoj geriatrickej a gerontologickej.

V roku 1950 vznikla v Belgicku v Liege Medzinárodná gerontologická asociácia (International Association of Gerontology, IAG), ktorá združuje gerontologické spoločnosti a tiež Medzinárodná gerontologická federácia (International Federation on Ageing, IFA), ktorá sídli v Montreali a zaoberá sa hlavne sociálnou gerontológiou. Medzinárodný gerontologický inštitút OSN (International Institute on Ageing UN, INIA UN) vznikol na Malte.

Z histórie vývoja geriatrickej a geriatrickeho ošetrovateľstva v Čechách a na Slovensku

Rozvoj ošetrovateľskej starostlivosti zasahuje do raného stredoveku a je spojený so šírením kresťanstva. Ale so starostlivosťou o človeka sa stretávame už v predkresťanských kultúrach. Na rozvoj ošetrovateľskej starostlivosti mali vplyv vojny, ktoré vyvolávali zvýšenú potrebu lekárskej a ošetrovateľskej starostlivosti. Veľa ošetrovateľských tradícií má svoj základ práve v ošetrovaní ranených vojakov (Kutnohorská, 2010).

Skutočnosť, že ochorenia v starobe prebiehajú inak ako u ľudí v strednom veku alebo u mladých ľudí spoznali pozorní klinici už pred mnohými rokmi. Profesor J. Hamerník v roku 1843 prednášal na pražskej Lekárskej fakulte o ochoreniach v pokročilom veku aj s klinickými demonštráciami. Okolo roku 1904/1905 prednášal o chorobách staroby profesor František Procházka. Boli to moderné a významné postoje, čo vyplýva z porovnaní s inými krajinami. V dvadsiatych rokoch 20. storočia sa problematikou ochorení v starobe zaoberal profesor Rudolf Eiselt. Bol od roku 1926 prednostom Ústavu pro nemoci stáří v dovtedajšom chudobinci Sv. Bartoloměje a neskôr založil pri pražskej Lekárskej fakulte „*Kliniku nemocí stáří*“. Išlo o prvé univerzitné oddelenie na svete (Česká geriatrická revue, 2003). Je považovaný za „*otca českej klinickej gerontológie*“. V roku 1929 boli otvorené Masarykovy domovy, ktoré na svoju dobu boli moderné a unikátne zdravotno-sociálne zariadenia s 250 lôžkami, ale v čase nacistickej okupácie boli uzatvorené a už nikdy sa nevrátili k pôvodnému účelu. V roku 1766 farár Bojnej pri Topolčanoch vydal klasický traktát „*Reč o starobe dobrej a čnostlivej jak chvalitebná jest*“. Dvestoštyri rokov po Fabriciovi prichádza primár Dr. Eugen Gressner

z Topolčan a zakladá Slovenskú gerontologickú spoločnosť (Hegyí, [s.a.]).

História vývoja gerontológie a geriatrickej súvisí aj so starostlivosťou o starého človeka. Rozvoj geriatrickeho ošetrovateľstva má korene v Anglicku a je spájaný s menom Florence Nightingalovej, ktorá povýšila starostlivosť o chorých na profesiu (Krátka a kol., 2011). Vo svojej ošetrovateľskej škole, ktorú založila v roku 1860, svoje sestry vzdelávala v modernom ošetrovateľstve a zdôrazňovala význam starostlivosti nielen v nemocnici, ale vzdelávala ich aj pre terén – komunitné ošetrovateľstvo. Odlišovala ošetrovateľstvo zdravých od ošetrovateľstva chorých. Svoje absolventky vysielala do terénu, aby sa starali o chudobných a starých.

Ďalší rozvoj je spojený s USA. V roku 1940 boli dané do prevádzky dva domy pre geriatrickú starostlivosť – ošetrovateľský dom v Ohio a Židovský dom pre starých v New Yorku. Prvé špecializácie pre geriatrické sestry boli ustanovené v roku 1950 Americkou asociáciou sestier. V roku 1966 vzniklo pri Americkej asociácii sestier Oddelenie geriatrickeho ošetrovateľstva a o deväť rokov neskôr vyšlo prvé číslo odborného časopisu, ktorý bol venovaný problematike geriatrickeho ošetrovateľstva – Journal of Gerontological Nursing – ktorý vychádza dodnes.

V minulosti sa o starých ľuďoch starali prevažne v rodine. Niekedy pomohli bohatí, neskôr to bola cirkev. Pre starých a nemožných ľudí sa začala rozvíjať s pomocou bohatých ľudí charitatívna starostlivosť (charis – láska k blížnemu). V rannom stredoveku vznikali prvé cirkevné inštitúcie, ktoré sa venovali pomoci starým ľuďom – gerontotrofium a chudobným – ptochotrofium. Postupne boli zakladané chudobince, starobince, kláštorné a mestské ošetrovateľské domy (Jarošová, 2006).

V 14. a 15. storočí vznikali na území neskoršej Juhoslávie „*domovy pre starých ľudí*“ a v Nizozemsku špecifické objekty „*hoffes*“ s malými izbami pre starých ľudí. V roku 1504 vychádza v Anglicku asi vôbec prvý zákon, ktorý sa pokúšal riešiť problémy starých ľudí a to ich špecifickou ochranou (obr. 2). Následne bolo vydané „*chudinské právo*“, ktoré deklarovalo vyberanie povinného poplatku na starostlivosť o starých ľudí. Okrem chudobincov a starobincov vznikali pre finančne zabezpečených ľudí „*penzióny pre dámy a pánov*“ (Haškovcová, 2002).



Obrázok 2 Staroba a ochorenia v ranej modernej medicíne (Zdroj: Schäfer, D., 2011)

To už bola predzvesť starostlivosti o starých ľudí, ktorá sa začala rozvíjať v 20. storočí. U nás v 12. storočí vznikali špitály, ktoré mali skôr úlohu sociálnu ako liečebnú. Poskytovali chudobným a starým stravu, nocľah a odpočinok. Bohatí starí ľudia boli liečení doma alebo v kláštorných nemocniciach. V 15. a 16. storočí vznikali na území Prahy obecné ústavy pre chudobných a starých. Od 17. storočia boli zakladané klasické nemocnice. Za vlády Jozefa II. sa začala rozvíjať cieľená starostlivosť o starých ľudí. Vznikali farské chudinské inštitúty pre starých chudobných a nezaopatrených. Obce mali povinnosť sa postarať o chudobných a starých a poskytnúť im stravu o starostlivosť v chorobe. Na úrovni štátu, miest a obcí boli budované a prevádzkované chudobince, starobince, pastušky a nemocnice pre chudobných. Po vzniku prvej republiky začali vznikať nové zariadenia pre starých ľudí. Okrem štátnej starostlivosti poskytovali starostlivosť starým dobrovoľné organizácie a cirkev. Starostlivosť sa tak rozdelila na zdravotnú a sociálnu. Po druhej svetovej vojne nastal rozvoj ústavnej starostlivosti. Po roku 1954 boli „domy odpočinku“ pretransformované na domovy dôchodcov. V 70-tych rokoch vznikajú prvé liečebne pre dlhodobochorých, kde sú prevažne dlhodobochorí starí ľudia. Od 80-tych rokov vznikajú geriatrické ambulancie a oddelenia, kde je poskytovaná odborná a kvalifikovaná ošetrovateľská starostlivosť starým ľuďom. Po roku 1919, keď vznikol Československý

červený kríž, boli snahy a začali sa realizovať pokusy zdravotnej a sociálnej starostlivosti v domácom prostredí. Mnohé sestry, ktoré pracovali v rámci ČSČK, začali pracovať ako geriatrické sestry v rámci geriatrických ambulancií. Ich počet sa od sedemdesiatych rokov neustále zvyšoval. Nové reformy po roku 1989 však spôsobili rozpad siete geriatrických sestier.

ZÁVER

Rozvoj gerontológie, geriatrickej a ošetrovateľskej starostlivosti v geriatrickej prešiel veľmi dlhým a náročným vývinom. Starostlivosť o starých ľudí sa v priebehu času menila. Úroveň poskytovanej starostlivosti hovorila aj o danej kultúre spoločnosti. Rozvoj v období mieru bol omnoho intenzívnejší ako v období vojny alebo v období kríz. V historickom kontexte vidíme, že aj slovenskí a českí lekári výraznou mierou prispeli k rozvoju komplexnej a odbornej starostlivosti o starých ľudí, k rozvoju geriatrickej a geriatrickej ošetrovateľstva.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- FARKAŠOVÁ, D. a kol. 2010. *História ošetrovateľstva*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2010. 169 s. ISBN 978-80-8063-332-5.
- FARKAŠOVÁ, D. a kol. 2010. *Ošetrovateľstvo teória*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2010. 244 s. ISBN 978-80-8063-332-6.
- FORCIEA, M.A. *History of medicine*. Geriatric Medicine: History of a Young Specialty. [Cit. 2018-02-25]. Dostupné na: <http://journalofethics.ama-assn.org/2014/05/mhst1-1405.html>
- Galen, Avicenna and Hippocrates*. Obraz. Veľkí učelia medicíny grécky lekár Galen, perzský lekár a filozof Avicenna a grécky lekár a otec medicíny Hipokrates <http://www.sciencephoto.com/media/95873/view>
- HAŠKOVCOVÁ, H. 2002. *Manuálek sociální gerontologie*. Brno IDV PZ, 2002. 72 s. ISBN 80-7013-363-5.
- HEGYI, L. a kol. 1980. *Aktuálne problémy gerontológie a geriatrickej*. Bratislava: KÚNZ. 1980. 164 s.
- HEGYI, L. Korene gerontológie a geriatrickej. In *Geriatricia*. ISSN 1335-1850. 2009. roč. XV., č. 4, s. 170-173.
- HEGYI, L. – KRAJČÍK, Š. 2010. *Geriatricia*. 1. vyd. Bratislava: Herba, spol. s r. o., 2010. 587 s. ISBN 978-80-89-171-73-6.

- HEGYI, L. 2011. Z dejín gerontológie na Slovensku. [online]. [s.a.]. [Cit. 2011-03-14]. Dostupné na: <http://www.geriatria.sk/?id=13>.
- Historické mezníky geriatrickej. In *Česká Geriatrická revue*. ISSN 1214-0732. 2003, č. 2, s. 5.
- JAROŠOVÁ, D. 2006. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta. 2006. 110 s. ISBN 80-7368-110-2.
- KALVACH, Z. 2004. Výuka, výzkum a mezinárodní spolupráce v geriatrickej a gerontologii. In *Geriatrickej a gerontologie*. Praha: Grada. 2004. 861 s. ISBN 80-247-0548-6.
- KRÁTKA, A. – KUTNOHORSKÁ, J. – CICHÁ, M. a kol. 2011. *Ošetrovatelství morální umění. Kapitoly z dějin ošetrovatelství ve vztahu k morálnímu profilu sestry*. Praha: Grada, publishing. a. s. 2011. ISBN 978-80-247-4201-4.
- KUTNOHORSKÁ, J. 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, a.s. 2010. 208 s. ISBN 978-80-247-3224-4.
- SCHÄFER, D. 2011. *Old Age and Disease in Early Modern Medicine „The Body, Gender and Culture“*. Routledge 2015. ISBN 9781317324102.

MERACIE NÁSTROJE NA HODNOTENIE FUNKČNÉHO STAVU SENIOROV SCREENING INSTRUMENTS TO MEASURE FUNCTIONAL STATUS

HUDÁKOVÁ Anna, OBROČNÍKOVÁ Andrea, KURIPLACHOVÁ Gabriela, MAJERNÍKOVÁ Ludmila

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

ABSTRAKT

Úvod: V príspevku ponúkame prehľad skríningových nástrojov pre identifikáciu starších hospitalizovaných pacientov s rizikom funkčného poklesu. Ten je častým a závažným problémom u starších hospitalizovaných pacientov, ktorých výsledkom je zmena kvality života a životného štýlu.

Metodika: V rámci metodiky sme použili vyhľadávanie nástrojov na meranie funkčného stavu, ktoré boli prístupné v databázach Medline, ProQuest, Google Scholar. Zaujímala nás ich validita, reliabilita a štandardizácia.

Výsledky: Vek, znížený funkčný stav, kognitívne poruchy a postihnutie v inštrumentálnych aktivitách denného života (IADL) sú kritériá pre selekciu skríningových nástrojov starších hospitalizovaných pacientov. Štúdie ukázali, že u 30 až 60 % starších ľudí sa vyvinú nové závislosti na činnosti z každodenného života (ADL) v priebehu ich pobytu v nemocnici. Pomocou komplexného geriatrického posúdenia zistíme pokles funkčného stavu u pacienta a iné poruchy. Hodnotiace škály zohľadňujú nielen fyzický stav seniora, ale aj celkovú kvalitu jeho života.

Záver: Nepriaznivým javom hospitalizácie je zvýšená mortalita, neúmerná dlhodobá starostlivosť a zvýšenie závislosti starších ľudí. Funkčné vyšetrenie je prioritné pre identifikáciu pacientov s rizikom funkčného poklesu a celková liečba je závislá od ich potencionálu.

Kľúčové slová: Starší pacienti, Mobilita. Hodnotiaci nástroj. Funkčný pokles.

ABSTRACT

Introduction: This paper gives an overview of screening instruments to identify older hospitalized patients at risk for functional decline. He is a frequent and serious problem in elderly hospitalized patients, resulting in a change of quality of life and lifestyle.

Methods: We used the methodology we used searching of tools for measurement of functional status that were available in the databases Medline, ProQuest, Google Scholar. We were interested in their validity, reliability and standardization.

Results: Age, lowered functional status, cognitive impairment and disability in instrumental activities of daily living (IADL) are criteria for selection of screening instruments for elderly hospitalized patients. Studies have shown that 30 to 60 % of elderly people develop new depending on the activity of daily living (ADL) during their stay in hospital. Using a comprehensive geriatric assessment we find a decrease functional status of patient and other disorders. Of scales take into account not only the physical condition of the elderly, but also the overall quality of life.

Conclusion: The unacceptable phenomenon of hospitalization are increased mortality, disproportionate long-term care and increased dependence elderly people. Functional assessment is the priority to identify patients at risk of functional decline and the overall treatment is dependent on the potential of.

Key words: Elderly patients, Mobility. Tool for evaluation. Functional decline.

ÚVOD

Funkčný pokles jedinca definujeme ako pokles nezávislosti na seba obslužných aktivitách a určitý stav deteriorizácie. Vzhľadom na fakt, že pokles funkčných schopností predlžuje stav hospitalizácie a zvyšuje nároky na ošetrovateľskú starostlivosť je nevyhnutné hľadať riešenia na jeho skorú identifikáciu. Na hodnotenie funkčného stavu majú najväčší význam bazálne a inštrumentálne aktivity denného života (Hegyi, Krajčík a kol., 2010). Pre určenie validnej a klinicky vhodnej škály je potrebná špecifikácia nástrojov na základe prediktorov funkčného úpadku starších pacientov. Tie v praxi zisťujeme prostredníctvom položiek Komplexného geriatrického posúdenia (KGH). Podľa Németha a kol. (2011) je KGH zamerané na posúdenie starších jedincov, ktorí majú širokospektrálne zdravotno-sociálne problémy a zdôrazňuje stav (ne)spôsobilosti, (ne)sebestačnosti a hlavne úroveň kvality života. Jeho multidisciplinárny charakter podporuje ošetrovateľské intervencie smerom k implementácii štandardizovaných škál do starostlivosti o seniorov. KGH predstavuje jasný štandard v rámci získavania údajov od seniorskej populácie a umožňuje inkorporáciu a využitie posudzovacích škál v klinickej praxi.

METODIKA

V rámci metodiky sme použili analýzu dokumentov, ktoré boli prístupné v databázach Medline, ProQuest, Google Scholar na webovej stránke Univerzitetnej knižnice. Zistili sme, ktoré hodnotiace škály deklarujú možnosti hodnotenia funkčného stavu seniora. Rovnako nás zaujímali psychometrické vlastnosti jednotlivých nástrojov; teda ich validita, ktorá je základným kritériom vedeckej hodnoty výskumnej metódy a pokladá sa za najlepší ukazovateľ meracieho nástroja (Gurková, 2011, s. 113); ich reliabilita, ktorá vyjadruje stálosť, alebo akúsi zhodu získaných výsledkov (Reichel, 2009),

a napokon ich štandardizácia. V súvislosti s hľadáním v elektronických databázach boli použité slovné spojenia, ktoré obsahovo zahŕňali hodnotenia a merania funkčného stavu seniorov (hodnotiace nástroje, funkčný stav, pokles funkčného stavu, funkčné hodnotenie a pod.).

VÝSLEDKY

Pojmy funkčný stav (functional status) a funkčné hodnotenie (functional assessment) sú v odbornej literatúre zadefinované najmä pre potreby klinickej praxe v geriatrickej a fyzioterapii. Funkčný stav je viacozmerná veličina a zahŕňa hodnotenie zdravotného stavu (fyzického, psychického aj sociálneho) v kontexte s hodnotením vonkajšieho prostredia, pričom najviac metód hodnotí najmä fyzickú oblasť, ktorá významne ovplyvňuje celkovú schopnosť jednotlivca. Funkčná disabilita sa definuje ako každé obmedzenie alebo nedostatočná schopnosť vykonávať denné aktivity a pracovnú činnosť bežným spôsobom alebo v normálnom rozsahu, akceptovateľnom pre jedinca. Spôsobuje neschopnosť udržať chod domácnosti, obmedzuje činnosti sebaopatery, zvyšuje závislosť pacienta od rodiny (inej osoby, pomôcky, prístroja), negatívne mení sociálne roly, vedie ku strate zamestnania (Bóriková, 2009). Ošetrovateľstvo používa koncept aktivít denného života (activities daily living, ADL) ako súčasť funkčného stavu v zmysle vykonávania sebaobslužných aktivít vo vzťahu ku konkrétnym životným podmienkam. Následkom involučných zmien a obmedzení, súvisiacich s chorobami sa často mení schopnosť vykonávať základné aktivity denného života. Rozhodujúcim faktorom je miera obmedzenia pohyblivosti, ktorá spôsobuje čiastočnú alebo úplnú stratu sebestačnosti. Správne a presne zhodnotenie úrovne sebestačnosti je východiskom pri plánovaní ošetrovateľských intervencií. Zásadne je potrebné klasifikovať funkčnú úroveň chorého seniora tak, aby sa následne podporovala jeho nezávislosť a schopnosť zvládania denných činností (Peri et al., 2008).

Rozdiely v percepcii zdravotného stavu sú významne závislé od pohlavia seniorov. U výrazne menšieho počtu žien v porovnaní s mužskou populáciou je postoj optimistický, naopak ženy často vyjadrujú rezignovaný alebo pesimistický postoj. Účelnosť a možnosti použitia kompenzačných pomôcok je možné posúdiť len so znalosťou funk-

čného deficitu a kompenzačných schopností choreho, rovnako aj s náročnosťou a povahou prostredia, v ktorom sa pohybuje (Kalvach a kol., 2008).

Disabilita tvorí jednu z troch rovín hodnotenia funkčného postihnutia. Podľa medzinárodnej klasifikácie a handicapov svetovej zdravotníckej organizácie (World Health Organisation, WHO) revidovanej v roku 2001 Németh a kol. (2009) uvádzajú tieto roviny hodnotenia funkčného postihnutia:

- *Porucha* – poškodenie orgánovej funkcie (impairment).
- *Neschopnosť* – nespôsobilosť vykonávať konkrétnu činnosť, ev. činnosti (disability).
- *Spoločenské znevýhodnenie*, ktoré prináša svojmu hostiteľovi funkčné postihnutie (handicap), a obmedzenie v účasti na bežných spoločenských aktivitách (participace). V priebehu sociálneho učenia jednotlivé aktivity vyjadrujú individualitu jednotlivca a vo svojej podstate zodpovedajú základným biologickým potrebám. Počas ontogenetického vývinu sa okrem iného mení aj miera participácie pri ich uspokojovaní.

Starutie ľudskej populácie, vyšší výskyt chronických ochorení, polymorbidita, inštitucionalizácia geriatrických pacientov zdôrazňujú potrebu štandardného klinického vyšetrenia a diagnostiky. Podpora implementácie hodnotiacich nástrojov v klinickej praxi má obrovský význam: zvyšujú kvalitu diagnostického procesu, zlepšujú efektivitu starostlivosti, konzistentné dáta sú porovnateľné a prenositeľné medzi inštitúciami, zabezpečujú zvyšovanie autonómie profesie a zber pomerne veľkého počtu dát za relatívne krátky čas. Rovnako slúžia k zisteniu objektívneho stavu pacienta a zabezpečujú, že každá osoba, ktorá sa podieľa na starostlivosti, nebude implementovať do posudzovania vlastný obraz (z pohľadu odlišného chápania stavu pacienta). Hodnotiace škály sú ľahko prístupné, zrozumiteľné, jednoducho vykonateľné a používanie týchto osvedčených postupov je prínosom v priamej ošetrovateľskej starostlivosti (Bóriková, Žiaková, 2007, s. 13; Turner et al., 2001).

V tabuľke 1 uvádzame hodnotiace nástroje na posudzovanie sebestačnosti a nezávislosti, ktoré sú v najväčšej miere využiteľné v klinickej praxi.

Pri ošetrovaní seniorov vykonávame Hodnotenie rovnováhy a chôdze podľa Tinettiovej (Performance-Oriented Mobility Assessment), čo je stupnica vytvorená Tinettiou v roku 1986. Test rovnováhy a chôdze je určený pre podrobnejšie zhod-

Tab. 1 Hodnotiace nástroje na monitoring sebestačnosti

Nástroj	Charakteristika nástroja	Psychometrické vlastnosti	Výsledné skóre	Časová náročnosť
Katzov index nezávislosti Katz (1963)	Tvorí ho 6 oblastí bežných denných aktivít: kúpanie, obliekanie, používanie toalety, pohyblivosť, kontinencia, stravovanie	Rozptyl reliability sa pohybuje v rozmedzí 0,74–0,94; dobrá prediktívna validita	Maximálne hodnotenie škály je 6 bodov. Skóre 6 – plná funkciu, 4 – stredne ťažké poškodenie, 2 alebo menej – závažná funkčná porucha	nie je vhodný pre použitie v akútnej starostlivosti
Barthelovej test – ADL (Mahoney, Barthel, 1958)	Bázu tohto hodnotiaceho nástroja tvorí nasledujúcich 10 oblastí: jedenie a pitie, obliekanie, kúpeľ, osobná hygiena, kontinencia moču, kontinencia stolice, použitie WC, presun z lôžka na stoličku, chôdza po rovine, chôdza po schodoch.	Rozptyl reliability sa pohybuje v rozmedzí 0,87 – 0,93. dobrá prediktívna validita	Bodové rozmedzie je: 0–40 vysoká závislosť 45–60 závislosť stredného stupňa 65–95 ľahká závislosť 100 nezávislosť	5–10 minút. nejasné rozlíšenie medzi ľahkou a strednou závislosťou
Test inštrumentálnych všedných činností IADL (Lawton, Brody, 1969).	Základnú bázu tohto nástroja tvorí 8 oblastí: telefonovanie, transport, nakupovanie, varenie, domáce práce, práce okolo domu, užívanie liekov, financovanie.	Reliabilita – 0,85, významná validita	0–40 bodov (závislý) 41–75 bodov (čistočne závislý) 76–80 bodov (nezávislý)	10–15 minút vhodný pre komunitnú starostlivosť

(Bóriková, Žiaková, 2007).

notenie rovnováhy a chôdze u pacientov vyššieho veku, ktorí vykazujú určité obmedzenia. Ide o funkčné zhodnotenie, ktoré neumožňuje diagnostikovať príčinu porúch, ale sleduje ich klinickú závažnosť a možné dôsledky (riziko úrazu a pádu). Každá oblasť je hodnotená váženým skóre s maximom 28 bodov. Osoby dosahujúce 26 a menej bodov majú už zvýšené riziko pádov, pacienti s menej ako 19-timi bodmi majú spomínané riziko zvýšené päťnásobne. Skupina s abnormálnym bodovým skóre predstavuje chorých, ktorí budú profitovať z ďalšieho diagnostického vyšetrenia, rehabilitačných opatrení alebo budú vyžadovať kompenzačnú pomoc (Bóriková, 2010).

Test hodnotenia chôdze hodnotí tieto oblasti: iniciáciu chôdze, dĺžku a výšku kroku, súmernosť kroku, plynulosť kroku, udržanie smeru kroku, rovnováha trupu, chôdzu. Test hodnotenia rovnováhy: rovnováha v sede, postavenie zo sedu na stoličke, postavenie z ľahu na posteli, rovnováha po postavení, rovnováha v stoji, stoj pri tlaku na sternum, stoj so zavretými očami, otočenie o 360 stupňov, posadenie späť na stoličku. Súčty oboch testov zrátajú. Bodové rozmedzie je: < 19 (vysoké riziko pádu); 19–24 (stredné riziko pádu); 25–28 (nízke riziko pádu). Nástroj má až 95 % reliabilitu celkového hodnotiaceho nástroja, senzitivita sa pohybuje na hodnote 64,0 % a špecificita je 62,5 %. Časová náročnosť testu je 10–15 minút (Faber et al., 2006).

V minulosti bola používaná batéria dvoch testov – Functional Independence Measure (FIM) a Functional Assessment Measure (FAM), kde bola meraná funkčná nezávislosť (položky podobné ADL testu), a tiež bola analyzovaná funkčná výkonnosť (čítanie, písanie, emočný stav, orientácia, adaptácia, pozornosť a iné) (McPherson et. al., 1996; In. Németh a kol., 2011). V rámci projektu: „Quality of Life of Frail Elderly People” bola použitá batéria krátkej fyzickej výkonnosti (Short Physical Performance Battery, SPPB) na zistenie rovnováhy, chôdze, sily dolných končatín a pod. Iba 28,2 % starších ľudí zo skúmaného súboru praktizovalo pravidelnú fyzickú aktivitu, čo predstavovalo nízky fyzický výkon podľa hodnotenia SPPB (v celkovej hodnote 5,9; \pm 2,6). Signifikantné korelácie skúmaného súboru potvrdili použitie testu FIM total v praxi ($p=0.010$). Zistenia poukázali na fakt, že väčšina starších ľudí s nízkou fyzickou výkonnosťou vykazujú súčasne úplnú alebo čiastočnú závislosť na každodenných činnostiach. Uvedené škály boli prijaté na medzinárodnom kongrese Európskej gerontologickej spoločnosti v spolupráci s American Gerontology Society ako štandardne použiteľné nástroje pre klinickú prax aj výskumné účely.

Bean et al. (2007) vykonal prierezovú štúdiu na vzorke 94 seniorov s priemerným vekom 79 rokov a nízkym socioekonomickým statusom, ktorá bola zameraná na odborné poradenstvo a hodnotenie cvičenia u osôb, ktorí absolvovali batériu testov: Short

Physical Performance Battery (SPPB) – Batéria fyzickej výkonnosti, Activities of Daily Living (ADL) a Instrumental Activities of Daily Living (IADL). Osoby s ťažkosťami v ADL alebo IADL teste preukazovali nízku mieru sebestačnosti pri cvičení a menej pripravenosti na cvičenie v porovnaní s osobami bez ťažkosti. Napriek tomu, skúmané osoby, ktoré mali výrazné obmedzenia v mobilite dolných končatín (SPPB<7) pravidelne vykonávali vybrané fyzické cvičenia, a najmenej 40 % seniorov vyjadrilo pripravenosť začať alebo zvyšovať fyzickú aktivitu. V štúdiu bol zistený veľmi silný vzťah medzi mierou sebestačnosti (ADL IADL test), úrovňou výkonnosti a zdravotného postihnutia ($p<0.0001$). Postoje k cvičeniu súviseli nielen so zdravotným postihnutím a fyzickým stavom, ale aj s ekonomickou situáciou seniorov.

V terminológii Severoamerickej asociácii pre sesterské diagnózy (North American Nursing Diagnosis Association, NANDA - I) je deficit sebaopatery (v zmysle ne/vykonávania ADL) zadaný ako narušená schopnosť vykonávať aktivity súvisiace s hygienou, obliekaním a úpravou zovňajšku, so stravovaním a vyprázdňovaním dočasného, trvalého alebo progresívneho charakteru. Jednotlivé deficity so špecifikáciou oblasti a funkčnej úrovne vykonávania ADL sú v geriatrickej praxi pomerne frekventovanou diagnostickou kategóriou. V komplexnom hodnotení stavu seniora môžeme v ošetrovatelstve použiť štandardizované, medzinárodné validné meracie nástroje – rôzne indexy ADL, ktoré kvantifikujú a objektivizujú funkčný potenciál jednotlivých oblastí denného života. Úlohou týchto nástrojov (škál, dotazníkov) je „odhaliť“ ťažkosti a vytvoriť časový priestor na vykonanie účinných opatrení s cieľom predísť organovým alebo funkčným dekompenzáciám (Bóriková, 2009).

DISKUSIA

Výkonové testy (performance measures) sa charakterizujú schopnosťou organizmu vykonávať určité výkony vo vzťahu k disabilite. Sú nevyhnutné pre definovanie chorých vo výskumných štúdiách, zvlášť epidemiologických, aby „vniesli“ štandardizáciu do oblasti prevažne subjektívnych výpovedí. Využívajú sa aj klinicky pre identifikáciu rizikových geriatrických pacientov ohrozených negatívnou prognózou, geriatrickou krehkosťou alebo kumuláciou geriatrických symptómov a deficitov (Hegyí, Krajčík a kol., 2010; Pfeiffer., Švestková., 2008). Niektoré testy sa orientujú na somatické, iné

na mentálne schopnosti. K najpoužívanejším testom patrí: hodnotenie stoja a chôdze; test schopnosti vstať zo sedu na stoličku (sit-to-stand test) – čas jedného či viacero postavení bez opory pažami; test rýchlosti chôdze – u krehkých geriatrických pacientov na krátke vzdialenosti niekoľko metrov (4, 6, či 8 metrov), niekedy v časovom intervale (6 minút), alebo s otočkou. Test odráža celkový zdravotný stav, pacienti volia rýchlosť s minimálnym výdajom energie na meter dráhy; walking behavior – u závažne nezdatných pacientov, počet ubehnutých ako telovýchovná aktivita a počet obídených blokov za týždeň; test sily stisku ruky – sila stisku ruky pacienta vyjadruje stav organizmu; test zdvíhania a prenesenia bremena – pacient počas tohto testu zdvíha bremeno s hmotnosťou zvyčajne 2,5–3,0 kg; test sit-and-reach – sleduje sa dosah ruky v sedu pri natiahnutých dolných končatinách v rôznej modifikácii; test „záмок – kľúč“ – zisťujeme jemnú motoriku a mentálne schopnosti pri zamykaní a odomykaní; test varenia čaju, či instantnej polievky – motorické a mentálne schopnosti hodnotenia konštrukčnej apraxie; mentálne testy – pacient napr. kreslí hodiny (Hudáková a kol., 2016; Kalvach a kol., 2008; Németh a kol., 2011).

Kľúčový problém pri chápaní zdravia v starobe je potenciál zdravia. Ide o prepojenosť troch komponentov: zdatnosti, odolnosti a kreatívnej adaptability. Potenciál zdravia je individuálne špecifický, je subjektívne i objektívne hodnotiteľný. Zmeny involučné (napr. pokles regulačnej kapacity), režimové (napr. dekonícia, atrofia z nečinnosti, poruchy výživy) i chorobné (multimorbidita) vedú v starobe k úbytku zdravia s poklesom zdatnosti (výkonnosti, fungovania, sebestačnosti), odolnosti (nielen k infekčným chorobám, ale aj k stresorom, k záťaži s opakovaným zlyhávaním a s predĺžovaním doby zotavenia, rekonvalescencie) i adaptability s rozvojom stareckej krehkosti a funkčných deficitov (Hoogerduijn et al., 2007).

Cieľom ošetrovateľskej starostlivosti je zlepšiť schopnosť sebaopatery, alebo ju udržať na existujúcej úrovni, čo najdlhší čas. Základným predpokladom dosiahnutia tohto cieľa je získanie seniora pre spoluprácu vhodnou motiváciou. Fyzická zdatnosť vo vyššom veku je priaznivá nielen pre somatickú oblasť, ale aj pre kognitívne a emocionálne prežívanie. Poulin (2009) z Lekárskej fakulty univerzity v Calgary v Kanade skúmali údaje žien vo veku nad 65 rokov a zistil, že ženy, ktoré pravidelne cvičili, mali skoré kognitívnych funkcií o 10% vyššie, ako

ich rovesníčky, ktoré necvičili. Aktívne ženy mali nižší krvný tlak a lepšie vaskulárne reakcie v mozgu, čo naznačuje, že lepší perfúzia mozgu zvyšuje kogníciu jedinca.

Vzájomná závislosť emocionálnej pohody od funkčného stavu seniora je evidentná. Tomagová (2010) vo svojej empirickej štúdií, kde zisťovala mieru sily vzťahu medzi štandardizovaným testom - SMMSE (Standardized Mini-Mental State Examination) a FAQ nástrojom (Functional Activities Questionnaire) poukázala na možnosti ich využitia pri posudzovaní seniora. Vo výskume boli kognitívne funkcie a sebaistoť v IADL teste posudzované u 200 seniorov s priemerným vekom $74,10 \pm 7,43$ rokov. Výrazne znížená priemerná hodnota výsledku FAQ ($17,79 \pm 7,87$ bodov) u seniorov v zariadeniach sociálneho typu potvrdzuje zvyšovanie závislosti na pomoci v súvislosti s prítomnosťou kognitívneho deficitu. Priemerná hodnota výsledku SMMSE $20,53 \pm 5,03$ bodov vyjadrujúca miernu kognitívnu poruchu. SMMSE je reliabilný nástroj, ktorý posudzuje kognitívne funkcie a v prípade zníženia jeho skóre sa zvyšuje závislosť v IADL škále.

Udržanie fyzickej zdatnosti je pozitívnym faktorom dlhovekosti. Hoci neexistuje vekové obmedzenie pre pohybové aktivity, dôležitá je primeranosť, postupnosť a vhodnosť celkovej telesnej záťaže (Polhorská, 2009). Jednou z možností pohybovej aktivity a rehabilitácie seniorov je v komunitnej starostlivosti severská chôdza (nordic walking). Je prirodzenou, účinnou a bezpečnou metódou udržania a zlepšenia telesnej kondície pre starších mužov a ženy. Základným princípom je chôdza v prírodnom teréne, s rôznym stupňom obťažnosti so špeciálnymi palicami. Môže sa realizovať počas celého roka a vo všetkých vekových a výkonnostných skupinách. Výhodou je menšie napätie v oblasti krčnej chrbtice, aktivovanie trojhlavého svalu ramena, veľkého prsného pletenca a širokého svalu chrbta a ďalších, v priemere až 90 % svalov ľudského tela. Pri severskej chôdzi sa trénuje obehový systém, posilňuje imunitný, pričom bedrá, kolená sú zaťažene menej. Chodec ma lepšiu stabilitu a istotu, preťažovanie nosných kĺbov je o 30 % nižšie, preto je severská chôdza vhodná aj pri degeneratívnych kĺbových ochoreniach. Palice poskytujú pocit opory, predovšetkým pre starších ľudí. Ich optimálna dĺžka je približne 70 % telesnej výšky, pri ich uchopení v stoji a opretí o podložku sú laktové kĺby flektované do 90-stupňového uhla (Škopek, 2010). Základom

chôdze je pohyb kontralaterálnej hornej a dolnej končatiny dopredu. Palice smerujú spredu zhora dozadu nadol, hrot je na úrovni päty kontralaterálnej nohy, vzpriamené fyziologické držanie tela umožňuje plynulý pohyb (Polhorská, 2009). Význam severskej chôdze v rehabilitácii seniorov je veľmi širokospektrálny.

ZÁVER

V súčasnosti sú vypracované mnohé škály pre potreby geriatrickej a geriatrického ošetrovateľstva. Kačmárová, Mikulášková, (2012) upozorňujú na mnohé sociodemografické prediktory, ktoré vplyvajú na celkovú kvalitu života seniorov. Ich celkový stav je výsledkom kooperácie mnohých atribútov, nielen zdravotných. Funkčné hodnotenie je prioritnou bázou pre identifikáciu pacientov s rizikom funkčného poklesu a celková liečba je závislá od ich potencionálu. Okrem iného podporuje v rámci interakcie vzájomnú komunikáciu sestry a pacienta ako neoddeliteľnej súčasti práce ošetrovateľstva (Kačmárová, 2010). Vzhľadom na schopnosti sestier pozorovať a koordinovať pacientov na „ich ceste za zdravím“ majú sestry hrajú kľúčovú úlohu pri implementácii hodnotiacich nástrojov v klinickej praxi.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- BEAN, J.F. – BAILEY, A. – KIELY, D. K. et al. 2007. Do attitudes toward exercise vary with differences in mobility and disability status? – a study among low-income seniors. In *Disability and Rehabilitation*. 2007; 29 (15): 1215–1220.
- BORIKOVÁ, I. 2010. Posudzovanie aktivít denného života. In *Ošetrovateľství a porodní asistence*. 2010, roč. 1, č. 1, s. 24–30. ISSN 1804-2740.
- BORIKOVÁ, I. – ŽIAKOVÁ, K. 2007. Problematika posudzovacích nástrojov v ošetrovateľstve. In Bužgová, R.- Jarošová, D. *Ošetrovateľská diagnostika a praxe založená na dôkazoch*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2007, s. 13–18. ISBN 978-80-7368-230-9.
- BORIKOVÁ, I. 2009. Posudzovanie aktivít denného života u seniorov. In *Sestra*, 2009, roč. 8, č. 7-8, s. 28–29.
- FABER, M. – BOSSCHER, R. – CW VAN WIERINGEN, P. 2006. Clinimetric Properties of the Performance-Oriented Mobility Assessment. In *Physical Therapy*, 2006, Vol. 86, No. 7, p. 944 – 954. ISSN 0031-9023.

- FOLSTEIN, M.F. – FOLSTEIN, S.E. – MCHUGH, P.R. 1975. „Mini mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician,” *Journal of Psychiatric Research*. Vol. 12. No. 3, 1975, pp. 189–198.
- GURKOVÁ, E. 2011. *Hodnocení kvality života. Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.
- HEGYI, L. – KRAJČÍK, Š. et al. 2010. *Geriatría*. Bratislava: HERBA, 2010. 608 s. ISBN 978-80-89171-73-6.
- HOOGERDUIJN, J.G. – SCHUURMANS, M.J. – DUIJNSTEE, M.S.H. et al. 2007. A systematic review of predictors and screening Instruments to identify older hospitalized patients at risk for functional decline. In *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 16, Issue 1, p. 46–57.
- HUDÁKOVÁ, A. – NOVOTNÁ, Z. – NÉMETH, F. et al. 2016. *Geriatrické syndrómy ako prediktory ošetrovatelstva v geriatríi*. Prešov. Prešovská univerzita v Prešove, 2016, 190 s. ISBN 978-80-555-1749-0
- KAČMÁROVÁ, M. – MIKULÁŠKOVÁ, G. 2012. Sociodemografické prediktory kvality života seniorov. In Jeleňová, I., Moravčíková, A., Herausová, H. (Eds.). *Zborník z konferencie Ľudský kapitál a spoločnosť*. Fakulta verejnej správy UPJŠ: Košice, s. 75–80.
- KAČOROVÁ, J. 2010. Komunikace ve zdravotnictví 1. Distanční studijní opora a e-learningový kurz. In *Rozvoj vzdělávání v ošetrovatelství*. Zborník z mezinárodní konference. 1. vyd. Opava: Slezská univerzita v Opavě. 2008, s 40–42. ISBN 978-80-7248-467-6.
- KALVACH, Z. et al. 2008. *Geriatrické syndrómy a geriatrický pacient*. Praha: Grada Publishing, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
- KATZ, S. – FORD, A.B. – MOSKOWITZ, R.W. et al. 1963. Studies of Illness in the Aged. The Index of Adl: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *J Am Medical Assoc*. 1963; 185: 914–919.
- LAWTON, M.P. – BRODY, E.M. 1969. Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. In *Gerontologist*, 1969. Vol. 9, No. 3, p. 179–186.
- MAHONEY, F.I. – BARTHEL, D. 1965. Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal* 1965;14:56-61.
- McPHERSON, K.M. – PENTLAND, B. – CUDMORE, S.F. et al. 1996. An inter-rater reliability study of the Functional Assessment Measure (FIM + FAM). In *Disability & Rehabilitation*, 1996; 18 (7): 334–341.
- NÉMETH, F. – BABČÁK, M. – ELIÁŠOVÁ, A. et al. 2009. *Geriatría a geriatrické ošetrovatelstvo*. Martin: Osveta, 2009, 193 str., ISBN 978-80-8063-314-1.
- NÉMETH, F. – DERŇÁROVÁ, Ľ. – HUDÁKOVÁ, A. 2011. *Komplexné geriatrické hodnotenie a ošetrovanie seniorov*, Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov. Datapress, s. r. o. Prešov, 2011. 216 s. ISBN 978-80-555-0381-3.
- PERI, K. – KERSE, N. – ROBINSON, E. et al. 2008. Does functionally based activity make a difference to health status and mobility? A randomised controlled trial in residential care facilities. In *Age and Ageing*. 2008; 37: 57–63.
- PFEIFFER, J. – ŠVESTKOVÁ, O. 2008. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*. Praha: Grada, 2008. 280 s.
- POLHORSKÁ, M. 2009. Optimálny pohyb pre seniorov. *Sestra a lekár v praxi*, 2009, č. 7–, s. 13. ISSN 1335-9444
- POULIN, F.J. 2009. Can Long Meridional Length Scales Yield Faster Rossby Waves? In *J. Phys. Oceanogr.* 2009; 39, 472–478.
- REICHEL, J. 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009. 192 s. ISBN 978-80-247-3006-6.
- ŠKOPEK, M. 2010. *Nordic walking*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. 96 s. ISBN 978-80-247-3242-8.
- TOMAGOVÁ, M. 2010. Nástroje Štandardizovaný test psychických funkcií a Dotazník funkčného stavu v posudzovaní seniora - pilotná štúdia Tools Standardized Mini-Mental state Examination and Functional Activities Questionnaire in assessment elders. In *Ošetrovatelství a porodní asistence*, 2010, roč. 1, č. 1, str. 31–36. ISSN 1804-2740.
- TURNER, J.T. – LEE, V. – FLETCHER, K. et al. 2001. Measuring quality of care with an inpatient elderly population: The geriatric resource nurse model. In *Journal of Gerontological Nursing*. 2001; 27 (3): 8–18.

PROBLEMATIKA VÝŽIVY U SENIORŮ NUTRITION PROBLEMATICS OF SENIORS

STUHLÍKOVÁ Karolína¹, VEREŠOVÁ Jarmila¹, PRUSENOVSKÁ Martina²

¹ Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety n. o., Bratislava, Slovenská republika

² Fakultní nemocnice Ostrava, Neurologická klinika, Ostrava, Česká republika

ABSTRAKT

Východiska: Výživa je souhrn složitých a nepřetržitých procesů přijímání látek k zajištění energetického výdeje potřebného při tvorbě a obnově tkání, k zajištění a regulaci fyziologických funkcí organismu. Nutriční intervence u seniorů se musí opírat o současné vědecké poznatky.

Cíl: Poukázat na velmi citlivou a zároveň závažnou problematiku řešení výživy u seniorů na podkladě vyhledaných odborných literárních zdrojů a výsledků realizovaných výzkumných šetřeních.

Metodika: Vypracované odborné sdělení poukazuje na statisticky významné výsledky klinických odborných studií, které prokazují, jak náročná je jejich implementace v klinické praxi.

Výsledky: Výzkumná šetření ukazují, že u většiny seniorů vyššího věku, a to zejména po sedmdesátém pátém roce života, se zvyšuje riziko vzniku malnutrice, a v průběhu jejich ontogenetického vývoje se zvyšuje polymorbidita, která s sebou přináší aktivní přístup ošetřujícího personálu k zabezpečení dostatečného energetického příjmu při léčbě akutních nebo chronických onemocnění.

Závěr: Výživa je důležitým ukazatelem zdraví a celkového stavu seniorů, který je ovlivněn mnoha bio-psycho-sociálními faktory. Pokud léčba není dostatečně efektivní v primární péči nebo na standardních odděleních, stávají se tyto seniori kritickými pacienty, kteří vyžadují intenzivní péči na akutních lůžkách.

Klíčová slova: Kritický pacient. Malnutrice. Nutriční screening. Seniori. Výživa.

ABSTRACT

Background: Nutrition is a summary of the complex and continuous processes that take place during the intake of substances to ensure the energy output needed to build and restore tissues, to ensure and regulate the physiological functions of the organism. Nutritional intervention of seniors must be based on current scientific knowledge.

Aim: To point out the very sensitive and, at the same time, serious problem of nutrition of seniors on the basis of specialized literary sources and the results of the researches carried out.

Methods: This expert report highlights the statistically significant results of clinical studies that demonstrate how challenging their implementations are in clinical practice.

Results: Research shows that the majority of old people, especially after the seventy-fifth year of life, are at increased risk of developing malnutrition, and polymorbidity is increasing during ontogenetic development, which brings active treatment staff to ensure sufficient energy intake in treatment of acute or chronic diseases.

Conclusion: Nutrition is an important indicator of the health and well-being of seniors, which is affected by many bio-psy-

cho-social factors. If treatment is not effective enough in primary care or standard departments, these seniors become critical patients who require intensive care in acute hospital wards.

Key words: Critical patient. Malnutrition. Nutritional screening. Seniors. Nutrition.

ÚVOD

Rychlý nárůst populace starších pacientů přinesl i zvýšenou poptávku po dlouhodobé péči o seniory. Na straně jedné se zlepšuje zdravotní péče díky pokrokům ve vědě a výzkumu, na druhé straně jsme svědky rostoucí nerovnosti v oblasti zdraví zranitelných skupin obyvatelstva. Mezi ně patří seniori, pro které se dostupnost některých zdravotnických služeb stává problematická až nemožná. Velká část seniorů trpí takzvanou polymorbiditou, která je velmi často provázena poruchami výživy – malnutricí. Vzhledem k těmto problémům seniorů je výživa nezbytnou součástí péče o pacienty, kterým nemůže být strava podávána přirozenou cestou z různých důvodů. Tato situace nastává v případech, kdy chronické choroby přecházejí do akutních stavů a tak jsou seniori přijímáni velmi často v kritických stavech na jednotky intenzivní péče i s problematikou deficitu příjmu potravy. Aby tyto stavy byly dostatečně eliminované, musí se na těchto akutních ošetrovacích jednotkách poskytovat specializovaná ošetrovatelská péče zaměřená na aplikování vysoce hodnotných výživových produktů, které mohou plně nahrazovat klasický příjem potravy. Bez uvedené dostatečné energie není možná dostatečně efektivní terapie chronických onemocnění.

Cílem odborného sdělení je poukázat na velmi citlivou a zároveň závažnou problematiku řešení výživy u seniorů, kteří při vzniklých prodromálních chronických onemocnění nutně potřebují aplikaci vysoce energetických přípravků, které napomáhají ke stabilizaci jejich akutního zdravotního stavu.

Výživa ve stáří

Dle Světové zdravotnické organizace se stáří člení na období od 60 do 74 let (rané stáří); od 75 až

89 let (vlastní stáří) a 90 let a více (dlouhověkost). Dochází k omezování regeneračních schopností, přidružují se častěji chronická onemocnění, začínají se projevovat involuční změny a taktéž nastávají změny v předchozím způsobu života (Müllerová a kol., 2014, s. 80).

K incidenci malnutrice u seniorů vydalo Setkání mezinárodních expertů toto prohlášení „V literatuře se o incidenci malnutrice ve stáří najdou údaje velmi rozdílné, což je způsobeno rozdílnými definicemi. Existuje konsensus, že u nezávisle doma žijících zdravých seniorů je incidence malnutrice 0–10 %, u seniorů v nemocnicích a domovech pro staré lidi je incidence 40–60 %. Incidence a riziko malnutrice ve stáří jsou přitom úměrná multimorbiditě, imobilitě a závislosti na pomoci jiných osob“ (Kasper, 2015, s. 131–132).

Nutriční stav starší populace je především ovlivňován nejen zdravotními, ale i sociálními potížemi. Uplatňují se ekonomické faktory, snižují se mezilidské kontakty, jsou omezeny fyzické činnosti, nastávají vedlejší účinky užívaných léků a taktéž potíže v oblasti gastrointestinálního traktu. Při procesu stárnutí jsou z nutričního hlediska významné tyto aspekty: ztráta pocitu žízně; zhoršení ledvinových funkcí; zhoršení tekutinové bilance; změny imunitního systému; úbytek svalové hmoty; snížení psychických funkcí a ztráta motivace (Svačina, 2008, s. 288).

Spolupráce s geriatrickými pacienty je mnohdy problematická, personálně i časově náročná, což se často spojuje s finančními obstrukcemi, které bývají častými příčinami nedostatečné výživy těchto pacientů ve zdravotnických zařízeních (Urbánek, Urbánková, Marková, 2010, s. 77).

Zásady pro správnou výživu zdravých a soběstačných seniorů

- Udržovat si dlouhodobou optimální tělesnou hmotnost.
- Příjemné prostředí, přítomnost ostatních spolustolovníků, lákavě upravené a chutné jídlo pomáhají seniorům upevnit stravovací návyky a posilují jejich pocit sounáležitosti.
- Konzumovaná strava má být pestrá a střídá s dostatečným zastoupením rostlinných i živočišných zdrojů – pětikrát denně menší porce, nepřejídat se a nehladovět.
- Nezapomínat na svačiny, večerní jídlo nejpozději dvě hodiny před spaním.
- Strava má obsahovat minimum živočišných tuků a tučných potravin.
- Je vhodné jíst dvakrát týdně rybí maso.
- Zbytečně nepřisolovat, omezit spotřebu cukru.
- Mít dostatečný přísun vitamínu D, vápníku a vlákniny.
- Klást důraz na dostatečný příjem kvalitních a lehce stravitelných bílkovin.
- Dodržovat pravidelný pitný režim, s věkem se snižuje schopnost pociťovat žížeň. Denně vypít alespoň 1,5 až 2 litry tekutin.
- Stravu doplnit po konzultaci s lékařem o doplňky stravy, určené pro seniory ve formě multiminerálových a multivitaminových preparátů s běžnými denními dávkami (Burianová, 2018, s. 2; Müllerová a kol., 2014, s. 80).

Ošetrovatelské intervence v nutriční péči seniorů

Spolupráce multidisciplinárního týmu má nezastupitelné místo při poskytování nutričních intervencí. Všeobecná sestra realizuje ošetrovatelské intervence, které jsou výchozí pro podporu nutrice seniorů. Podílí se na prevenci suché sliznice a péči o dutinu ústní: speciální péče o dutinu ústní, podpora salivace, zvlhčování úst, prevence traumatizace suchou stravou, prevence aspirace. Při podpoře příjmu stravy per os je potřebné zabezpečit dostatek času při podávání stravy, zajistit vhodnou polohu s ohledem na zdravotní stav nemocného, využít kompenzační pomůcky, udržet teplotu stravy i při dlouhodobém podávání, zajistit správné použití a požití nutričních zdrojů, zapojit rodinné příslušníky do podávání stravy, motivovat rodinu k přinesení oblíbených pokrmů. Při podávání stravy je nutné zabezpečit adekvátní prostředí. Přesný záznam přijaté potravy a předávání plnohodnotných informací je hlavním úkolem multidisciplinárního týmu (Pokorná a kol., 2013, s. 65–65).

Hodnocení nutričního stavu seniorů

„Nedostatečná výživa není přirozeným průvodním jevem stárnutí, starší dospělí jsou ale ohroženi podvýživou vzhledem k multifaktoriálním rizikovým okolnostem: fyziologickým, psychologickým, sociálním, dietním a environmentálním. Ztráta hmotnosti u starších dospělých je často spojena se ztrátou svalové hmoty a může nakonec ovlivnit celkový funkční stav seniora“ (Pokorná a kol., 2013, s. 53).

Tělesná výška se postupně s věkem v dospělosti snižuje, za to tělesná hmotnost postupně stoupá do 6. až 7. decennia. Česká data z roku 2010 poukazují

na to, že mužům stoupá hmotnost v průměru až do 60 let věku, ženám až do 70 let věku, poté dochází ke stagnaci tělesné hmotnosti. Výskyt obezity klesá teprve po 75. roce věku u obou pohlaví, kdy nejvyššího věku pravděpodobně dosáhnou štíhlejší jedinci. Významně se mění tělesné složení, klesá celkové zastoupení vody v organizmu, přibývá vazivo a tuková tkáň a dochází k osteoporóze kostí. Mění se tvar a proporce postavy, stereotyp chůze i držení těla. Dochází k involučním změnám, které postihují všechny orgány a to především svalovou tkáň – úbytek svalové hmoty, klesá výdrž, síla, rychlost a podajnost svalové kontrakce. Mění se schopnost vykonávat svalovou práci. V dechové mechanice dochází k poklesu vitální kapacity plic a navýšení reziduální kapacity při nezměněné celkové kapacitě. Klesá i maximální spotřeba kyslíku při maximální zátěži. Uvedené změny se odráží ve sníženém energetickém výdeji a nižší energetické spotřebě oproti mladší populaci (Müllerová a kol., 2014, s. 81).

Jedním z hlavních úkolů je včasný záchyt potenciaálně ohrožených pacientů podvýživou a pacientů se významnými známkami rozvinuté malnutrice s cílem zahájit nutriční podporu co nejdříve. Evropská společnost klinické výživy a metabolismu - ESPEN vypracovala jednoduchý screening jako „guidelines“ v široké klinické praxi. V praxi se setkáváme s jeho modifikacemi či využitím jiných screeningových dotazníků. Sledování nutričního stavu u seniorů má své obecné a konkrétní cíle.

Obecné cíle sledování výživy u seniorů:

- Předcházet nevyváženosti výživy a projevům malnutrice.
- Včasná detekce nemocných, kteří jsou ohroženi poruchami výživy, nebo se nacházejí ve fázi rozvinuté poruchy příjmu potravy.
- Objektivně hodnotit vývoj a výsledky podávání nutriční podpory, která by neměla nahrazovat běžnou stravu, ale měla by být pouze jejím doplňkem (sipping).

Konkrétní cíle sledování výživy u seniorů:

- Vyhledávat pacienty s malnutricí a s potenciaálním rizikem jejího vzniku.
- Zabezpečit adekvátní aplikaci stravy či umělé výživy v průběhu hospitalizace.
- Monitorovat stav výživy po celou dobu hospitalizace.
- Zhodnotit stav výživy před propuštěním pacienta do přirozeného domácího či sociálního prostředí (Pokorná a kol., 2013, s. 64–65).

V iniciační fázi zdravotnické péče všech pacientů je provedeno orientační posouzení nutričního stavu. Nejčastěji se hodnotí aktuální stav výživy, dynamika jeho změn, schopnost samostatného příjmu potravy a závažnost celkového zdravotního stavu pacienta (Novák, 2016, s. 173–184). Stav výživy je nutné hodnotit komplexně nejen na základě výživové anamnézy, fyzikálního vyšetření, antropometrických a laboratorních hodnot, ale také na základě posouzení aktuálního příjmu potravy, tekutinové bilance, funkčních testů a řady dalších parametrů. Podle Světové zdravotnické organizace je stav výživy obecně hodnocen pomocí Body mass indexu, který vyjadřuje hmotnost připadající na čtverečný metr plochy těla. Fyziologické hodnoty se pohybují mezi 20–25 kg/m². Pokles pod 20 kg/m² indikuje nízkou tělesnou hmotnost, při hodnotách pod 18 kg/m² se již hovoří o těžké podvýživě. (Müllerová a kol., 2014, s. 8; Urbánek, Urbánková, Marková, 2010, s. 18).

Výživa seniorů ve vztahu k akutním a chronickým nemocem

V současné době se v seniorském věku nejčastěji přidružují zejména chronická onemocnění pohybového aparátu, cévní onemocnění, metabolická onemocnění, nádorová a jiná onemocnění. Špatné životní podmínky z předchozích období až ve 30 % přispívají k uvedeným chorobným procesům. Mezi tyto podmínky řadíme kouření, nevhodná skladba jídelníčku a v neposlední řadě sedavý způsob života (Müllerová a kol., 2014, s. 80).

Na základě výzkumné studie, která byla realizovaná na Slovensku v roce 2012–2013 u 6 401 respondentů, bylo zjištěno podle metabolických změn, jaké problémy nastávají u akutních a chronických onemocnění, které potvrdily nevyhnutelnost nutriční terapie. U realizované studie byl zjištěn stav zvýšených nároků na stravu a bylo doporučeno sledovat příjem stravy a tekutin aspoň po dobu jednoho týdne. Z uvedeného počtu (6 401) respondentů bylo doporučeno celkem 4 338 vyšetřených seniorů na nutriční intervenci, což činí téměř 68 % respondentů z celkového souboru. Z klinické studie bylo také znatelné, že vyšší ztráta hmotnosti byla častější ve starších věkových ročnících, ve věku 80,5 let až o více jak 10 % hmotnosti seniorů. Zároveň klinická a statistická interpretace poukazuje na to, že malnutrice je typičtější pro nejstarší věkové ročníky. Nejvyšší zvláštní nároky na stravu se vyskytují u onemocnění diabetes mellitus (22,33 %) a ležících

pacientů (22,84 %). Nejnižší nároky byly zjištěny u pacientů se zajištěnou aplikací enterální výživy prostřednictvím sondy (Hoozová, Krajčík, 2015, s. 160–183).

Stavem výživy seniorů v institucionální péči se zabývaly v roce 2012 české autorky Lukšová a Vrublová. Cílem výzkumného šetření těchto autorek bylo zjistit stav u seniorů ve vybraných institucích prostřednictvím škály pro hodnocení výživy – Mini Nutritional Assessment (MNA) a následně analyzovat hodnoty BMI u sledované populace. Do výzkumného šetření bylo zařazeno 200 respondentů ve věku nad 60 let. Průměrný věk zkoumaného souboru činil 76,7 let. Z výsledku vyplývá, že 33 % respondentů bylo ve stavu dobré výživy, rizikem malnutrice bylo ohroženo 38 % respondentů a 30 % respondentů trpělo podvýživou. Významný signifikantní vztah autorek zdůraznilo ve značném rozdílu stavu výživy v závislosti na druhu instituce. Stav dobré výživy měli senioři v nemocničních zařízeních (49 %), rizikem podvýživy byli nejvíce ohroženi senioři v léčebnách pro dlouhodobě nemocné (49 %) a nejvyšší počet seniorů trpících podvýživou (52 %) byl zaznamenán na odděleních se zvláštním režimem. Z výsledků studie vyplývá, že pouze jedna třetina seniorů byla ve stavu dobré výživy, což vede k nutnosti včasné detekce stavu výživy prostřednictvím škály pro hodnocení výživy s případným zahájením intervencí zaměřujících se na prevenci malnutrice.

Autorky Brabcová a kolektiv zrealizovaly v roce 2014 studii v České republice (České Budějovice), která se věnovala rizikovým faktorům malnutrice u seniorů nad 75 let v domácím prostředí. Cílem studie bylo vyhodnotit nutriční stav skupiny seniorů a zároveň identifikovat bio-psycho-sociální faktory, které zvyšují riziko podvýživy. Autorky použily kvantitativní metody s využitím zkrácené škály pro hodnocení výživy – Mini Nutritional Assessment – Short Form a stupnici geriatrické deprese (GDS-5). Ve výzkumném šetření bylo osloveno 320 respondentů starších nebo rovných 75 let, kteří se vyskytují v domácím prostředí. Nejvíce respondentů (44 %) zastupuje věkovou kategorii 75–79 let. Průměrné BMI u seniorů bylo 26,2 kg/m², což představuje nadváhu, která klesla s věkem. Hodnocení výživy pomocí BMI je dle autorek nedostačující. Více než jedna třetina respondentů byla vyhodnocena jako osoby s rizikem malnutrice (36,3 %). Věk seniorů výrazně zvyšuje pravděpodobnost malnutrice. Výsledky studie taky poukazují na to, že akutní

onemocnění zvýšilo riziko malnutrice. Zároveň bylo zjištěno, že deprese je častou příčinou a také důsledkem malnutrice. Závěrem autorky kladou důraz na výživu, která je důležitým ukazatelem zdraví u seniorů starších 75 let. Na prevenci a léčbě podvýživy v České republice se podílí nutriční i jiné intervence, které zahrnují léčbu deprese, řešení komplikací, sociální začlenění a fyzickou aktivitu.

Od listopadu 2012 do ledna 2013 realizoval kolektiv autorů (Yan et al., 2014) průřezovou studii v Kanadě, která se zabývala vyšetřením adekvátnosti stravy u seniorů v neinstitutních zařízeních. Cílem studie bylo zjistit příjem výživy u seniorů a posoudit přiměřenost živin, které konzumovali. Autoři využili kvantitativní metody s využitím potravinového frekvenčního dotazníku FFQ (Food Frequency Questionnaire) a dotazník všeobecného zdraví GHQ (General Health Questionnaire). V průřezové studii bylo osloveno 111 respondentů z toho 69 žen a 42 mužů ve věku 65 let nebo starších. Z výsledků vyplývá, že 41,7 % respondentů bylo v nadváze, 25 % respondentů bylo obézních a měli nejméně jedno z chronických onemocnění (86,5 %). Převážná část respondentů nesplňovala doporučené denní dávky týkající se příjmu potravy živin podporovaných Health Canada. Nedostatečný přísun byl zejména ve vitamínu E (84,7 %) a vitamínu D (68,5 %). Naopak nadbytečný příjem tukové stravy, než se doporučuje, uvedlo přibližně 40 % respondentů. V závěru autoři uvedli, že studií byla odhalená nedostatečná spotřeba základních živin z potravin u seniorů v Kanadě.

Výživa seniorů v intenzivní péči

V nemocničním prostředí se často setkáváme s pacienty, kteří nemohou za jakýchkoliv příčin přijímat stravu přirozenou cestou. V tomto případě se zahajuje aplikace umělé výživy, která má nezastupitelné místo v intenzivní péči. Setkáváme se s podáváním enterální a parenterální výživy, což je jednou ze základních součástí péče o kriticky nemocné pacienty. Jedná se o neodmyslitelnou součást léčby pacientů. Časová naléhavost nutriční podpory je dána povahou a perspektivou primárního onemocnění, dále výchozím stavem pacienta. Kriticky nemocní pacienti jsou v katabolismu a řada z nich je v dlouhodobé malnutrici. Bez dostatečného příjmu energie není šance na úspěšnou léčbu a na zlepšení prognózy. Adaptace organismu na relativní nebo absolutní zhoršování nutričního stavu a hla-

dovění se zásadně liší podle toho, zda se jedná o hladovění z nedostatku potravy, nebo je zároveň přítomná zánětlivá reakce organismu s metabolickým stresem v průběhu chorobného procesu. Jedná se tedy o stresové hladovění, které vzniká v situacích těžkého ohrožení organismu (Kapounová, 2007, 53-54; Novák, 2016, s. 183-185).

K nejčastějším příčinám malnutrice v intenzivní péči patří: „anorexie (chronická onemocnění: nádory, orgánové insuficience; mentální anorexie), dysfágie (orofaryngeální, ezofageální), porucha trávení (resekce žaludku, pankreatikobiliární nedostatečnost, enzymové deficity), porucha vstřebávání (enteropatie, krátké střevo, píštěle), zvýšené ztráty (rozsáhlé rány, popáleniny, píštěle, nefrotický syndrom), snížený anabolismus (chronická onemocnění: jaterní, ledvinová nedostatečnost atd., poruchy intermediárního metabolismu), zvýšený katabolismus (sepsa, trauma, popáleniny, operace, diabetes mellitus, nádory)“ (Novák, 2016, s. 185).

Pacienti v intenzivní péči, u kterých není pravděpodobné obnovení plného příjmu výživy do tří dnů, by měli mít zahájenou aplikaci enterální výživy. Pro tuto intervenci je nutný předpoklad funkčního trávicího traktu u pacienta. Parenterální výživa se zahajuje při nefunkčnosti trávicího traktu pacienta a zvláště při špatném výchozím nutričním stavu a předpokladu jeho rychlé progresse. Umělou výživu zahajujeme ihned po oběhové stabilitě organismu. V nemocničním zařízení zajišťuje péči o umělou výživu pacienta nutriční tým, jehož členové mají hlavní zodpovědnost za úroveň nutriční podpory v nemocnici, podávají nutriční podporu, koordinují a metodicky řídí nutriční tým zdravotnických zařízení (Novák, 2016, s. 183-185; Streitová a kol., 2015, s. 82; Zadák, 2008, s. 475).

Enterální a parenterální výživa

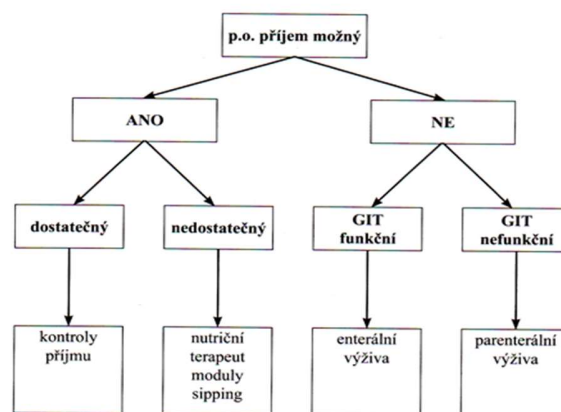
Strategie nutriční podpory u geriatrických pacientů vyplývá ze specifických potřeb. Pro zlepšení nutričního stavu je preferován perorální příjem diety, která je upravená dle individuálních potřeb pacienta. Výhodné je i použití zahušťovacích preparátů tekutin. V případě potřeby se volí doplňková enterální výživa. Aplikovaná výživa do sondy je vyhrazena pro pacienty, kteří nejsou schopni dosáhnout plného perorálního příjmu (Křemen a kol., 2009, s. 121-122).

Perorální příjem stravy z různých důvodů mnohdy nezajistí dostatek přísunu živin nebo energie pro pacienta. V těchto případech může plně uspokojit

potřeby pacienta enterální, parenterální nebo kombinovaná výživa. Enterální výživa je podávání farmaceuticky připravených směsí živin do gastrointestinálního traktu za účelem udržení dobrého stavu výživy a vnitřního prostředí nebo zlepšení již porušeného nutričního stavu. Parenterální výživou rozumíme podávání výživných roztoků přímo do krevního řečiště. Jedná se o život zachraňující postup pro většinu nemocných se selháním funkce střeva. Důvodem zahájení nutriční podpory je neschopnost nemocného přijímat potravu po dobu delší než tři dny nebo porušení nutričního stavu již před vznikem onemocnění či začátkem léčby (Křížová, 2016, s. 285-289; Urbánek, Urbánková, Marková, 2010, s. 46 a 58).

Jednoduché rozhodovací schéma tzv. algoritmus rozhodování výživy (obrázek 1) nám nastiňuje řešení konkrétní výživové situace. Algoritmus má dva rozcestníky, co se týká perorálního příjmu. Buď pacient může přijímat per os, nebo nemůže přijímat nic per os. V dalších větvích je popisováno, zda je tento příjem dostatečný či nikoli a jaká je funkčnost gastrointestinálního traktu. V posledním větvení nabízí možnosti příjmu výživy (Grofová, 2007, s. 12; Křemen a kol., 2009, s. 25).

Pozitivní efekt enterální a parenterální výživy byl prokázán ve vztahu k morbiditě a mortalitě, stejně jako ke zvýšení fyzické kapacity, což je považováno za základní cíle podpory výživy. Tato výživová podpora je indikována u nemocných v riziku vzniku či s rozvinutou malnutricí. Lze tedy očekávat zlepšení nutričního stavu i celkového přežití. Léčebné cíle musí být stanovené vždy reálně s ohledem na možnosti konkrétně nemocného jedince (Urbánek, Urbánková, Marková, 2010, s. 77).



Obrázek 1 Algoritmus rozhodování výživy (Zdroj: Grofová Zuzana, 2007, s. 12)

Tabulka 1 Srovnání enterální a parenterální výživy

Výživa	Výhody	Nevýhody
Enterální	<ul style="list-style-type: none"> - fyziologická cesta - zachována výživa střeva - ochrana střevní bariéry nutrienty - nižší náklady - minimální riziko komplikací - aplikace je snazší a jednodušší 	<ul style="list-style-type: none"> - průjmy - zvracení - riziko aspirace
Parenterální	<ul style="list-style-type: none"> - definovaný přísun jednotlivých živin - rychlá úprava případného metabolického rozvratu - rychlá úprava poruch homeostázy - potlačení katabolického stresu - lze i při úplném chybění tenkého střeva 	<ul style="list-style-type: none"> - nefyziologický přístup - vyšší náklady - komplikace (při zavádění katétru, metabolické, septické, jaterní insuficience) - katéetrové sepse

Zdroj: Křemen et al., 2009, s. 43; Urbánek s. 46; Streitová a kol., 2015, s. 87; Streitová, Zoubková, 2011, s. 52-56

Evropská společnost ESPEN doporučuje pro nutriční podporu ve stáří to, že výživa je chápána jako léčebný prostředek. Odborníci se shodují, že enterální výživa je zvláště důležitou složkou ucelené léčby křehkých, geriatrických, multimorbidních a dalších pacientů/klientů. Guidelines ESPEN vymezují indikace pro užití parenterální a enterální výživy (Kalvach a kol., 2011, s. 346).

Parenterální výživa je vyhrazena pro nemocné, u kterých dochází k částečnému nebo úplnému selhání gastrointestinálního traktu. Preferuje se časná aplikace výživy do 24–48 hodin. V případě těžké oběhové nestability s předpokládanou hypoperfuzí gastrointestinálního traktu je nutné monitorovat parametry tkáňové oxygenace a zahájit adekvátní hrazení energetických ztrát. Zahájení aplikace enterální výživy rozdělujeme na enterální výživu bezprostřední (do 6 hodin), *časnou* (od začátku onemocnění do 24–72 hodin) a *pozdní* (po přijetí na jednotku intenzivní péče po 72 hodinách) od začátku onemocnění (Streitová a kol., 2015, s. 87).

Laboratorní ukazatele nutričního stavu pacienta při podávání umělé výživy

Nedostatečný přívod energie nebo živin je potřebné rozeznat ve stáří včas a následně zavést přiměřenou terapii. Klinický význam to má velký, protože ve stáří může malnutrice porušit důležité životní funkce. Zhodnotit laboratorní nálezy a správně je interpretovat dotvoří obraz nutričního stavu pacienta. Četnost kontrolních biochemických a rozsah dalších sledovaných parametrů závisí na klinickém stavu pacienta. Obvykle u stabilizovaných pacientů jsou krevní odběry naordinovány následovně: prealbumin; albumin; transferin (záleží na stavu železa v plazmě); krevní obraz, po stabilizaci

zdravotního stavu 3x týdně; C-reaktivní protein; glykémie; ionty; urea, kreatinin; kalcium, fosfor, hořčík; triacylglyceroly; jaterní testy; bilirubin a celkovou bílkovinu (Kasper, 2015, 131-133; Svačina, 2008, s. 59-60; Zlatohlávek, Křížová, 2016, s. 63; Streitová, Zoubková, 2011, s. 54).

Shrnutí parenterální a enterální výživy

Oba způsoby nutriční podpory mají své indikace a kontraindikace, výhody a nevýhody. V případě, že není enterální výživa kontraindikována, tak bychom ji vždy měli dát přednost, vzhledem k tomu, že je to fyziologická cesta přísunu jednotlivých živin a organizmus může sám regulovat jejich vstřebávání a využití. Přes níže uvedené výhody a nevýhody (tabulka 1) by si obě varianty neměly konkurovat, ale mají se vzájemně doplňovat (Streitová a kol., 2015, s. 87; Urbánek, Urbánková, Marková, 2010, s. 77).

ZÁVĚR

Zdravá výživa ovlivňuje pozitivně kvalitu života seniorů, protože optimální nutriční stav zvyšuje adaptabilitu jedince, zlepšuje imunitu, reparační a regenerační procesy, podporuje zvládání fyzického i psychického stresu, ovlivňuje duševní i tělesnou výkonnost (Müllerová a kol., 2014, s. 80). Problematika vztahu výživy a zdraví je předmětem mnoha odborných publikací, a přesto stále zůstává otevřeným problémem. Výživa ovlivňuje naše vnímání, prožívání a většinou jsou to tak velké emoční projevy, že se zapomíná, jak strava ovlivňuje fyziologické procesy v těle. Každý senior s určitou diagnózou má specifické požadavky a průběh nemoci se u každého něčím liší. Nové trendy v léčbě

nejsou založeny jen na nových medicínských přístrojích, nových diagnostických metodách, medikamentech, ale i na jiném přístupu ke stravování jak ve zdraví, tak v nemoci. Spolupráce lékaře s nutričním terapeutem a s pacientem je zárukou nejlepší péče o nemocného.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

- BURIANOVÁ, T. 2008. Výživa seniorů [online]. 2008, [cit. 2018-20-01]. Dostupné na internetu: <http://www.ordinace.cz/clanek/vyziva-senioru/>.
- BRABCOVÁ, I. et al. 2016. Risk Factors for Malnutrition in Seniors aged 75+ Living in Home Environmet in Selected Regions of the Czech Republic. In *Central European Journal of Public Health* [online]. ISSN 1803-1048, 2016, 24, 3, 206–210. [cit. 2018-20-01]. Dostupné na internetu: <http://apps.szu.cz/svi/cejph/archiv/2016-3-14-full.pdf>.
- GROFOVÁ, Z. 2007. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a. s. 2007. 237 s. ISBN 978-80-247-1868-2.
- HOOZOVÁ, J. – KRAJČÍK, Š. 2015. Seniori v Nutriacion. In *Geriatrics*. ISSN 1335–1850, 2015, XXI, 4, 160-186.
- JURAŠKOVÁ, B. – ANDĚLOVÁ, P. 2011. Výživa a její poruchy. 1. vydání. In KALVACH, Z et al. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada Publishing, a. s. 2011. 337–346 s. ISBN 978-80-247-4026-3.
- KAPOUNOVÁ, G. 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a. s., 2007. 350 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
- KASPER, H. 2015. *Výživa v medicíně a dietetika*. Překlad 11. vydání. Praha: Grada Publishing a. s., 2015. 592 s. ISBN 978-80-247-4533-6.
- KŘEMEN, J. et al. 2009. *Enterální a parenterální výživa*. Praha: Mladá fronta a. s., 2009. 139 s. ISBN 978-80-204-2070-1.
- KŘÍŽOVÁ, J. 2016. Umělá výživa. In ZLATOHLÁVEK, L. et al. *Klinická dietologie a výživa*. 1. vydání. Praha: Current Media, 2016. 285-294 s. ISBN 978-80-88129-03-5.
- LUKŠOVÁ, H. – VRUBLOVÁ, Y. 2014. Stav výživy seniorů v institucionální péči. In *Hygiena*. ISSN 1210-7840, 2014, 59, 1, 17–20.
- MÜLLEROVÁ et al. 2014. *Hygiena, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví*. 1. vydání. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2014. 254 s. ISBN 978-80-246-2510-2.
- NOVÁK, F. 2016. *Výživa v intenzivní péči*. In BARTŮNĚK, P. et al. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a. s., 2016. s. 183-192. ISBN 978-80-247-4343-1.
- POKORNÁ, A. et al. 2013. *Ošetrovatelství v geriatricii: Hodnotící nástroje*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a. s. 2013. 202 s. ISBN 978-80-247-4316-5.
- STREITOVÁ, D. – ZOUBKOVÁ, R. 2011. *Prevence sepse v intenzivní péči*. 1. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě: Lékařská fakulta, 2011. 90 s. ISBN 978-80-7368-830-1.
- STREITOVÁ, D. et al. 2014. *Septické stavy v intenzivní péči*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a. s., 2014. 164 s. ISBN 978-80-247-5215-0.
- SVAČINA, Š. et al. 2008. *Klinická dietologie*. 1. Vydání. Praha: Grada Publishing, a. s., 2008. 384 s. ISBN 978-80-247-2256-6.
- URBÁNEK, L. – URBÁNKOVÁ, P. – MARKOVÁ, J. 2010. *Klinická výživa v současné praxi*. 2 upravené vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. 97 s. ISBN 978-80-7013-525-9.
- YANG, J. et al., 2014. A preliminary investigation into diet adequacy in senior residents of Newfoundland and Labrador, Canada: a cross-sectional study. In *BMC Public Health* [online]. ISSN 1471-2458, 2014, 14, 2, 302.
- ZADÁK, Z. 2008. *Výživa v intenzivní péči*. 2. rozšířené a aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, a. s. 2008. 542 s. ISBN 978-80-247-2844-5.
- ZLATOHLÁVEK, L. – KŘÍŽOVÁ, J. 2016. Vyšetření stavu výživy. In ZLATOHLÁVEK, L. et al. *Klinická dietologie a výživa*. 1. vydání. Praha: Current Media, 2016. 59-67 s. ISBN 978-80-88129-03-5.

SENIORI A POHYBOVÁ AKTIVITA SENIORS AND MOVEMENT ACTIVITY

LIBOVÁ Ľubica¹, SOLGAJOVÁ Andrea², ZRUBCOVÁ Dana², JANKECHOVÁ Monika¹

¹ Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava

² Katedra ošetrovateľstva, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre

ABSTRAKT

Východiská: Príspevok sa zaoberá pohybovými aktivitami seniorov.

Cieľ: zistiť informovanosť seniorov o pravidelnej pohybovej aktivite, či nami zvolené determinanty (pohlavie, vek, bydlisko) ovplyvňujú druh a dĺžku vykonávanej pohybovej aktivity a či spôsob vykonávania pohybovej aktivity (individuálne – skupinovo) má vplyv k nami zvoleným determinantom (pohlavie, vek, bydlisko).

Metódy: Pre zber dát sme použili dotazník vlastnej konštrukcie s 24 položkami. Štatistické analýzy boli realizované pomocou softvéru Stat Soft a Microsoft Office Excel 2007. Použili sme hladinu významnosti t.j. p-hodnotu=0,05. Pri testovaní dvoch nominálnych premenných sme použili Pearsonov chí kvadrát a kontingenčné tabuľky. Na meranie intenzity prípadnej závislosti dvoch sledovaných veličín sme použili Cramerov koeficient (Cramer. V), alebo tiež nazývaný kontingenčný koeficient pri štvorpolíčkových kontingenčných tabuľkách. K testovaniu nominálnej a pomerovej, alebo nominálnej a ordinálnej premennej sme použili Mann – Whitneyov U test pri dvoch výberoch a Kruskal – Wallisov test pri viac výberoch. Silu závislosti sme určovali podľa Cramerovho koeficientu.

Výsledky: Zistili sme, že existuje štatisticky významná závislosť medzi informovanosťou seniorov o dôležitosti pohybových aktivít a vykonávaním pohybovej aktivity, taktiež existuje štatisticky významná závislosť medzi dĺžkou vykonávanej pohybovej aktivity a vekom a bydliskom a tiež medzi bydliskom a spôsobom a druhom vykonávanej pohybovej aktivity.

Záver: O starnutí a o senioroch sa veľa píše, polemizuje, vedú sa debaty, vydávajú sa odborné články a publikácie o senioroch, ale je veľmi nízke povedomie o ich živote, existencii, pohybových aktivitách. Zároveň je vhodné prihliadať na správnu edukáciu seniorov o správnych a vhodných športových aktivitách vzťahujúcich sa k ich veku, bydlisku a pohlaviu.

Kľúčové slová: Seniori. Pohybová aktivita. Ošetrovateľstvo. Staroba. Edukácia.

ABSTRACT

Background: The paper deals with the movement activities of seniors.

Aim: to inform the seniors about regular physical activity, whether the determinants (gender, age, residence) that we have chosen influence the type and duration of the physical activity and whether the way of exercising physical activity (individually and in groups) affects the determinants (gender, age, residence).

Methods: For the data collection, we used a 24-item custom survey questionnaire. Statistical analyzes were performed using the StatSoft and Microsoft Office Excel 2007 software. We used the significance level, i.e., p-value = 0.05. When testing the two nominal variables, we used Pearson chi-square and pivot tables. To measure the intensity of the eventual dependence of the two measured quantities, we used the Cramer coefficient

(Cramer. V), or also called the contingency coefficient for the four-pivot contingency tables. To test the nominal and proportional or nominal and ordinal variables, we used the Mann - Whitney U test at two selections and the Kruskal - Wallis test for multiple selections. We determined the force of dependence according to the Cramer coefficient.

Results: We found that there is a statistically significant dependence between the seniors' awareness of the importance of physical activity and exercise activity, there is also a statistically significant dependence between the duration of the physical activity and the age and residence, as well as between the place of residence and the type of exercise.

Conclusion: Aging and seniors write, debate, publish articles and seniors' publications, but have a very low awareness of their lives, existence, and physical activities. At the same time, it is appropriate to take into account the proper education of seniors about correct and appropriate sports activities related to their age, residence and sex.

Key words: Seniors. Motion activity. Nursing. Age. Education.

ÚVOD

V dnešnej veľmi technickej a rýchlo žijúcej dobe je veľmi dôležité, aby pozornosť odborníkov, ale i širokej verejnosti, bola orientovaná na starých ľudí a starobu vôbec. V populácii už niekoľko rokov pribúda počet seniorov a predpokladá sa, že v budúcich rokoch sa situácia nezmení a vek sa bude stále predlžovať a ľudí s vyšším vekom bude pribúdať. Klesajúca pôrodnosť, znižujúca sa úmrtnosť a predlžovanie strednej dĺžky života spôsobuje, že sa zvyšuje celkový počet starých ľudí a to vo väčšine krajín sveta. K tomu, aby seniori mohli viesť plnohodnotný a kvalitný život, je nevyhnutné, aby boli sebestační, nezávislí a nemali problémy so zdravotným stavom. Ten môžu ovplyvniť správnu životosprávu, životným štýlom, s ktorým bezprostredne súvisí aj pravidelná pohybová aktivita. Seniori však často ani nevedia aká pohybová aktivita je pre nich vhodná, aký má pre nich význam a čo všetko môžu pravidelným cvičením ovplyvniť vo svojom organizme. V praxi často vidíme, že starší ľudia trpia ochoreniami, ktoré by pri pravidelnom cvičení vôbec nemuseli vzniknúť, alebo by bol ich priebeh oveľa jednoduchší. Neraz sa ale stret-

neme s odmietavým prístupom seniora k pohybu, buď kvôli obavám napr. z pádu alebo pre nedostatok informácií. Vtedy má nezastupiteľnú úlohu sestra, ktorá správnou edukáciou a motiváciou vedie seniorov k pravidelným pohybovým aktivitám – cvičeniu. V príspevku s názvom „Seniori a pohybová aktivita“ sa venujeme týmto problémom. V úvode definujeme základné pojmy a to gerontologické ošetrovatelstvo, starobu a starnutie, funkčné geriatrické vyšetrenie, benefity pohybových aktivít a vplyv senescencie na organizmus seniora. Vo výskume sa zaoberáme informovanosťou seniorov o pravidelnej pohybovej aktivite a zisťujeme či nami zvolené determinanty (pohlavie, vek, bydlisko) ovplyvňujú druh a dĺžku vykonávanej pohybovej aktivity, či spôsob vykonávania pohybovej aktivity (individuálne – skupinovo) ma vplyv k nami zvoleným determinantom (pohlavie, vek, bydlisko).

Starnutie ľudského organizmu je prirodzený biologický proces, ktorého priebeh sa u jednotlivcov líši. Je ovplyvňovaný mnohými vnútornými a vonkajšími faktormi. Charakteristický je tým, že je naprogramovaný, dlhodobý, nezvratný, neopakuje sa a zanecháva trvalé zmeny (Litomerický, 1992). Starnutie a staroba je pre seniora zdrojom viacerých problémov, s ktorými sa musí vyrovnávať a riešiť či už sám, alebo za pomoci iných. Zavázalová (2001) uvádza riziká v živote seniora: zníženie a strata sebestačnosti, zhoršujúci sa zdravotný stav s postihnutím tých funkcií, ktoré sú dôležité pre zachovanie si sebestačnosti; o zaistenie primeraných ekonomických a finančných prostriedkov, ťažkosti v súvislosti s úpravou životného programu a jeho uskutočňovania po odchode do dôchodku (plánovanie nového denného rozvrhu, zmena naučených denných stereotypov a pod.), zabezpečenie správnej výživy, zabezpečenie zodpovedajúceho bývania v súlade s finančnými možnosťami seniora a jeho fyzickej sebestačnosti a vitalite, psychologické problémy v zmysle zvládania rizikových situácií, ktorými sú úmrtie partnera, strata poslednej blízkej osoby, odchod do dôchodku, rodinné nezhody a iné, ďalej problematika psychickej aktivity, spoločenského vyžitia, nebezpečenstva sociálnej izolácie a ďalšie problémy v súvislosti s osamelosťou, spôsoby využívania voľného času v podobe dostatočného pohybu, angažovania sa vo verejných záležitostiach a v rôznych aktivizujúcich programoch pre seniorov. V kontexte uvedeného je žiaduce zvýrazniť tú skutočnosť, že hlavným problémom v živote seniorov je pritom ich sebestačnosť a osamelosť. Herchl

(1999) definuje starnutie ako proces ubúdania duševných a telesných síl, spomaľovanie dejov v organizme, zmeny vo všetkých orgánoch, väčšiu náchylnosť k chorobám. Rychtaříková (2002) uvádza podmienky úspešného starnutia – pokračujúca ekonomická činnosť na skrátenej úväzky, vyriešenie bývania (samostatne vo svojom, ale nie v izolácii), primeraná zdravotná starostlivosť. Jurčová (In: Hvozdíková, 2008) charakterizuje starnutie populácie ako súčasť dlhodobého vývoja svetovej populácie, ide o proces definovaný ako „zmeny vo vekovej štruktúre, spôsobené zvyšovaním podielu starých ľudí v populácii.“ Najčastejšie je starnutie chápané ako „postupné opotrebovanie, negatívne zmeny prejavujúce sa ubúdaním energie, únavou, stagnáciou, funkčnými výpadkami až degeneráciou“ (Pavlík, 2009). Vo veku 60–74 rokov človek väčšinou netrpí závažnými ochoreniami a je aktívny. Po 75. roku života, často dochádza k zhoršeniu zdravotného stavu (Hegyí, 2001 in Poledníková, 2006, s. 8). K tomu aby sme správne zhodnotili – posúdili zdravotný stav geriatrického pacienta nám slúži aj „Funkčné geriatrické vyšetrenie (FGV). Je to komplexné zhodnotenie zdravotného stavu seniora, doplnené o posúdenie fyzickej výkonnosti a sebestačnosti a zhodnotenie psychických funkcií v kontexte jeho sociálnej situácie.“ (Derňárová et al. in Németh, 2009, s. 27). Zameriava sa na aktívne vyhľadávanie zdravotných a sociálnych rizík a na návrh preventívnych liečebných a sociálnych opatrení s maximálnym prínosom pre daného seniora. Toto vyšetrenie sústreďuje svoju pozornosť na špecifické potreby rizikových seniorov, ktorí vyžadujú individuálny prístup a starostlivosť (Topinková, 2002 in Németh, 2009, s. 27). Medzi ciele Funkčného geriatrického vyšetrenia patrí zlepšenie zdravotného a funkčného stavu pacienta, spomalenie nástupu zdravotného postihnutia, zlepšenie kvality života a zabránenie neefektívnym a nepotrebným službám (Derňárová et al. In Németh, 2009, s. 27). Takéto zhodnotenie funkčných schopností seniora má význam pri posudzovaní účinkov liečby, pri návrhu rehabilitačných postupov, odporúčaní kompenzačných pomôcok, návrhu sociálnych dávok ako aj pri umiestnení do dlhodobej ústavnej starostlivosti (Kalvach, 2004 In Németh, 2009, s. 28). Predpokladá sa, že u funkčne zdatných seniorov sa bude čím ďalej tým viac uplatňovať aj posudzovanie zvládnutia fyzicky náročných výkonov a športov v rámci aktívneho životného štýlu a preventívnych programov (Derňárová et al. in Németh, 2009, s. 28).

Vplyv senescencie na organizmus seniora

V priebehu rokov sa v pohybovom systéme človeka udeje množstvo zmien. U starých ľudí ubúda svalová hmota a pribúda tuk a väzivo. Svalová sila sa u seniora zníži až o 25–30 %. Takisto klesá aj hmotnosť kostry a vnútorných orgánov. Menia sa telesné proporcie, zväčšuje sa obvod hrudníka a obvod pásu, naopak znižuje sa priemerná výška seniorov. V organizme seniora dochádza k úbytku vody až o 40–50 %, čo ovplyvňuje fungovanie vnútorného prostredia. Množstvo telesnej vody má vplyv aj na svaly a kĺby. Ubúda množstvo kolagénu, znižuje sa elasticita väziva čím dochádza k obmedzeniu rozsahu pohyblivosti a stability kĺbov. Kostí sa stávajú krehkejšími v dôsledku úbytku minerálnej a bielkovinovej zložky. Zmeny postihujú aj chrbticu. Tá sa znižuje a tým sa stráca objem hrudného koša. Dochádza k poruchám rovnováhy, držania tela a k zníženiu dýchacej kapacity pľúc. V seniorskom veku sa zhoršuje motorika, čo sa prejaví spomalením chôdze a skrátením dĺžky kroku. U seniorov dochádza k zmenám aj v oblasti rovnovážneho ústrojenstva, zraku a citlivosti. To všetko má vplyv na koordináciu pohybov, chôdzu a postoj tela. Posturálne svaly, ktoré udržiavajú polohu tela sa skracujú (svaly stehna, lýtka, horné trapézové svaly...), svaly fázičky zas majú sklon k ochabovaniu (hýbač krku, medzilopatkové a brušné svaly) (Dlabalová, Kleveťová, 2008, s. 126–127). Deficit pohybovej aktivity spôsobuje na srdcovo cievnom systéme, že dochádza k potlačeniu ortostatického reflexu, znižuje sa adaptácia venózneho systému dolných končatín a spomalenie prietoku krvi v žilách u dlhodobo ležiacich môže vyvolať vznik flebotrombózy. U dýchacieho systému nedostatkom pohybu dochádza k zníženiu pľúcnej ventilácie, k zníženiu dychového objemu a dychovej frekvencii. U ľudí pripútaných na lôžko sú hypoventilované dolné pľúcne laloky, kde môže dôjsť k vzniku atelektáz. Pohybová aktivita priaznivo ovplyvňuje pohyb riasiniek dýchacích ciest a pri jej nedostatku je potláčaný obranný reflex kašľa, čo často u seniorov vyvoláva vznik bronchopneumónii. O priaznivom účinku pohybových aktivít môžeme hovoriť aj pri tráviacom systéme. Pohyb je dôležitý pre správne fungovanie čriev, z toho vyplýva, že najčastejšou komplikáciou zníženej pohybovej aktivity na gastrointestinálnom trakte je zápcha (Šulc in Nečas, 2009, s. 58). U seniorov pripútaných na lôžko dochádza k stáze moča a tým k dilatácii močových ciest a močového mechúra. To môže vyvolať vznik infekcií a zápalov

močových ciest a keďže dochádza k zvýšenému vylučovaniu kalcia, vznikajú podmienky pre tvorbu močových kameňov. Pohyb taktiež ovplyvňuje látkovú premenu. Prevláda katabolizmus a rozvíja sa negatívna dusíková bilancia. Dekubity vznikajú u ležiacich seniorov najmä kvôli dlhodobému tlaku, ktorý pôsobí na kožu jedinca. Okrem toho majú v patogenéze svoje zastúpenie aj poruchy prekrvenia a inervácie a sekundárne infekcie. Nedostatok voľného pohybu pôsobí aj na psychiku a môže u človeka vyvolať úplný psychický rozvrat (Šulc In Nečas, 2009, s. 59).

Benefity pohybových aktivít seniorov

Telesná aktivita výrazne ovplyvňuje zdravotný stav seniorov. Pravidelný pohyb zvyšuje hladinu vysoko denzitných lipoproteínov a tie pôsobia antiaterogénne. Taktiež zlepšuje citlivosť inzulínových receptorov, pôsobí antiarytmicky, pozitívne ovplyvňuje fibrinolýzu a priaznivý účinok bol spozorovaný aj pri depresiách a úzkosti. Pravidelná pohybová aktivita bráni vzniku osteoporózy. Telesná aktivita seniorov má teda dôležité miesto v prevencii a v ovplyvnení rizikových faktorov (Weber a kol., 2000, s.21-22). Cieľom pohybovej aktivity je pomáhať udržiavať nezávislosť starého človeka, zvyšovať alebo aspoň udržiavať fyzickú zdatnosť seniora a teda pozitívne ovplyvňovať kvalitu jeho života. Okrem toho sa pravidelnou pohybovou aktivitou znižuje potreba dlhodobej ústavnej starostlivosti a v neposlednom rade je jedným z cieľov aj udržanie seniora s diagnostikovaným ochorením v stabilizovanom funkčnom stave (Matouš in Kalvach, 2004, s. 417). Priaznivý vplyv na starnúci ľudský organizmus má dynamická telesná záťaž vytrvalostného charakteru miernej až strednej intenzity. Ide predovšetkým o činnosti využívajúce čo najväčší počet svalových skupín bez silového nároku. Patrí sem turistika, plávanie a cvičenie vo vode, pohybové hry, jazda na bicyklovom ergometri alebo na bicykli, psychomotorické cvičenia s uvedomovaním si jednotlivých častí tela s rozličnými pomôckami, jednoduché tance, cvičenia využívajúce prvky jogy (Kopřivová, J., et al., 2001; Malovič, P., 2015). Nevhodné sú pre seniorov silové cvičenia so zadržávaním dychu, cvičenia rýchlostného charakteru a cvičenia využívajúce rýchle zmeny polohy a prudkých pohybov. Pred zahájením akéhokoľvek pohybového programu je vhodné, ba priam nevyhnutné, vykonanie lekárskej kontroly s cieľom uvedenia diagnóz.

CIEĽ

Vzchádzajúc z teoretických poznání o skúmanej problematike bolo našim cieľom zistiť:

- informovanosť seniorov o pravidelnej pohybovej aktivite,
- či nami zvolené determinanty (pohlavie, vek, bydlisko) ovplyvňujú druh a dĺžku vykonávanej pohybovej aktivity,
- či spôsob vykonávania pohybovej aktivity (individuálne – skupinovo) má vplyv k nami zvoleným determinantom (pohlavie, vek, bydlisko).

SÚBOR A METODIKA

Zber empirických dát potrebných pre výskum bol realizovaný na území okresu Nitra. Pre zber dát sme použili nami vytvorený dotazník. Dotazník obsahoval 24 položiek a rozdaných bolo spolu 250 dotazníkov (100 %) náhodným výberom v období október 2014 až december 2014. Návratnosť dotazníkov bola 201 (80,4 %). K zaradujúcim kritériám výberu respondentov bol vek 60 a viac rokov života a ochota vyplniť dotazník pravdivo. V úvode dotazníka sme sa zaoberali vedomosťami a informovanosťou seniorov o pohybovej aktivite a následne sme sa zaoberali zisteniami o konkrétnych pohybových aktivitách. Záver dotazníka tvoria demografické položky a ostatné položky v dotazníku nám podávajú celostný pohľad na respondentov daného súboru. Štatistické analýzy boli realizované pomocou softvéru Stat Soft a Microsoft Office Excel 2007. Použili sme hladinu významnosti t.j. p -hodnotu = 0,05. Na základe toho, akých hodnôt dosahovala sme H_0 zamietli, alebo nezamietli. H_0 zamietame, prijímame alternatívnu p – hodnota < 0,05; H_0 nezamietame p – 0,05. Pri testovaní dvoch nominálnych premenných sme použili Pearsonov chí kvadrát a kontingenčné tabuľky. Zaujímala nás intenzita prípadnej závislosti dvoch sledovaných veličín. K tomu sme využili Cramerov koeficient (Cramer.V), alebo tiež nazývaný kontingenčný koeficient pri štvorpolíčkových kontingenčných tabuľkách. K testovaniu nominálnej a pomerovej, alebo nominálnej a ordinálnej premennej sme použili Mann-Whitneyov test pri dvoch výberoch a Kruskal-Wallisov test pri viac výberoch. Silu závislosti sme určovali podľa Cramerovho koeficientu. Môže nadobúdať hodnoty od 0 do 1, pričom 0–0,1 svedčí o zanedbateľnej závislosti, 0,1–0,3 je slabá závislosť, 0,3–0,7 vypovedá o strednej závislosti a 0,7–1 je silná závislosť. Význam hodnôt

má však len orientačný charakter. Podmienky dobrej aproximácie sme vyhodnocovali vytvorením tabuliek absolútnych početností a k nim príslušné tabuľky očakávaných početností (Kudlička, 2009; Sollár, Ritomský, 2002).

VÝSLEDKY

Výsledky komparačnej analýzy predstavujú dáta potrebné pre verifikáciu hypotéz, v ktorých sme predpokladali, že neexistuje štatisticky významná závislosť medzi informovanosťou seniorov o dôležitosti pohybových aktivít a vykonávaním pohybovej aktivity, predpokladáme že neexistuje štatisticky významná závislosť medzi stanovenými determinantmi (pohlavie, vek, bydlisko) seniorov a druhom a dĺžkou vykonávanej pohybovej aktivity, predpokladáme, že existuje štatisticky významná závislosť medzi spôsobom vykonávania pohybovej aktivity (individuálne – skupinovo) a stanovenými determinantmi (pohlavie, vek, bydlisko).

Testovanie hypotézy č.1

V_{1H0} Predpokladáme, že neexistuje štatisticky významná závislosť medzi informovanosťou seniorov o dôležitosti pohybových aktivít a vykonávaním pohybovej aktivity.

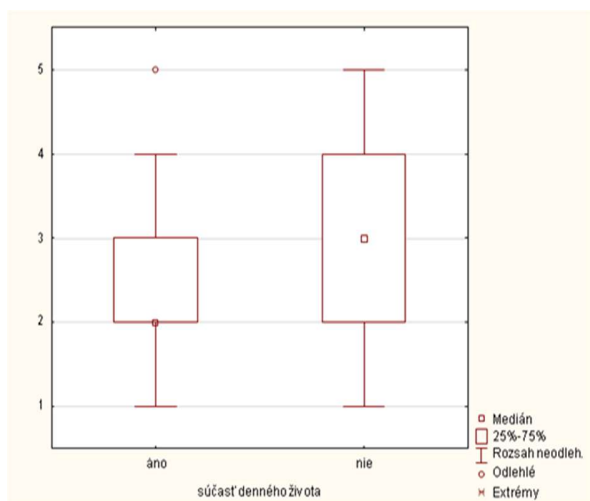
I_{1HA} Predpokladáme, že existuje štatisticky významná závislosť medzi informovanosťou seniorov o dôležitosti pohybových aktivít a vykonávaním pohybovej aktivity.

Podľa testovej štatistiky Mann-Whitneyovho testu je p -hodnota 0,000649, čiže $p < 0,05$ a teda na hladine významnosti hypotézu H_0 zamietame a prijímame alternatívnu.

Z grafu 1 vidno, že respondenti, ktorí nemajú pohybovú aktivitu súčasťou každodenného života, nemajú dostatok informácií týkajúcich sa pohybovej aktivity. Naopak respondenti, ktorí majú pohybovú aktivitu súčasťou každodenného života, majú aspoň nejaké vedomosti o pohybovej aktivite. Medián respondentov, ktorí nemajú pohybovú aktivitu súčasťou každodenného života, je v skóre 2, čiže respondenti skôr majú dostatok informácií týkajúcej sa pohybovej aktivity.

Tabuľka 1 Závislosť informovanosti na vykonávaní pohybovej aktivity

Premenná	Mann-Whitneyov U Test			
	Z upravené	p-hodnota	N platn. skup. 1	N platn. skup. 2
Množstvo informácií	-3,41033	0,00065	157	44



Graf 1 Informovanosti v závislosti na každodennom vykonávaní pohybovej aktivity

V porovnaní s respondentmi, ktorí nemajú pohybovú aktivitu súčasťou každodenného života je medián v možnosti nevieme posúdiť (3). Potvrďuje sa nám predchádzajúce zamietnutie hypotézy H_0 , pretože to, či pohybová aktivita je alebo nie je súčasťou každodenného života závisí s tým, či majú dostatok informácií týkajúcich sa pohybovej aktivity.

Záver: Existuje štatisticky významná závislosť medzi informovanosťou seniorov o dôležitosti pohybových aktivít a vykonávaním pohybovej aktivity.

Testovanie hypotézy č. 2

V hypotéze $2H_0$ predpokladáme, že neexistuje štatisticky významná závislosť medzi stanovenými demografickými determinantami (vekom, pohlavím, bydliskom) seniorov a druhom a dĺžkou vykonávanej pohybovej aktivity.

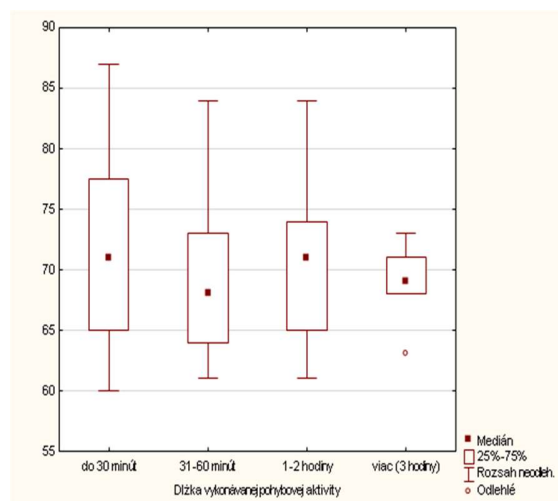
2H1 Predpokladáme, že existuje štatisticky významná závislosť medzi stanovenými demografickými determinantami (vekom, pohlavím, bydliskom) seniorov a druhom a dĺžkou vykonávanej pohybovej aktivity.

Testovanie hypotézy č. 2 – vek a dĺžka vykonávanej pohybovej aktivity

Podľa výsledkov štatistického testovania Kruskal–Walisovým testom H sa p -hodnota = 0,3730,

Tabuľka 2A Závislosť dĺžky vykonávanej pohybovej aktivity od veku

Kruskal-Walisov test H	Stupne voľnosti	p -hodnota
3,123394	3	0,3730



Graf 2 Vek v závislosti na dĺžke vykonávanej pohybovej aktivity

čiže je $p > 0,05$ a teda na hladine významnosti hypotézu H_0 nezamietame a prijímame alternatívnu hypotézu.

I mediánový test hypotézu H_0 nezamietame. Z odpovedajúca p -hodnota = 0,1124. Test je však v porovnaní s Kruskal–Walisovým testom slabší, pretože p -hodnota je menšia.

Z grafu 2 vidíme, že respondenti, ktorí vykonávajú pohybovú aktivitu do 30 minút denne sú najčastejšie vo veku od 65 do 77 rokov. Medián respondentov vykonávajúcich pohybovú aktivitu je v hodnote 71 rokov pohybovú aktivitu v dĺžke 31–60 minút vykonávajú respondenti vo veku od 64 do 73 rokov. Medián je v hodnote 68 rokov. Respondenti, ktorí vykonávajú pohybovú aktivitu 1–2 hodiny denne sú najviac vo veku od 65 rokov do 74 rokov. Medián je v hodnote 71 rokov. Ako je vidno z grafu, potvrdzuje sa nám predchádzajúce nezamietnutie hypotézy, že neexistuje závislosť medzi dĺžkou vykonávanej pohybovej aktivity a vekom.

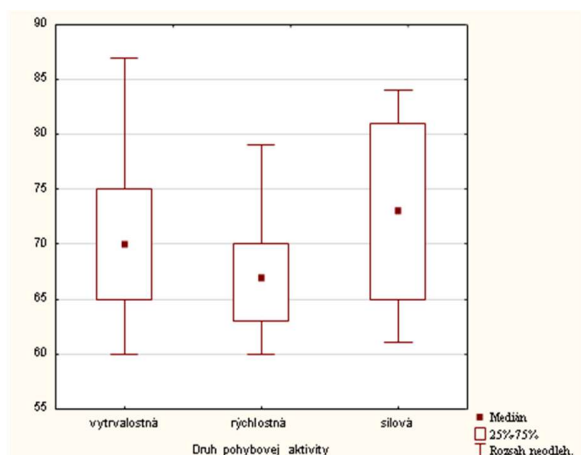
Záver: Neexistuje štatisticky významná závislosť medzi dĺžkou vykonávanej pohybovej aktivity a vekom.

Testovanie hypotézy č. 2 – pohlavie a dĺžka vykonávanej pohybovej aktivity

Podľa výsledkov štatistického testovania Pearsonovým chí kvadrátom sa p -hodnota = 0,55696, čiže

Tabuľka 2B Závislosť dĺžky vykonávanej pohybovej aktivity od veku

Chí-Kvadrát	Stupne voľnosti	p -hodnota
5,98401	3	0,1124



Graf 3 Vek v závislosti na druhu pohybovej aktivity

je $p > 0,05$ a teda na hladine významnosti hypotézu **H_0 nezamietame**. Cramerov koeficient má hodnotu 0,11497 čo značí zanedbateľnú až slabú závislosť.

Záver: Neexistuje štatisticky významná závislosť medzi dĺžkou vykonávanej pohybovej aktivity a pohlavím.

Testovanie hypotézy č. 2 – bydlisko a dĺžka vykonávanej pohybovej aktivity

Podľa výsledkov štatistického testovania Pearsonovým chí kvadrátom sa p -hodnota = 0,03865, čiže je $p < 0,05$ a teda na hladine významnosti hypotézu H_0 zamietame a prijímame alternatívnu hypotézu. Cramerov koeficient má hodnotu 0,23114 čo značí slabú závislosť.

Záver: Existuje štatisticky významná závislosť medzi dĺžkou vykonávanej pohybovej aktivity a bydliskom.

Testovanie hypotézy č. 2 – vek a druh vykonávanej pohybovej aktivity

Podľa výsledkov štatistického testovania Kruskal-Walisovým testom H sa p -hodnota = 0,0044, čiže je $p < 0,05$ a teda na hladine významnosti hypotézu H_0 zamietame a prijímame alternatívnu hypotézu.

I mediánový test hypotézu H_0 zamietame. Zodpovedajúca p -hodnota = 0,0038. Test je však v porovnaní s Kruskal-Walisovým testom slabší, pretože p -hodnota je menšia.

Z grafu je vidno, že respondenti vykonávajúci vytrvalostnú pohybovú aktivitu sú vo veku od 65 do 75 rokov. Medián je v hodnote 70 rokov. Rýchlostnú pohybovú aktivitu vykonávajú najviac respondenti vo vekovej skupine 63 až 70 rokov. Medián je v hodnote 67 rokov. Silovú pohybovú

Tabuľka 3 Závislosť dĺžky vykonávanej pohybovej aktivity od veku

Pearsonov chí kvadrát	Stupne voľnosti	p-hodnota	Cramer. V
2,07515	3	0,55696	0,11497

Tabuľka 4 Závislosť dĺžky vykonávanej pohybovej aktivity od bydliska

Pearsonov chí kvadrát	Stupne voľnosti	p-hodnota	Cramer. V
8,38757	3	0,03865	0,23114

Tabuľka 5A Závislosť druhu vykonávanej pohybovej aktivity od veku

Kruskal-Walisov test H	Stupne voľnosti	p-hodnota
10,8619	2	0,0044

Tabuľka 5 B Závislosť druhu vykonávanej pohybovej aktivity na veku

Pearsonov chí kvadrát	Stupne voľnosti	p-hodnota
11,13787	2	0,0038

aktivitu vykonávajú respondenti vo veku 65 až 81 rokov. Medián je v hodnote 73 rokov. Ako vidíme z grafu, potvrdzuje sa nám predchádzajúce zamietnutie hypotézy. Môžeme povedať, že existuje určitá závislosť medzi vekom a druhom vykonávanej pohybovej aktivity.

Záver: Existuje štatisticky významná závislosť medzi vekom a druhom vykonávanej pohybovej aktivity.

Testovanie hypotézy č. 2 – pohlavie a druh vykonávanej pohybovej aktivity

Podľa výsledkov štatistického testovania Pearsonovým chí kvadrátom sa p -hodnota = 0,17468, čiže je $p > 0,05$ a teda na hladine významnosti hypotézu H_0 nezamietame. Cramerov koeficient má hodnotu 0,03336 čo značí zanedbateľnú závislosť.

Záver: Neexistuje štatisticky významná závislosť medzi pohlavím a druhom vykonávanej pohybovej aktivity.

Testovanie hypotézy č. 2 – bydlisko a druh vykonávanej pohybovej aktivity

Podľa výsledkov štatistického testovania Pearsonovým chí kvadrátom sa p -hodnota = 0,65676, čiže je $p > 0,05$ a teda na hladine významnosti hypotézu H_0 nezamietame. Cramerov koeficient má hodnotu 0,07318 čo značí zanedbateľnú závislosť.

Tabuľka 6 Závislosť druhu vykonávanej pohybovej aktivity od pohlavia

Pearsonov chí-kvadrát	Stupne voľnosti	p-hodnota	Cramer. V
0,17468	2	0,91637	0,03336

Tabuľka 7 Závislosť druhu vykonávanej pohybovej aktivity od bydliska

Pearsonov chí-kvadrát	Stupne voľnosti	p-hodnota	Cramer. V
0,84088	2	0,65676	0,07318

Záver: Neexistuje štatisticky významná závislosť medzi bydliskom a druhom vykonávanej pohybovej aktivity.

Testovanie hypotézy 3

V 3 H₀ Predpokladáme, že neexistuje štatisticky významná závislosť medzi spôsobom vykonávania pohybovej aktivity (individuálne-skupinovo) a stanovenými determinantami (pohlavie, vzdelanie, bydlisko).

V 3H_A Predpokladáme, že existuje štatisticky významná závislosť medzi spôsobom vykonávania pohybovej aktivity (individuálne-skupinovo) a stanovenými determinantami (pohlavie, vzdelanie, bydlisko).

Testovanie hypotézy č. 3 – vek a spôsob vykonávanej pohybovej aktivity

Podľa výsledkov Mann-Whitneyovho U testu je p -hodnota = 0,032964, čiže $p < 0,05$ a teda na hladine významnosti hypotézu H₀ zamietame a prijímame alternatívnu hypotézu. Respondenti, ktorí vykonávajú pohybovú aktivitu sami sú vo veku od 66 do 75 rokov. Medián je v hodnote 70 rokov. Respondenti, ktorí uviedli, že pohybovú aktivitu vykonávajú ešte s niekým iným, čiže v skupine, sú vo veku 63 až 72 rokov. Medián je v hodnote 67 rokov. Vidíme, že skupinovo vykonávajúcu pohybovú aktivitu preferujú respondenti o niečo mladší v porovnaní s respondentmi, ktorí sa venujú pohybovej aktivite sami. Záver: Existuje štatisticky významná závislosť medzi vekom a spôsobom vykonávanej pohybovej aktivity.

Testovanie hypotézy č. 3 – pohlavie a spôsob vykonávanej pohybovej aktivity

Podľa výsledkov štatistického testovania Pearsonovým chí kvadrátom sa p -hodnota = 0,86201, čiže je $p > 0,05$ a teda na hladine významnosti hypotézu H₀ nezamietame. Cramerov koeficient má

Tabuľka 8 Závislosť spôsobu vykonávanej pohybovej aktivity od veku

Pre-menná	Mann-Whitneyov U Test			
	Z upravené	p-hodn.	N platn. skup. 1	N platn. skup. 2
Vek	2,132535	0,032964	107	50

Tabuľka 9 Závislosť spôsobu vykonávanej pohybovej aktivity od pohlavia

Pearsonov chí-kvadrát	Stupne voľnosti	p-hodnota	Cramer.V
0,03021	1	0,86201	0,01387

Tabuľka 10 Závislosť spôsobu vykonávanej pohybovej aktivity od bydliska

Pearsonov chí-kvadrát	Stupne voľnosti	p-hodnota	Cramer. V
8,43959	1	0,00367	0,22586

hodnotu 0,01387 čo značí zanedbateľnú závislosť. Záver: Neexistuje štatisticky významná závislosť medzi pohlavím a spôsobom vykonávanej pohybovej aktivity.

Testovanie hypotézy č. 3 – bydlisko a spôsob vykonávanej pohybovej aktivity

Podľa výsledkov štatistického testovania Pearsonovým chí kvadrátom sa p -hodnota = 0,00367, čiže je $p < 0,05$ a teda na hladine významnosti hypotézu H₀ zamietame a prijímame alternatívnu hypotézu. Cramerov koeficient má hodnotu 0,22586 čo značí slabú závislosť.

DISKUSIA A ZÁVER

Existuje štatisticky významná závislosť medzi bydliskom a spôsobom vykonávanej pohybovej aktivity.

Vekové rozloženie respondentov sme rozdelili do 5 kategórií. Z celkového počtu 201 respondentov bolo najviac vo veku do 65 rokov 30,35 %, 66 až 70 rokov bolo 23,38 %, zastúpenie vekovej kategórie od 71 do 75 rokov bolo 20,40 % a veková kategória od 76 do 80 rokov mala najmenšie zastúpenie 8,46 %. Vek nad 81 rokov bol u respondentov v 17,41 %. Našu vzorku respondentov tvorili v 65,20 % ženy a v 34,80 % boli muži. Topinková et al. (1995, s.4) uvádza, že v dôsledku vyššej úmrtnosti mužov prevládajú v staršom veku ženy. Podľa našej vzorky pripadá na 10 mužov 18,71 žien. Hodnoty hovoria o podobnom podiele mužov a žien ako u populácii v Českej republike.

V prvej hypotéze sme skúmali informovanosť seniorov o dôležitosti pohybových aktivít a zaují-

malo nás, či mala vplyv na vykonávanie pohybovej aktivity. Zistili sme, že 43 respondentov t.j. 21,39 % nemalo dostatok informácií týkajúcich sa pohybovej aktivity a nemalo ani pohybovú aktivitu zaradenú do svojho každodenného života. Naopak 158 respondentov t.j. 78,61 % malo dostatok informácií o pohybovej aktivite ju malo súčasťou každodenného života. Z týchto údajov vyplýva, že úroveň vedomostí ovplyvňuje pohybovú aktivitu respondentov. Mohli by sme ďalej skúmať kvalitu týchto vedomostí a zaoberať sa ďalšími determinantami, ktoré by mohli vykonávanie pohybovej aktivity seniorov ovplyvniť.

Druhá hypotéza bola orientovaná na vykonávanú pohybovú aktivitu a najmä jej druh a dĺžku. Zisťovali sme, či ju môže ovplyvniť vek, pohlavie a bydlisko. Pohybovej aktivite do 30 minút sa venuje 52 respondentov t.j. 33,12 % vo veku 65–77 rokov. Domnievame sa, že v tejto skupine sú aj respondenti, ktorí sú ešte pracovne aktívni a nezostáva im veľa času na pohybovú aktivitu. V trvaní 31 až 60 minút sa pohybovej aktivite venovalo 67 respondentov t.j. 42,68 % vo veku 64–73 rokov. Do skupiny 33 respondentov t.j. 21,02 % vykonávajúcich pohybovú aktivitu 1 až 2 hodiny podľa našich domnievok, že patrili fyzicky zdatnejší a ich kondícia bola na prijateľnej úrovni s ohľadom na ich vek. Päť respondentov t.j. 3,18 % ktorých vek bol 68–71 rokov sa venovalo pohybovej aktivite viac a ich čas venovaný pohybovej aktivite bol 3 hodiny. Bolo by potrebné zistiť konkrétnu pohybovú aktivitu týchto 5 respondentov, no podľa nášho uváženia, by sme ich mohli zaradiť do kategórie fit senior ako uvádza Komáčková (2010; s. 66–67).

Ďalej sme sa zaoberali pohybovou aktivitou v závislosti od pohlavia. Mužov vykonávajúcich pohybovú aktivitu do 30 minút bolo 16 t.j. 10,19 %, najviac mužov v našej vzorke sa venuje pohybovej aktivite od 31 do 60 minút. Bolo ich 23 t.j. 14,65 %. Mužov vykonávajúcich pohybovú aktivitu 1–2 hodiny bolo 13 t.j. 8,28 %. Viac ako 2 hodiny sa pohybovej aktivite venovali 3 muži t.j. 1,91 %, ktorí uviedli, že sa jej venujú až 3 hodiny. Myslíme si, že vykonávanie akejkoľvek pohybovej aktivity 3 hodiny denne je veľká záťaž pre organizmus a vyžaduje tiež fyzickú zdatnosť. Predpokladáme, že sa jej venujú už dlhšiu dobu a pravidelne. Nebolo by prekvapením, keby títo respondenti pestovali určitý druh športu v dospelom veku a udržali si svoje návyky až do staroby. Cinglová (2002) uvádza, že aktívne osoby nechcú opustiť svoje športové aktivity

len z dôvodu pribúdajúcich rokov. Podobne by sme mohli uvažovať aj pri ženách. Tri hodiny sa pohybovej aktivite denne venujú 2 ženy t.j. 1,27 %. O niečo menej sa pohybovej aktivite venuje 20 žien t.j. 12,74 % (1–2 hodiny). V dĺžke 31 až 60 minút vykonáva pohybovú aktivitu denne 44 žien, t.j. 28,03 %. Najkratšie, čiže do 30 minút denne sa pohybovej aktivite venuje 36 žien, t.j. 22,93 %.

Druhá hypotéza obsahovala závislosť dĺžky pohybovej aktivity od bydliska. Respondentov, ktorí bývali na dedine a pohybovej aktivite venovali do 30 minút svojho času bolo 29, t.j. 18,47 %. V meste sa pohybovej aktivite do 30 minút venovalo 23 respondentov, t.j. 14,65 %. Na dedine sa 37 respondentov, t.j. 23,57 % venovalo pohybovej aktivite od 31 do 60 minút. V meste je to obdobné. Tridsať respondentov, t.j. 19,11 % sa pohybovej aktivite venovalo 30 až 60 minút. Väčší rozdiel bol u respondentov, ktorí vykonávali pohybovú aktivitu o dĺžke 1–2 hodiny. Na dedine bolo 9 respondentov t.j. 5,73 % a v meste až 24 respondentov t.j. 15,29 %. Dlhšiemu vykonávaniu pohybovej aktivity na dedine by mohla byť prekážkou skutočnosť nedostatočných možností na jej realizáciu. Ako uvádza Cinglová (2002; s.118), pohybová aktivita vykonávaná v dĺžke 30 minút slúži k správnej funkcii obehového systému. V našom výskumnom riešení bola možnosť „do 30 minút“. Museli by sme zistiť koľko respondentov, ktorí odpovedali touto možnosťou reálne spĺňa kritérium a či ju vykonávajú 5 krát za týždeň. Podobná situácia bola u respondentov, ktorí sa venovali pohybovej aktivite 1–2 hodiny. Ďalej sme zisťovali, či sa jej venovali 3-krát do týždňa. Mužov vykonávajúcich vytrvalostnú pohybovú aktivitu vo veku 65 až 75 rokov bolo 40, t.j. 25,48 %, žien v tom istom veku bolo 71, t.j. 45,22 %. Rýchlostnej pohybovej aktivite sa venovalo len 9 mužov, t.j. 5,73 % vo veku 63 až 70 rokov a žien bolo 19, t.j. 12,10 %. Silovej pohybovej aktivite sa venovalo 6 mužov, t.j. 3,82 % a žien bolo 12, t.j. 7,64 %. Najviac respondentov sa venovalo vytrvalostnej pohybovej aktivite. Je to najvhodnejšia pohybová aktivita pre seniorov. Podľa Kopřivovej a kol. (a) (2002; s. 5) a jej formulovaných zásad odporúča zvoliť dynamickú záťaž vytrvalostnej povahy.

Posledným vzťahom, ktorým sme sa v druhej hypotéze zaoberali, bol druh pohybovej aktivity a bydlisko. Vytrvalostnej pohybovej aktivite sa na dedine venovalo 56 respondentov, t.j. 35,67 %, v meste ich bolo takmer rovnaký počet, 55, t.j.35,03 %. Rýchlostnej pohybovej aktivite sa na dedine aj v meste

venovalo 14 respondentov, t.j. 8,92 %. Silovej pohybovej aktivite sa na dedine venovalo 7 respondentov, t.j. 4,46 %. A v meste ich bolo 11, t.j. 7,01 %.

V tretej hypotéze sme zisťovali, či nami zvolené determinanty (vek pohlavie a bydlisko) ovplyvňujú spôsob vykonávanej pohybovej aktivity. Najskôr sme sa zaoberali vzťahom vek – spôsob vykonávanej pohybovej aktivity. Respondentov, ktorí uviedli, že preferujú vykonávanie pohybovej aktivity sami bolo 107, t.j. 68,15 % vo veku 66 až 75 rokov. Skupinovo sa pohybovej aktivite radšej venovalo 50 respondentov, t.j. 26,74 % vo veku 63 až 72 rokov. Ďalším skúmaným vzťahom bol spôsob pohybovej aktivity a pohlavie. Zistili sme, že 37 mužov, t.j. 23,57 % vykonáva pohybovú aktivitu samo a iba 18 mužov, t.j. 11,45 % sa pohybovej aktivite venovalo v skupine. U 70 žien, t.j. 44,59 % prevládala pohybová aktivita vykonávaná samostatne a u 32 žien, t.j. 20,38 % v skupine. Treťou časťou bola závislosť spôsobu vykonávanej pohybovej aktivity a bydliska. Respondenti bývajúci na dedine preferovali vykonávanú pohybovú aktivitu samostatne v počte 44, t.j. 28,03 % a skupinovo bolo 33 respondentov, t.j. 21,02 %. V meste bola viacej udávaná pohybová aktivita, ktorú vykonávali samostatne 63 respondentmi, t.j. 40,13 % a v skupine ju vykonávalo iba 17 respondentov, t.j. 10,83 % žijúcich v meste. Myslíme si, že skupinovo vykonávaná pohybová aktivita u respondentov žijúcich na dedine je ovplyvnená väčším počtom priateľstiev a spoločných záujmov. Mesto síce ponúka viacero možností pohybových aktivít, ale ľudia sa medzi sebou menej poznajú, rozprávajú a preto možno vykonávajú pohybovú aktivitu sami.

Cieľom príspevku bolo poukázať na vedomosti seniorov o pohybe, pohybových aktivitách a v akej miere dokážu ovplyvniť demografické determinanty a aktívne vykonávanie pohybových aktivít vhodných pre seniorov. O starnutí a o senioroch sa veľa píše, polemizuje, vedú sa debaty, vydávajú sa odborné články a publikácie o senioroch, ale je veľmi nízke povedomie o ich živote a existencii v dnešnej uponáhľanej dobe. Bolo by veľmi dobré organizovať či už v zariadeniach sociálnych služieb, v jednote dôchodcov, v mestách a na dedinách prednášky so zameraním na aktívne využitie voľného času. Edukovať seniorov o správnych a vhodných športových aktivitách vzťahujúcich sa k ich veku a v neposlednej miere treba prihliadať aj na finančnú náročnosť ktorá je pre seniorov pri využívaní športovísk.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- CINGLOVÁ, L., 2002. *Vybrané kapitoly z tělovýchovného lékařství pro studenty FTVS*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002, 199 s. ISBN 80-246-0492-2.
- DERŇÁROVÁ, E. a kol. 2009. *Komplexné posúdenie zdravotného stavu a funkčných schopností seniora (Comprehensive Geriatric Assessment)*. In: NÉMETH, F. a kol. 2009. *Geriatría a geriatrické ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta, 2009. 194 s. ISBN 978-808063-314-1.
- HERCHL, J. 1999. *Prichádza tretí vek*. Banská Bystrica: DÚ BB.
- HVOZDÍKOVÁ, V. 2008. *Finančná, demografická, potravinová a environmentálna kríza*. Bratislava: REPRO-PRINT, 2008. ISBN 978-80-7144-170-0.
- KALVACH, Z. a kol. 2004. *Geriatría a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
- KOMAČEKOVÁ, D., 2010. *Vliv sestry na proces stárnutí*. Sestra. Praha: Mladá fronta. ISSN 1210-0404. 2010, roč. 20, č.6. s. 66-67.
- KOPŘIVOVÁ, J. – GMELA, R. – JADVIDŽÁK, I., 2001. *Cvičení pro zlepšení fyzického, ale i psychického stavu seniorů*. Brno: Propag, 2001, 23 s.
- KOPŘIVOVÁ, J. – GMELA, R. – JADVIDŽÁK, I., 2002 (a) *Cvičení pro zlepšení fyzického, ale i psychického stavu seniorů II*. Brno: Propag, 2002, 23 s.
- KUDLIČKA, J., 2009. *Štatistické metódy*. In ŽIAKOVÁ, K. et al. 2009. *Ošetrovatel'stvo: teória a vedecký výskum*. 2. Vyd. Martin: Osveta, 2009. S. 229-241. ISBN 80-8063-304-2.
- LITOMERICKÝ, Š. 1992. *Geriatría*. Martin: Neografia, 1992. ISBN 80-217-0499-3.
- MALOVIČ, P. 2015. *Ako si udržať mladosť*. Bratislava: Haxx, 2015. 336s. ISBN 978-80-972107-0-0.
- MATOUŠ, M. 2004. *Rekondiční programy u geriatrických pacientů a seniorů*. In: KALVACH, Z. a kol. 2004. *Geriatría a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
- NÉMETH, F. a kol. 2009. *Geriatría a geriatrické ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta, 2009. 194 s. ISBN 978-80-8063-314-1.
- PAVLÍK, Z. et al. 2009. *Demografie (nejen) pro demografy*. Praha: SLON, 2009, 241 s. ISBN 978-80-7419-012-4.

- POLEDNÍKOVÁ, L. a kol. 2006. *Geriatrické a gerontologické ošetrovatelstvo*. Martin: Osveta, 2006. 216 s. ISBN 80-8063-208-1.
- RYCHTAŘÍKOVÁ, J. 2002. Úspěšné stárnutí – leitmotiv 21 století. In *Demografie*, 44, 2002, č. 1, 43-46.
- SOLLÁR, T. – RITOMSKÝ, A., 2002. *Aplikácia štatistiky v sociálnom výskume*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa. 2002. 155s. ISBN 80-8050-508-2.
- ŠULC, K. 2009. Vývoj organismu a jeho poruchy. In: NEČAS, E. a kol. 2009. *Obecná patologická fyziologie*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2009. 377 s. ISBN 978-80-246-16889.
- TOPINKOVÁ, E. 2005. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.
- TOPINKOVÁ, E. – NEUWIRTH, J., 1995. *Geriatric pro praktického lékaře*. 1. vyd. Praha: Grada, 1995, 304 s., ISBN 80-7169-099-6.
- WEBER, P. a kol. 2000. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*. 1. vyd. Brno: Institut pro vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2000. 151 s. ISBN 80-7013-314-7.
- ZAVÁZALOVÁ, H. – ZAREMBA, K. – ZIKMUNDOVÁ. 2004. Nemocnost, potřeba a spotřeba zdravotní péče u osob vyššího věku. In: Kalvach, Z., Z. Zadák, R. Jiráček, H. Zavázalová, P. Sucharda a kol.: *Geriatric a Gerontologie*. 1. vyd. Praha. Grada Publishing, 2004, s. 129 – 138.

**VNÍMÁNÍ POMOCI A DOSTUPNOSTI ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB
U OSAMĚLE ŽIJÍCÍCH SENIORŮ
PERCEPTION OF HELP AND AVAILABILITY OF HEALTHCARE SERVICES
IN LONELY ELDERLY PEOPLE**

MASTILIAKOVÁ Dagmar¹, MÍSAŘOVÁ Žaneta²

¹ *Fakulta zdravotnictva, Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne, Slovenská republika*

² *Karvinská hornická nemocnice a.s., Interní oddělení, Česká republika*

ABSTRAKT

Východiska: Osamělí seniori se při zajišťování péče o svou osobu potýkají s obavami, nedůvěrou, nerozhodností, často nevstřícností zdravotníků a neochotou svých příbuzných. Nedostupnost adekvátní pomoci a péče zhoršuje kvalitu jejich života. Pociťují osamělost, trpí depresemi a myšlenkami na smrt. Problematika zlepšování péče a pomoci seniorům podle individuálních potřeb vyžaduje zvýšenou pozornost laické i odborné veřejnosti.

Soubor a metoda: Výzkumný vzorek tvořilo 11 seniorů (9 žen a 2 muži, ve věku 67–95 let) osaměle žijících v Karvině a okolí. Údaje o jejich vnímání pomoci a dostupnosti zdravotnických služeb byly zjišťovány pomocí individuálního rozhovoru „face to face“, s pořízením audiozáznamu, jeho přepsáním do textové podoby, barevným okódováním, analýzou a vyhodnocením. Struktura údajů zahrnovala pět hlavních okruhů: fyzické zdraví; soběstačnost; ekonomickou situaci; sociální situaci; zdravotnické služby/preventivní prohlídky. Soběstačnost respondentů byla posuzována podle Lawtonovy/Brodyho škály. Výzkum proběhl v listopadu 2015.

Výsledky: Všechny 11 respondentů trpělo polymorbiditou. 8 respondentů udávalo pády a zranění důsledkem pádů. Plně soběstačných bylo 7 respondentů. 3 respondenti uváděli nedostatečnou výši důchodu pro život. 4 respondenti uvedli horší vztahy s rodinou. Všem 11 respondentům na požádání nejvíce pomáhali rodinní příslušníci nebo pečovatelské služby. 7 respondentů uvedlo prožívání pocitu osamělosti. Preventivní prohlídky: 5 respondentů nepodstoupilo test na okultní krvácení. 4 respondenti nechodili k zubaři. 8 respondentů nebylo očkováno proti chřipce. 7 respondentek nechodilo na pravidelné gynekologické prohlídky a mamograf. 7 respondentů nebylo spokojeno s dostupností odborné péče.

Závěr: Zjištěné výsledky prokázaly současnou neuspokojivou situaci na mikrosociální úrovni při zajišťování individuální pomoci a dostupnosti zdravotní péče u osaměle žijících seniorů. Získané údaje zároveň potvrdily i dosavadní celospolečenský dluh seniorům, a to je absence antidiskriminačního zákona, jehož projednání je v poslanecké sněmovně České republiky opakovaně odkládáno.

Klíčová slova: Osamělý senior. Pomoc seniorům. Dostupnost zdravotnických služeb pro seniory.

ABSTRACT

Background: The lonely seniors face the fears, mistrust, indecisiveness, often the inconvenience of healthcare professionals and the reluctance of their relatives to care for their person. The lack of adequate assistance and care impacts the quality of their lives. They feel lonely, suffer from depression and thoughts of

death. The issue of improving care and helping seniors according to their individual needs requires increased attention of the lay and professional public.

Methodology and sample: The research sample consisted of 11 seniors (9 women and 2 males, aged 67-95) living alone in Karvina and the surrounding area. Data on their perception of help and the availability of health services were identified through an individual face-to-face interview, audio recording, text rewriting, color coding, analysis and evaluation. The structure of the data included five main headings: physical health; Self-sufficiency; Economic situation; Social situation; Medical services / preventive inspections. The self-sufficiency of respondents was judged by the Lawton / Brody scale. The survey was conducted in November 2015.

Results: All 11 respondents suffered from polymorbidity. 8 respondents reported falls and injuries as a result of falls. Only 7 respondents were fully self-sufficient. 3 respondents reported insufficient retirement for life. 4 respondents reported worse relationships with family. All 11 respondents were mostly helped by family members or carers on request. 7 respondents reported a feeling of loneliness. Preventive examinations: 5 respondents did not undergo occult bleeding. 4 respondents did not go to the dentist. 8 respondents were not vaccinated against influenza. 7 respondents did not go to regular gynecological examinations and mammography. 7 respondents were not satisfied with the availability of professional care.

Conclusion: The findings have shown the current unsatisfactory micro-social situation in providing individual assistance and access to health care for single-elderly seniors. The data obtained at the same time confirmed the existing social debt to seniors, namely the absence of anti-discrimination law, which has been repeatedly postponed in the Chamber of Deputies of the Czech Republic.

Key words: Lonely senior. Helping seniors. Availability of health services for the elderly.

ÚVOD

Stárnutí populace postihuje v současnosti všechny vyspělé země a stává se tak jednou z nejdiskutovanějších společenských otázek. Očekává se, že nárůst podílu lidí ve věku nad 70 let, resp. 80 let, bude mít závažné důsledky pro společnost. Zlepšování zdravotního stavu seniorů díky moderní léčbě a technologiím bude provázet posun výskytu chronických nemocí do vyššího věku a zvyšování

počtu nejstarších osob tak nutně povede ke zvyšování nákladů na sociální a zdravotní péči (Kučera, 2002).

U pojmu stárnutí populace se zpravidla rozlišují dvě roviny: *makrosociální* úroveň, kdy jsou otázky s ním spojené řešeny na celospolečenské úrovni, a úroveň *mikrosociální*, ta představuje rovinu individuálních životních osudů. Zde je třeba mít na paměti, že seniory nelze považovat za homogenní kategorii, ale je třeba k nim přistupovat jako ke skupině osob lišících se z mnoha hledisek, ke kterým lze řadit dosavadní životní osudy a zkušenosti, životní podmínky, sociální postavení, rodinné struktury a vazby, vzdělání, ekonomickou situaci, zdravotní stav apod. Se stálým prodlužováním délky života začíná v kategorii *seniorů* vedle sebe žít více věkových skupin s podstatně odlišnými životními zážitky a zkušenostmi, proto i věk patří mezi hlediska, která starší lidi jako celek podstatně diferencují (Rabušic, 1995). Neposledním, velmi podstatným kritériem, které populaci seniorů výrazně odlišuje, je pak pohlaví. Ekonomické důsledky stárnutí populace se rovněž projevují v oblasti financování zdravotní péče, lidé ve vyšším věku potřebují v průměru zdravotní péči častěji a ve větším rozsahu než lidé mladší. Nižší finanční příjem seniorů jim nemusí stačit na pokrytí nákladů, a to zejména u žen, které zpravidla mívají menší příjem než muži (Berman et al., 2014). Ve stáří je také velmi důležitá opora a společnost partnera. Odchod partnera je spojen s pocity osamělosti a ztráty. Ne všichni senioři jsou schopni se s tím vyrovnat, záleží na množství jiných kontaktů, přátel a hlavně na rodině. Dobré vztahy s rodinou bývají pro seniory prioritou. I přes osamělost ovšem většina lpí na vlastním bydlení a změna bydliště je pro ně velkou zátěží. Při ztrátě soběstačnosti jsou však nuceni opustit známé prostředí a přestěhovat se k rodině, popř. do domova pro seniory, kde je jim péče zajištěna (Berman et al., 2014). Potřeba sociálního kontaktu je u seniorů velmi důležitá. Jde především o kontakt s rodinou, příbuznými a přáteli, se kterými mohou probírat své problémy i radosti. Zároveň jim to posiluje pocit jistoty a bezpečí, jenž je pro seniory s přibývajícím věkem velmi důležitý. Bohužel s přibývajícím věkem však těchto kontaktů ubývá a senioři se často cítí osaměle (Hauke, 2014). Kvalitní péče o seniory by proto měla naplňovat všeobecně akceptovaný požadavek, co nejdélšího setrvání v přirozeném prostředí, který je pozitivním psychosociálním i ekonomickým faktorem v péči. Uspokojení životních potřeb

seniorů se sníženou soběstačností v jejich domácím prostředí je možné zabezpečit i nově vznikajícími sociálními a zdravotními službami. V zásadě jde o rozhodnutí, zda zabezpečit potřebnou péči rodinnými příslušníky nebo ji zkombinovat s dostupnými službami (Barvíková, 2005).

Východiska řešené problematiky

Dostupnost zdravotní péče je jedním z důležitých cílů zdravotní politiky. *Nikdo by neměl být opomenut, ani ten nejchudší nebo ten, kdo bydlí daleko. Jestliže by Základní zdravotní péče nemohla být poskytována všem, přednost by měli mít ti nejpotřebnější. Základem by měla být populace žijící v daném územním celku (Zdraví 21, 2004).* Občanům je nezbytné zajistit ekonomickou dostupnost zdravotní péče, aby si mohli finančně dovolit navštívit lékaře, když jej potřebují. Rovněž je žádoucí zabývat se geografickou dostupností zdravotní péče, aby občané mohli navštívit zdravotnické zařízení na dobře dostupném místě a nemuseli neúměrně dlouho čekat na její poskytnutí. Moderní společnost by neměla zavírat oči ani před možnou diskriminací některých vrstev či skupin obyvatelstva v přístupu ke zdravotní péči, a měla by dbát na sociální dostupnost zdravotní péče (Szalay, 2009). Stávající právní řád České republiky neobsahuje komplexní řešení otázky zajištění dostupnosti zdravotní péče. Zdravotní pojišťovny sice mají povinnost přijmout každého pojištěnce, který se k nim přihlásí, ale výslovný zákaz diskriminace v oblasti veřejného zdravotního pojištění absentuje, stejně jako v oblasti poskytování zdravotní péče samotné. Situaci by významně zlepšilo přijetí tzv. *antidiskriminačního zákona*, který má být opakovaně projednáván v Poslanecké sněmovně Parlamentu České republiky, a který postihuje diskriminaci ve věcech přístupu ke zdravotní péči a jejího poskytování z důvodu rasy, etnického původu, národnosti, pohlaví, sexuální orientace, věku, zdravotního postižení, náboženského vyznání, víry či světového názoru (Ivanova, 2003). Pojem kvalita péče obsahuje určité prvky vycházející z principu kvality života seniorů obecně: *spokojenost klienta, reakce na jeho potřeby, vysoká odborná úroveň péče, finanční dostupnost, bezpečí, celková dostupnost péče a kontinuita péče.* Geografická a ekonomická dostupnost péče je zajištěna státem, ovšem psychosociální dostupnost péče charakterizuje vztah klienta ke zdravotnickým službám a ten je dán především důvěrou ve zdravotnické služby, zájmem o vlastní zdraví, hodnotou redukce

hrozby nemoci a ochotou spolupracovat (Ivanová, 2003). Dostupnost zdravotnických služeb často závisí i na osobnosti seniora. Senior s konstruktivním postojem se dokáže dobře adaptovat, závislý senior je ve zdravotní péči dosti častým jevem a jeho hlavním důvodem bývá právě osamělost. Pro zdravotníky při poskytování péče je problematický obranný, nepřátelský a sebenenávistný postoj seniora, často spojený s osamělostí, depresemi a myšlenkami na smrt (Příbyl, 2015). Dlouhodobá péče podle OECD představuje *průřezové* politické téma, které spojuje řadu služeb pro osoby, které dlouhodobě potřebují pomoc se základními životními potřebami. Prvky dlouhodobé péče zahrnují rehabilitaci, základní zdravotnické služby, domácí ošetřování, sociální péči, bydlení a služby jako přeprava, stravování, zaměstnanecké a zplnomocňující aktivity a také pomoc s denními životními aktivitami jako je příprava jídla, nákup potravin a věcí osobní potřeby, lehké domácí práce, užívání telefonu, atd. Seniori se při rozhodování, jak vyřešit péči o svou osobu ve stáří často potýkají nejen s vlastními obavami a nerozhodností, ale někdy také s nepřítelným postojem k profesionální pečovatelské službě ze strany jejich příbuzných a blízkých, na jejichž pomoci a podpoře jsou závislí. Naše výzkumné šetření u několika osaměle žijících seniorů se zaměřilo na jejich vnímání pomoci a dostupnosti zdravotnických služeb.

CÍLE

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zmapovat vnímání pomoci a dostupnosti zdravotnických služeb u osaměle žijících seniorů. Dílčí cíle byly zaměřeny na zjištění:

- jak tito seniori vnímají vztahy s rodinou,
- kdo jim konkrétně zabezpečuje pomoc,
- zda pociťují osamělost,
- zda podstupují pravidelné preventivní prohlídky stanovené zákonem,
- zda jsou spokojeni s dostupností odborné péče.

METODA A SOUBOR

K získání údajů pro naplnění cílů výzkumu byla zvolena metoda individuálního polostrukturovaného rozhovoru. Obsah rozhovoru s připravenými otázkami tvořilo vedle identifikačních údajů pět hlavních okruhů: I. Fyzické zdraví. II. Soběstačnost. III. Ekonomická situace. IV. Sociální situace. V. Zdravotnické služby/preventivní prohlídky.

Výzkumný vzorek tvořilo 11 seniorů (9 žen a 2 muži) osaměle žijících v Karviné a okolí, kteří splňovali kritéria výběru: věk nad 65 let; samostatné bydlení bez přítomnosti partnera či rodiny; a nebyli aktuálně klienty domácí péče (viz tabulka č. 1). Respondenti byli vytipováni ve spolupráci s dvěma praktickými lékaři z okolí Karviné a s vedoucí Sociálních služeb v Karviné. Výzkum proběhl v listopadu 2015.

Z rozhovoru *face to face* byl pořízen audiogram, jenž byl následně přepsán do textové podoby, barevně kódován, analyzován a vyhodnocen. Soběstačnost respondentů byla posouzena podle Lawtonovy/Brodyho škály instrumentálních denních činností na předem připraveném formuláři. Osm rozhovorů bylo uskutečněno bez přítomnosti dalších osob, u jedné respondentky byla přítomna vnučka, u dvou respondentek v ubytovně pro sociálně slabé byl přítomen sociální pracovník.

VÝSLEDKY

Jsou rozděleny podle pěti hlavních výzkumných okruhů: I. Fyzické zdraví. II. Soběstačnost. III. Ekonomická situace. IV. Sociální situace. V. Zdravotnické služby/preventivní prohlídky.

I. FYZICKÉ ZDRAVÍ

R1 – léčí se s hypertenzí, udává bolesti páteře a obou kolen, největší potíže jí způsobují závratě, je po operaci šedého zákalu, trpí obstrukcí a inkontinencí moči, *často padá, 2x utrpěla zlomeninu ramene následkem pádu.*

R2 – je po infarktu myokardu, léčí se štítnou žlázou, s astma bronchiální, s artrózou, s glaukomem, udává dlouhodobé bolesti páteře, kloubů, udává polylypy na tlustém střevě, alergii na léky, nedoslýchavost na pravé ucho, *časté pády se zraněním*, k chůzi používá dvě francouzské berle.

R3 – je diabetička na inzulínu, léčí se s hypertenzí a astma bronchiální, je po operaci šedého zákalu obou očí, udává časté nachlazení, alergii na PNC, nespavost, nyní má největší problémy s chůzí *po zlomenině PDK následkem pádu*, chodí s oporou dvou francouzských berlí.

R4 – má kardiostimulátor, léčí se s hypertenzí, artrózou obou kolen, polyneuropatií a glaukomem. *je po zlomenině krčku následkem pádu* a po výměně kyčelního kloubu, chodí s hůlkou.

R5 – léčí se s hypertenzí, občas ji bolí záda.

R6 – je po infarktu, léčí se s onemocněním plic a dýchacích cest (pneumokoniózou), s artrózou ko-

Tabulka 1 Demografické údaje respondentů

R	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Rodinný stav	Bydlení
1.	Žena	75	základní	vdova; 2 roky	byt s pečovatelskou službou; 2+kk; vesnice
2.	Žena	79	vyučena	vdova; 14 let	byt s pečovatelskou službou; 2+kk; vesnice
3.	Žena	80	vyučena	vdaná; bez manžela žije 17 let	byt s pečovatelskou službou; 2+1; vesnice
4.	Žena	80	středoškolské	vdova; 2 roky	byt; 2+1; město
5.	Žena	84	středoškolské	vdova; 28 let	byt; 2+1; město
6.	Muž	67	vyučen	vdovec; 6 let	byt; 2+1; město
7.	Muž	95	vyučen	vdovec; 3 roky	byt s pečovatelskou službou; 2+1; vesnice
8.	Žena	74	základní	vdova; 19 let	ubytovna pro sociálně slabé; 1 pokoj + společná sprcha, wc a kuchyň; město
9.	Žena	79	vyučena	rozvedená; 22 let	ubytovna pro sociálně slabé; 1 pokoj + společná sprcha, wc a kuchyň; město
10.	Žena	73	středoškolské	vdova; 16 let	byt; 3+1; město
11.	Žena	80	základní	vdova; 23 let	byt s pečovatelskou službou; 1+kk; město

len, se zvětšenou prostatou, udává alergii na kiwi, nejvíce ho trápí bolesti obou DK, chodí s hůlkou.

R7 – léčí se pro zhoubný nádor očního víčka (plastika očního víčka), trpí onemocněním dýchacích cest, neslyší na pravé ucho, trpí nechutenstvím (vůbec nemůže jíst maso), trpí inkontinencí moče, největším problémem jsou nyní závratě, pořád by jen spal, minimálně chodí o hůlce.

R8 – je po infarktu myokardu, léčí se s diabetem mellitem, největší problémy má s chůzí (bývá dušná), *bojí se pádů*, nemůže chodit daleko, chodí minimálně s hůlkou.

R9 – léčí se s artrózou, s ICHS, s glaukomem, nyní ji nejvíce obtěžuje neustále slzící oko, chodí s francouzskou berlí, *často padá*.

R10 – léčí se s hypertenzí, s ICHS, se štítnou žlázou, je po hemoragické CMP, byla 3 měsíce v kómatu, největší problém má nyní s chůzí a s řečí, chodí pouze v doprovodu jiné osoby.

R11 – léčí se s hypertenzí, s Parkinsonovou chorobou, s artrózou, udává bolest kolenních kloubů na obou DK, velmi jí obtěžuje dušnost při chůzi, slzí jí oči, má šedý zákal, po bytě chodí o jedné francouzské berlí, na procházky nechodí (bojí se lidí, protože byla přepadena a okradena), *často padá*, mívá závratě, po pádu byla jednou i v bezvědomí, pomocná a pozvracená, udává problémy se spánkem.

II. SOBĚSTAČNOST

Plně soběstačných (kód 0) bylo 7 respondentů; lehce závislá (kód 1) byla 1 respondentka; středně závislá (kód 2) byli dva respondenti; těžce závislá (kód 3) byla 1 respondentka (viz tabulka č. 2).

III. EKONOMICKÁ SITUACE

Při hodnocení ekonomické situace respondentů (viz tabulka č. 3) byly získány údaje: v kolika letech odešli do důchodu; zda ještě byli nuceni pracovat při důchodu; zda jim jejich důchod stačí k pokrytí nákladů domácnosti; a orientační finanční náklady na zabezpečení zdraví za měsíc.

IV. SOCIÁLNÍ SITUACE

Výběr z autentických odpovědi respondentů v tomto okruhu byl rozdělen do tří kategorií:

- vztahy s rodinou,
- zabezpečení pomoci,
- osamělost.

1. Vztahy s rodinou

R1 – *nejsou ideální*, nikdo nemá čas (dcera se za mnou staví tak co druhý den, když jde z práce, vnuk se občas zastaví, syn jezdí s tirákem, takže nemá vůbec čas).

R2 – celá rodina za mnou přijde tak 2x za týden.

R3 – mám perfektní vztahy, dcera přichází obden, nakupuje mi a vaří.

R4 – máme dobré, dcera tu přichází co druhý den, telefonujeme si pořád, ale s vnukama se přes telefon nemáme o čem bavit.

R5 – máme výborné, dvě dcery s dvěma vnučkami přicházejí jednou týdně, s dalšími dvěma vnučkami se vídám co druhý měsíc, nejsou tady blízko.

R6 – *se synem mám potíže*, oddaluje se ode mě, dokud jsem dával peníze bylo dobře, teď už tu nebyl půl roku, se snachou nemluvim, častěji za mnou přijede neter než syn.

Tabulka 2 Hodnocení soběstačnosti respondentů podle Lawtonovy/Brodyho škály instrumentálních denních činností

R/pohlaví	1/ž.	2/ž.	3/ž.	4/ž.	5/ž.	6/m.	7/m.	8/ž.	9/ž.	10/ž.	11/ž.
Body LBS	7	7	3	7	7	8	3	2	7	6	7
Kód (soběstačnosti)	0	0	2	0	0	0	2	3	0	1	0

Tabulka 3 Ekonomická situace respondentů

R/pohlaví	Věk odchodu do důchodu	Práce při důchodu	Důchod	Náklady na zdraví za měsíc
1/ž	54	Ne	dostatečný	pod 500 Kč
2/ž	57	Ne	nedostatečný finanční rezervy	pod 500 Kč
3/ž	47 plný invalidní důchod	Ne	nedostatečný pomoc rodiny	nad 500 Kč
4/ž	56	Ne	dostatečný	nad 500 Kč
5/ž	54	Ano z ekonomických důvodů	dostatečný	pod 500 Kč
6/m	41 plný invalidní důchod	Ne	dostatečný	pod 500 Kč
7/m	60	Ano z ekonomických důvodů	dostatečný pomoc rodiny	pod 500 Kč
8/ž	47	Ne	dostatečný	nad 1000 Kč
9/ž	55	Ano	dostatečný finanční rezervy	nad 1000 Kč
10/ž	59	Ano	nedostatečný finanční rezervy	nad 500 Kč
11/ž	55	Ne	dostatečný finanční rezervy	nad 500 Kč

R7 – vnuci za mnou přijedou, když je zavolám, volal jsem manželovi od vnučky, tak čekám, že přijde.

R8 – *nemám dobré, s dcerou nemluví (pláč)*, co jsem od nich odešla, tak bylo pořád jen peníze, peníze!!! Vnučka přijde i s manželem, ale syn ne, ten tu byl asi jen jednou, dvakrát.

R9 – velmi dobré, ale kdyby nebyli, tak to by pak bylo zle, mám je všechny na telefonu v paměti, jenom zmáčknu tlačítko a už jsou tu, rodina chodí třikrát za týden, takže jsem furt s něma, furt ve styku... to mi závidí vedle ta paní...

R10 – dcera, co bydlí kousek odtud přichází každý den, v sobotu a v neděli k nim chodím na oběd, druhá dcera je v Praze, ta přijde jednou za měsíc.

R11 – *stydím se za snachu mladšího syna...* moje snacha za mnou letos byla pouze jednou ..., my jsme se nepohádaly..., jednou mi dala najevo, že se o mě starat nebude... druhý syn za mnou chodí pravidelně, každý týden, i dvakrát za týden... ten se více o mě stará.

2. Zabezpečení pomoci

R1 – mohu zavolat zeťovi nebo vnukovi a zajdeme na větší nákup, a také se přijdou zeptat pečovatelky jestli něco nepotřebuji.

R2 – *ráno přijde pečovatelka a zeptá se, co a jak, když potřebuju nákup, ona tam zajde a já ji to musím zaplatit, za rohlík deset korun...*, teď tu je jedna paní, co mě vozí každý týden, jde na nákup do Kauflandu a tak mě vezme sebou.

R3 – nejvíc tady chodí pečovatelky, když jsem doma..., *dcera mi vaří, někdy i pečovatelky, dcera mi pere i pečovatelky, ale těm to musím platit.*

R4 – jsou tu nějaké služby, ale ještě jsem o nic nežádala, stačím si udělat nákup v kaufu, protože jezdím taxi službou nebo mi donese nákup dcera, jinak si všechno dělám sama, nestačím jen na okna, tak to mi s tím pomůže dcera.

R5 – zatím pomoc nepotřebuji, dcera mi zařídila průkazku na ten taxi pro seniory, tak to využívám, ale jinak nikoho nepotřebuji.

R6 – pomáhají mi sestra, bratr, neteř co mohou, běžně si uklízím sám, sem tam mě pozvou na oběd, neteř mi chodí pro léky.

R7 – pomáhá mi i rodina, donesou mi co je třeba, přinesou mi i jídlo, dcera mi vypere lepší košile, jinak mi perou pečovatelky, co můžu, tak si dělám sám a co nemůžu, tak mi ty horší věci udělají pečovatelky.

R8 – využívám i pečovatelskou službu, nosí mi obědy, sama si ale pozametám, a jak potřebuji vysavač, tak ho mladí donesou a pouklízejí mi byt.

R9 – pomáhají mi děti, a jinak udělám vše na co stačím, *pečovatelku nechci*, děti mi perou, nakupují, vařím si sama, sem tam dětem vynadám, jak neposlouchají (smích).

R10 – pomáhá mi dcera a pečovatelka, která mi jen vytírá podlahu, snažím se všechno dělat sama, co nezvládnou, pomůže mi dcera.

R11 – nejvíce mi pomáhá od kamarádky dcera, nakoupí mi maso a takové větší nákupy a udělá vše co potřebuji, i okna mi vyčistí.

3. Osamělost

R1 – *cítím se sama*, když je mi smutno po dědovi, mám tu jednu fotku, v obýváku mám druhou, podle nálady, nebo když mě něco zabolí.

R2 – ne, necítím se osaměle, v televizi mám šedesát osm programů i německé, nebo mohu jít za jednou paní, venku můžeme posedět na lavičce a povykládat, nemám dlouhou chvíli, pořád mám co dělat.

R3 – ne, necítím se sama, rozhodně ne, čtu hlavně knihy, to, co já jsem přečetla v životě, to snad nikdo, zajímám se o všechno, jen ty zprávy už mě moc nebaví, připadá mi to jako samá lež.

R4 – *mívám často pocit osamělosti* a zaháním to, naučila jsme se žít sama a celý den mluvím, pořád mluvím, jako by tu někdo byl, když někdy pomyslím že se rodiny scházejí a baví se, tak to musím okamžitě něčím zahnat, buď si sednu ke klavíru, nebo se snažím na to vůbec nemyslet.

R5 – *tyto pocity znám a jsou to pro mne velmi chmurné dny*, prožila jsem ztrátu dítěte a ztrátu manžela, takže někdy na mě ta tíseň dolehne, i když je to hodně dávno, ale mám dcery a vnoučata, to je takový balzám na mou duši.

R6 – necítím se osaměle, chodím na házenou, kde dělám pořadatele, sem tam si zajdu na fotbal, takže na těch sportovištích jsem pořád mezi lidmi.

R7 – *letos se mi vše zhroutilo*, měli jsme dva pohřby v rodině, nejdříve zeť a potom vnuk, zeť mě opatroval, všude mě vozil a měl mě pod dohledem, tak umřel a do tří měsíců zas vnuk, strašně mě to

vzalo, a jsem pořád neklidný, chodím od ničeho k ničemu, od okna do okna a do postele.

R8 – *cítím se osaměle* a je mi to velmi líto, mám dvě děti, nikomu jsem neublížila, a oni za mnou nepřijdou, asi si myslí, že „babina“ je ještě tu a je vpořádku (pláč).

R9 – ne, necítím se osaměle, čtu a vyřáším do ulic, mám tu veselo na ubytovně, pořád něco oslavujeme, jsem pořád aktivní.

R10 – *cítím osaměle*, když si vzpomenu na všechno to, co jsem prožila, hodně čtu, luštím křížovky, sleduji různé programy v televizi.

R11 – *nejvíce pociťuji osamělost večer*, dopoledne mám sebeobslužné aktivity a nemám na to čas ani myšlenky, ale večer si musím zakřičet, prožila jsem hodně smutných věcí, jinak ráda čtu knihy, abych změnila své myšlenky, luštím křížovky a dívám se na své oblíbené pořady v televizi.

V. ZDRAVOTNICKÉ SLUŽBY / PREVENTIVNÍ PROHLÍDKY

Výběr z autentických odpovědi respondentů v tomto okruhu byl rozdělen do pěti kategorií:

- Všeobecný lékař/prevence.
- Test na okulní krvácení.
- Očkování proti chřipce.
- Zubní vyšetření.
- Gynekologie/mamograf.
- Dostupnost péče u odborných lékařů.

1. Všeobecný lékař/prevence

R1 – chodím si tam změřit mi tlak, jenže on mi nikdy neřekne, jaký mám tlak.

R2 – jdu tam jen tehdy, když mi něco je, musím jet autobusem a to pro mě není moc pohodlné, špatně se mi chodí.

R3 – už jsem u něj dlouho nebyla, ale vždycky mě tam někdo vzal, autobusem už to sama nezvládnou, ani nevím jestli nějaké prohlídky vůbec dělá, když k němu zajdete, tak vám napíše léky a „vystrká“ vás.

R4 – preventivní prohlídka u všeobecného lékaře? Fakt, to mi nic neříká.

R5 – myslíte celkovou prohlídku? Na té jsem byla loni, změřili mi tlak, odevzdala jsem moč, odebrali mi krev, poslali mě na oční, to je asi vše.

R6 – byl jsem tam před dvěma rokama a chystám se tam zajít zase.

R7 – jak tam zajdu, tak mi napíše to, co potřebuju, a konec, chtěl mě poslat na vyšetření do nemoc-

nice, já jsem říkal, že radši ne, bojím se, že tam zůstanu.

R8 – byla jsem tam, ale to už je dávno.

R9 – obvodní doktor je pro mě jenom takový ten papírový doktor, ani mi nezměřil tlak, chodím jen do nemocnice.

R10 – k obvodnímu doktorovi nechodím, nic od něj nepotřebuji.

R11 – k obvodnímu chodím pro tabletky, na prohlídce jsem tam byla v loni. Pro mě je ale těžko tam zajít, nemohu chodit a jsem dušná. Taxikář pro seniory mi vynadal, že si taký kousek nezajdu, že mu to nestojí za to pro mě jezdit, tak jsem mu řekla, jen počkejte, až Vy budete starý a nemocný.

2. Test na okultní krvácení

R1 – ano, bylo provedeno, ale to už je moc dávno, nepamatuji si kdy to bylo.

R2 – *ne*, nebylo provedeno, nevzpomínám si.

R3 – ano, kdysi dávno bylo provedeno.

R4 – ano, bylo provedeno vloni.

R5 – ano, bylo provedeno letos.

R6 – ano, bylo provedeno asi před 2 měsíci.

R7 – *ne*, nebylo provedeno.

R8 – *ne*, ještě nebylo provedeno.

R9 – *ne*, nebylo provedeno.

R10 – ano bylo provedeno.

R11 – *ne*, nikdy nebylo provedeno.

3. Očkování proti chřipce

R1 – ano, jsem očkována každý rok.

R2 – *ne*, očkována proti chřipce být nemůžu, jsem alergická na tu bílkovinu z očkovací látky.

R3 – *ne*, na očkování proti chřipce jsem nebyla, měla bych být pozvána, *ne*?

R4 – ano, proti chřipce jsem očkována.

R5 – *ne*, na očkování proti chřipce nechodím. *Ne*, že bych se bála očkování nebo injekce, ale nevím... Dcera učila na gymnáziu... a její šéf, pan ředitel, se nechával každý rok očkovat, a on byl jeden z prvních, který vždycky tu chřipku dostal.

R6 – *ne*, proti chřipce se nenechávám očkovat, protože pokaždé, co jsem se nechal očkovat, tak jsem chřipku dostal.

R7 – ano, jsem naočkována proti chřipce.

R8 – *ne*, nenechávám se očkovat proti chřipce.

R9 – *ne*, nechávám se očkovat proti chřipce.

R10 – *ne*, nenechávám se očkovat proti chřipce.

R11 – *ne*, očkování proti chřipce nechci, protože jak jsem ještě pracovala, tak jsme to měli povinné

a já jsem dostala chřipku ještě větší, než jsem kdy měla, já v to nevěřím.

4. Zubní vyšetření

R1 – ano, k zubnímu doktorovi chodím každý rok, letos jsem tam byla teď v říjnu.

R2 – ano, k zubnímu chodím pořád, tento rok jsem tam byla myslím v dubnu.

R3 – ano, k zubnímu chodím každý rok, na jaře mě tam vždycky odveze dcera.

R4 – *ne*, u zubního jsem byla naposled asi před čtyřmi roky.

R5 – ano, k zubnímu teď chodím, co půl roku na kontrolu, mám problém se zubními protézami.

R6 – *ne*, u zubního jsem nebyl už dva roky, ale budu muset tam zajít, mám paradentózu, a zuby mi vypadávaly.

R7 – *ne*, k zubnímu nechodím, zuby mám falešné, tak už žádnou kontrolu nepotřebuji.

R8 – *ne*, u zubního doktora jsem už nebyla strašně dlouho, ale už bych to potřebovala. Bojím se, že mi je začne trhat a té bolesti strašně bojím (smích).

R9 – ano, k zubnímu budu muset zase jít, udělali mi zubní protézu a ta mě tlačí, budou mi to muset zbrousit.

R10 – ano, k zubnímu chodím co půl roku, zatím mám zuby dobré.

R11 – ano, až do loňska jsem u zubního 20 let nebyla, nyní mám novou protézu a musím chodit na kontrolu, protože mi skáče.

5. Gynekologie/mamograf

R1 – ano, vloni na podzim jsem byla u ženského lékaře a hned jsem dostala objednávku na mamografii, ať se objedná, jenže oni tam měli dlouhý termín, takže mě objednali až na únor.

R2 – *ne*, na gynekologii nechodím, v mém věku? Proč bych tam měla chodit v 80ti letech, když mi nic není. Naposled jsem tam byla asi před šesti léty, i na mamografii jsem byla asi před šesti léty, nevím proč bych tam měla chodit, když nemám žádné potíže.

R3 – *ne*, na gynekologické vyšetření mě chtěli poslat v nemocnici, ale já to odmítla, nepotřebuji to, nemám žádné potíže, naposled jsem tam byla asi před dvaceti léty. Na mamografii jsem byla asi před třemi nebo čtyřmi léty, ale já jsem tam musela, protože mám prsa po operaci.

R4 – *ne*, na gynekologii nechodím vůbec, tam jsem už dvacet nebo třicet let nebyla, mám tam

strach jít, protože mi vynadá. Na mamografii jsem byla asi tak před třemi roky, ale už si nepamatuji, kdo mě k tomu dohnal, asi to byla dcera.

R5 – ne, na gynekologii jsem už nebyla delší dobu, asi tak pět let, nemám žádné problémy. Na nový rok si vždycky dávám takové předsevzetí, že na to vyšetření půjdu, ale pokud nemám žádné potíže, tak si myslím, že to je v pořádku. Na mamografii jsem ještě nikdy nebyla, prsa si vyšetřuji sama.

R8 – ne, na gynekologii nechodím, nic mě nebolí. Naposled jsem tam byla, když jsem chodila do práce a to už je moc dávno. Na mamografii jsem ještě nebyla.

R9 – ne, na gynekologii nechodím, naposled jsem tam byla si před více než dvaceti léty, myslím si, že jsem nikdy neměla potíže. Možná, že bych tam měla zajít, nebo se hodně mluví o ženské rakovině. Na mamografii jsem byla vloni, když jsem byla v nemocnici, teď jsem objednána na prosinec.

R10 – ano, na gynekologii chodím každý rok. Na mamografii jsem byla vloni a zase půjdu jak mě objednají.

R11 – ne, jít na gynekologické vyšetření jsem byla přinucená před dvěma léty. Předtím jsem tam byla asi před deseti lety, to mě také upozornili, že jsem tam nebyla. Nic mě nebolí, nemám žádné potíže, jsem 80ti letá bába. Na mamografii jsem byla před dvěma léty, a to jsem byla také donucena.

6. Dostupnost péče u odborných lékařů

R1 – nespokojenost: šla jsem k neurologovi s točením hlavy. Měl tam napsané, že neordinuje ten den, tak jsem tam šla na druhý den, a sestřička říká: Ježíš, tady je dneska moc lidí, přijďte ve čtvrtek na 7 hodinu ráno, že mě hned vezme. Přijdu tam a sestra říká, že pan doktor volal, že dneska nepřijde, že jestli bude dobře, tak přijde až v pondělí, asi onemocněl nebo co. Pane Bože, co já teď budu dělat. Rozhodla jsem se, že zajdu na neurologii do nemocnice. Tam se mě ptali: Kde chodíte? Máte něco akutního? Říkám: byla jsem tam, ale doktor tam pořád není, tak jsem si myslela, že bych mohla chodit k vám. Sestra říká: Když tam máte kartu, tak Vás tady nevezme. Nejste akutní, tak vás nevezmem. No tak, co se dá dělat.

R2 – nespokojenost: pořád musím někde chodit k doktorům, mám artrózu, špatně chodím, bolí mě páteř a nohy, moje doktorka zařídila, aby mi domů chodili píchat injekce, abych tam nemusela každý den jezdit autobusem.

R3 – nespokojenost: potřebovala bych, aby mě vozili co 3 měsíce k té diabetičce, protože já chodím o hůlkách a musím jít na taxi. Myslím si, že to není správné. Musím dostat inzulin, teď jsem tam měla jít na kontrolu, jenomže jsem nemohla, dělá mi potíže naučit se chodit po té zlomenině, tak musím jít až někdy příští rok v únoru.

R4 – spokojenost: prozatím nic nepotřebuji, mám kardiostimulátor, na kontrolu jezdím jednou za rok, léčím se u oční, tam chodím jednou za kvartál, a na neurologii mám přijít za rok.

R5 – spokojenost: nemohu si stěžovat, léčím se na vysoký krevní tlak, co tři měsíce chodím pro léky a na kontrolu.

R6 – nespokojenost: chodím co půl roku na kontrolu po infarktu, mám zaprášené plíce, tak to mi vždy přijde pozvánka na oddělení chorob z povolání. Mám také nadváhu a doktorka mi doporučila, abych zhubnul, do poradny jsem chodil tři měsíce, trochu jsem zhubnul, ale pak jsem se postavil na váhu a měl zase kilo navíc, bál jsem se, že mi vynadají, tak jsem tam přestal chodit, nejsem důsledný.

R7 – nespokojenost: operovali mi prostatu a něco špatně udělali, mám s tím teď samé problémy. Po těle se mi začaly objevovat takové malé vyrůstky i na očním víčku. Nechtěl jsem s tím jít hned k lékaři, měl jsem strach, že je to rakovina, a že už nebudu žít. Ale na tom víčku se to stále zvětšovalo, a tak jsem musel na operaci, protože jsem neviděl na jedno oko. Zjistili, že je to zhoubný nádor a udělali mi plastiku očního víčka. Ty vyrůstky se stále objevují a rostou mi teď na ruce a na zádech, já už k doktorům chodit nechci.

R8 – nespokojenost: chodím na kontroly co 3 měsíce po infarktu, ale teď už je to pro mě problém, protože nemůžu nikde daleko chodit o hůlce. Vždy musím požádat vnučku, aby mě tam odvezla autem.

R9 – spokojenost: nemohu si stěžovat, na kontroly k očnímu, kardiologovi, ortopedovi i na internu mě vždy odvezou děti.

R10 – spokojenost: nemám si na co stěžovat, jsem spokojena, chodím na kontroly co půl roku na internu, na endokrinologii se štítnou žlázou a na neurologii.

R11 – nespokojenost: jsem hodně zklamaná, protože když se doktoři, podívají jaký jste ročník, tak už pro ně nic neznamenate. Nejhorší zážitek mám, když jsem před rokem ležela v nemocnici poté, co nám vyhořel dům. Jednou v 7 hodin ráno za mnou přišel pan primář, chytil mě za palec a řekl: Dneska půjdete domů. Zeptala jsem se ho: Pane primáři,

a kde půjdu? Chalupa nám vyhořela, kde mám jít bydlet do garáže nebo na hřbitov? A on řekl: Máte děti, ne? Vy jste už tady třetí měsíc a kdo to bude platit? Zařídte si to, jak chcete, ale půjdete domů. Nedovedete si představit ten hrozný pocit bezmoci v této situaci, bylo mi to strašně líto, manžel mi zemřel, dům je v troskách a já jsem zůstala sama jako bezdomovec. Velmi mě to ranilo, že ten primář se mnou tak bezcitně jednal jako s kusem hadru. Nemohla jsem se nijak bránit a to zklamání ve mně zůstalo. Na kontroly teď chodím s vysokým krevním tlakem, na injekce k ortopedovi, k očnímu a se štítnou žlázou podle objednáni.

DISKUZE

Výsledky našeho šetření potvrdily dosud publikovaná zjištění a zkušenosti osamělých seniorů při zajišťování pomoci a dostupnosti zdravotní péče. Bývají odkázáni na rodinné příslušníky a setkávají se s nevstřícností a nechotou personálu ve zdravotnických zařízeních. Varující je nedodržování pravidelných preventivních prohlídek, na které mají nárok ze zákona. Závažným zjištěním je i častý výskyt pádů se zraněním a pocit osamělosti, což významně ovlivňuje jejich kvalitu života.

Naše aktuální zjištění potvrzují i některé další studie a výzkumné práce v zahraničí a v České republice. Například studie *Kietzman, K. et al. provedené (2012) v USA*, která byla zaměřena na zjištění informací o stavu veřejných a soukromých služeb u seniorů žijících doma. Studie identifikovala jejich nenaplněné potřeby a popsala, jak ovlivňují měnící se potřeby a zdroje seniorů a jejich pečovateli. Metodou face to face rozhovorů (55 respondentů ve věku 65 až 90 let, více než 75 % žen) byly zjišťovány informace o aktuálních potřebách seniorů, zdrojích podpory, jejich bezpečnosti a nezávislosti, vlivu domácího podpůrného systému, aj. Ze studie vyplynulo, že mnoho nízkopříjmových seniorů se zdravotním postižením mají nespokojené fyzické, psychické i sociální potřeby, většina je vysoce závislá na pomoci ostatních. V mnoha případech nejsou služby plným řešením jejich komplexní péče. Touha zůstat doma a žít nezávisle je silná a většina respondentů se vyjádřila, že raději zůstanou doma i za cenu nespokojených potřeb, než aby žili v ústavní péči. Návštěvy poskytovatelů péče mohou zmírnit pocity izolace a osamělosti, i když péče není vysloveně určena pro tento účel. Zaměstnanci pečovatelské služby představují pro

mnoho seniorů jediné společenské vazby v průběhu typického týdne.

Analýza dat z průřezové studie *Health Survey 2008/2009 (soubor 16 369 seniorů starších 65 let) autora Gilmour H. provedená (2012) v Kanadě* byla zaměřena na vztah jejich účastí na společenských aktivitách, osobním pocitu zdraví, osamělosti a životní nespokojenosti. Bylo zjištěno, že většina (3/4) kanadských seniorů vnímá své zdraví jako dobré, velmi dobré či vynikající. Mladší senioři (do 74 let) mají častěji pozitivní pocit zdraví a také se cítí méně osaměle či nespokojeně v životě. Ženy pociťují osamělost častěji než muži. Čím větší porucha zdraví, tím více senioři pociťují osamělost a životní nespokojenost. Společenskou aktivitu (např. rodina, přátelé, církevní činnosti, sportovní, rekreační aktivity) udává 80 % seniorů. Čím více těchto aktivit popisovali, tím více udávali také pozitivní pocit zdraví a méně osamělost a životní nespokojenost. Aktivity s rodinou byly nejčastější. Jako nejběžnější překážku při účasti na těchto aktivitách uváděli zhoršený stav zdraví (33 % mužů a 35 % žen).

Cílem studie *autorů Kristensson, J. et al. (2010) provedené v USA* bylo prozkoumat zkušenosti křehkých seniorů se zdravotní péčí nebo sociálními službami. Informace byly získány metodou otevřených rozhovorů s příjemci zdravotních či sociálních služeb (14 osob, 5 mužů a 9 žen ve věku od 74 do 92 let), kteří byli v akutní fázi péče a nedávno přijali péči od různých poskytovatelů. Výsledky této studie odhalily, že zdravotní ani sociální systém se nejsou schopny dostatečně přizpůsobit situaci křehkých seniorů včetně jejich vztahu s personálem. Tyto souvislosti mají vliv na sebeúctu seniorů a také na jejich pocit, že mají situaci pod kontrolou. Senioři udávali pocity bezmocnosti, ztráty kontroly ve vztahu k péči o své zdraví. Podle nich zdravotnický personál málo komunikoval přímo se seniory. Měli pocit, že jsou „v rukou organizace“ při čekání na rozhodnutí o jejich stavu. Udávali, že chování některých sester v nemocnici se jim jevílo jako nepřijatelné až útočné, kdy seniory obviňovaly z nespokojenosti, nebo z toho, že příliš často používají signální zařízení. Ve vztahu k personálu cítili, že jim byla přidělena slabší role. Také o domácí péči si mysleli, že by měla být více přátelská a personál více zdvořilý. Udávali pocity zklamání z nedostatečných zdravotních a sociálních služeb, které byly vykonávány nevyhovujícím způsobem.

Cílem studie autorů Goll, J. et al (2015) provedené ve Velké Británii bylo zkoumat vztah sociálního začlenění a identity mezi osamělými seniery, kteří žili samostatně v Londýně. Údaje byly zjišťovány pomocí polostrukturovaných rozhovorů (15 osob, 10 žen a 5 mužů ve věku od 62 do 100 let, všichni byli klasifikováni jako osamělí a trpěli nějakou formou postižení nebo nemocí). Senioři hovořili o překážkách sociálního začlenění, která již byla dříve uvedena a potvrzena. Jednalo se o nemoc, invaliditu, ztrátu kontaktu s přáteli a rodinou, nedostatek vhodných příležitostí. Nicméně nově uvedli, že překážkou jsou také oni sami, kdy popsali chování, kterým se bránili sociálnímu kontaktu. Toto chování bylo spojeno zejména s obavami navázat kontakt a se strachem z odmítnutí nebo využívání jinými osobami a obavami o ztrátu identity.

Cílem studie autorů Kirkevold, M. et al. (2013) provedené v Norsku, Austrálii, Velké Británii, bylo prozkoumat způsob života starších lidí, jenž je charakterizován ztrátami a osamělostí, a zjistit souvislost mezi nimi. Údaje byly získány sekundární analýzou kvalitativních dat pomocí rozhovorů (78 starších osob ve věku 65 let a výše, 55 žen a 23 mužů). Asi 50 % účastníků popisovalo sebe jako osamělé. Během rozhovorů věnovali účastníci významnou pozornost jejich ztrátám. Dopad těchto ztrát úzce souvisel s pocitem osamělosti. Analýza odhalila 4 hlavní témata udávající směr a způsob řešení ztrát: dopad ztráty, význam činnosti, vztah k ostatním lidem a smysl života. Pro neosamělé seniery bylo přizpůsobení se situaci při ztrátě lehčí než pro osamělé. Primárně popsali dva hlavní druhy ztrát: ztráta sociálního kontaktu a fyzické síly. Všichni účastníci uvedli, že dobré vztahy se svou rodinou považují za jeden z nejdůležitějších věcí v jejich životě, ovšem pro osamělé byla patrná větší míra závislosti na příbuzných. Jako jeden z důležitých aspektů udržení kontaktů s rodinou a přáteli udávali schopnost používat telefon.

Cílem studie autorky Reindlové, V. (2011) s názvem *Senioři a preventivní zdravotní péče u praktických lékařů provedené v České republice* bylo zmapování informovanosti seniorů (182 respondentů, 85 mužů a 97 žen ve věku 60 až 88 let z Brna a okolí) o preventivních prohlídkách u praktických lékařů; dále zjištění, jaká vyšetření senioři absolvují a zda po dosažení seniorského věku učinili změny životního stylu pro udržení zdraví. Dotazníkovým šetřením bylo zjištěno, že informovanost seniorů o problematice preventivních zdravotních

prohlídek u praktických lékařů není vysoká a také nejsou zcela informováni o vyšetřeních, které se v rámci těchto prohlídek provádějí. Menší míru informací mají senioři z vesnice než z města. Pouze necelých 15 % respondentů uvedlo, že znají vyšetření, která se provádějí v rámci preventivních prohlídek, pouze 6 % dokázalo tato vyšetření vyjmenovat. 1/3 seniorů uvedla, že na preventivní prohlídky nedochází (z toho je většina žen a senioři žijící na vesnici). Necelých 44 % respondentů docházejících na prevenci k praktickému lékaři absolvují prohlídky na pozvání lékaře. Na gynekologické prohlídky nedochází 2/3 žen. U praktického lékaře nejsou prováděna všechna vyšetření, která by měli senioři v rámci preventivní prohlídky absolvovat. Zdrojem informací o preventivních prohlídkách jsou pro seniory převážně všeobecné sestry. Více změn pro lepší zdraví a zkvalitnění životního stylu provedli ti senioři, kteří dochází pravidelně na prevenci.

Cílem studie autorky Kadlčkové, A. (2013) *tykající se informovanosti a zájmu seniorské populace o preventivní prohlídky provedené v České republice* bylo zjistit úroveň informovanosti a frekvenci návštěv seniorů na preventivních prohlídkách; dále zjistit nejčastější důvody návštěv seniorů u svého praktického lékaře; zmapovat, která preventivní vyšetření senioři nejčastěji absolvují; a zjistit míru spokojenosti s poskytovateli preventivních prohlídek. Dotazníkovým šetřením (120 seniorů, 70 žen a 50 mužů ve věku 65 a více let) bylo zjištěno, že senioři mají málo informací o tom, jak často mají nárok na preventivní prohlídky, a podávání těchto informací je nedostatečné. Lékaři neprovádějí všechna vyšetření, na která mají senioři nárok. 68 % respondentů uvedlo, že na preventivní prohlídce byli během posledních dvou let a necelých 12 % nebylo u svého praktického lékaře již několik let. Prevence u žen je také nedostatečná. U více než 25 % žen nebylo nikdy provedeno mamografické vyšetření a téměř 23 % seniorek nenavštívilo ženského lékaře již několik let. Test stolice na skryté krvácení nebyl nikdy proveden u téměř 13 % respondentů. Stomatologické vyšetření neabsolvovalo několik let více než 13 % respondentů. Spokojenost se svým praktickým lékařem uvedlo 75 % seniorů a jako nejčastější důvod návštěvy praktického lékaře uvedli zhoršení zdravotního stavu a předpis léků.

ZÁVĚR

Výzkumné šetření prokázalo dlouhodobě neus-

pokojivou situaci na mikrosociální úrovni při zajišťování individuální pomoci a dostupnosti zdravotní péče u osaměle žijících seniorů. Jsou odkázáni především na pomoc rodinných příslušníků, s nimiž nemají vždy uspokojivé vztahy a u pečovatelek si za služby často připlácejí. Setkávají se i s nevstřícností a neochotou personálu ve zdravotnických zařízeních. Získané údaje potvrdily i dosavadní celospolečenský dluh seniorům, a to je absence antidiskriminačního zákona, jehož projednání je v poslanecké sněmovně České republiky opakovaně odkládáno.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

- BARVÍKOVÁ, J. 2005. Rodinná péče a profesionální péče. In: Hynek Jeřábek et al. *Rodinná péče o staré lidi*. Praha: Karlova Univerzita, Fakulta sociálních věd, Centrum pro sociální a ekonomické strategie. s. 58–70.
- BERMAN, A. – SNYDER, S.J. 2014. *Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing Concepts, Process, and Practice*. 9. vyd. Harlow, Essex: Pearson Higher Education, 2014. 1660 s. ISBN 10:1-292-02280-9.
- GILMOUR, H. 2012. Social Participation and the Health and Well-being of Canadian Seniors. In *Health Reports* [online]. 2012, vol. 23, no. 4 [cit. 2015-09-11]. Dostupné na: <http://katalog.svkos.cz:2063/docview/1115388268/7F4516ED5FEA403CPQ/1?accountid=149347> ISSN 08406529.
- GOLL, J. et al. 2015. Barriers to Social Participation among Lonely Older Adults: The Influence of Social Fears and Identity. In *PLoS One*, [online]. 2015, vol. 10, no. 2 [cit. 2015-09-11]. Dostupné na: <http://katalog.svkos.cz:2063/docview/1658077782/fulltext/3D9B5A9C57EC4555PQ/1?accountid=149347>.
- HAUKE, M. 2014. *Zvládání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. 128 s. ISBN 978-80-247-5216-7.
- IVANOVA, K. 2003. *Dostupnost zdravotní péče v Olomouckém kraji*, Atestační práce, IPVZ 2003.
- KADLČKOVÁ, A. 2013. *Informovanost a zájem seniorské populace preventivních prohlídek*: Diplomová práce. Brno: Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství, Masarykova univerzita, 2013. 116 s.
- KIETZMAN, K. et al. 2012. A Portrait of Older Californians With Disabilities Who Rely on Public Services to Remain Independent. In *Home Health Care Services Quarterly*. [online]. 2012, vol. 31, no. 4 . [cit. 2015-09-11]. Dostupné na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3873819/> ISSN 162-1424.
- KIRKEVOLD, M. et al. 2013. Facing the challenge of adapting to a life 'alone' in old age: the influence of losses. In *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2013, vol. 69, no. 2 [cit. 2015-09-11]. Dostupné na: <http://katalog.svkos.cz:2101/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=6cb6154e-c981-4682-908d-816648d8ee6a%40sessionmgr111&hid=106>. ISSN 03092402. <http://www.healio.com/nursing/journals/jgn/2010-10-36-10/%7B9c564dde-d54f-47>
- KRISTENSSON, J. et al. 2010. Frail Older Adult's Experiences of Receiving Health Care and Social Services. In *Journal of Gerontological Nursing* [online]. 2010, vol. 36, no. 10. Dostupné na: <http://www.healio.com/nursing/journals/jgn/2010-10-36-10/%7B9c564dde-d54f-47a0-81c0-b894fe228615%7D/frail-older-adults-experiences-of-receiving-health-care-and-social-services>. ISSN 00989134.
- KUČERA, M. 2002. *Sociální důsledky stárnutí obyvatelstva České republiky*. Demografie 44 (1): 38-40. <http://www.healio.com/nursing/journals/jgn/2010-10-36-10/%7B9c564dde-d54f-47a0-81c0-b894fe228615%7D/frail-older-adults-experiences-of-receiving-health-care-and-social-services>. ISSN 00989134. 84.
- MISAŘOVÁ, Ž. 2016. *Nejčastější překážky dostupnosti zdravotnických služeb u osamělých seniorů*. Diplomová práce. Trenčín: Fakulta zdravotnictví, Katedra ošetrovatelství, Trenčianska univerzita, 2016, 67 s.
- PŘIBYL, H. 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf, 2015. 96 s. ISBN 978-80-7345-437-1.
- RABUŠIC, L. 1995. *Česká společnost stárne*. Brno: Masarykova univerzita v Brně/Georgetown. Dostupné na: https://digilib.phil.muni.cz/bitstream/handle/11222.digilib/111558/G_Sociologica_35-1992-1_4.pdf.
- REINDLOVÁ, V. 2011. *Seniři a preventivní zdravotní péče u praktických lékařů*. Diplomová práce. Brno: Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství, Masarykova univerzita, 2011. 124 s.
- SZALAY, T. 2009. *Regulácia: Dostupnosť*, Health Management Academy, 15. 1. 2009, Piešťany. *Zdraví 21: výklad základních pojmů, úvod do evropské zdravotní strategie : zdraví pro všechny v 21. století*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 2004. 160 s. ISBN 8085047330.

DOMÁCÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE A NIZOZEMÍ HOME CARE IN THE CZECH REPUBLIC AND THE NETHERLANDS

KRÁTKÁ Anna¹, SEDLÁKOVÁ Renata^{1,2}, TRETEROVÁ Silvie¹

¹ Ústav zdravotnických věd, Fakulta humanitních studií, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Česká republika

² Charita Odry, Česká republika

ABSTRAKT

Východiska: Cílem moderního ošetrovatelství je poskytovat klientům co nejkompexnější a nejkvalitnější péči. Tento požadavek naplňuje domácí péče, která je Světovou zdravotnickou organizací definována jako jakákoliv forma péče poskytovaná lidem v jejich vlastním sociálním prostředí. Domácí péče je v různých zemích organizována a poskytována odlišně. Meritem našeho sdělení je popsat, jak se liší tato péče v České republice (ČR) a Nizozemí (NL).

Cíl: cílem práce bylo zjistit nejvýraznější rozdíly v organizování, financování a poskytování domácí péče v ČR a NL, dále popsat Buurtzorg model.

Metoda: byla zvolena technika analýzy dokumentů.

Výsledky: z výzkumu vyplývá, že rozdíl v organizaci domácí péče mezi ČR a NL je ten, že role v týmech v NL jsou více rozvrstveny. Tyto funkce nevycházejí z odborné kvalifikace pracovníka, ale jedná se o strukturu týmu, dále pak efektivní informační systém, který usnadňuje sestřím práci. Nejpodstatnější rozdíl ve financování domácí péče v ČR a NL je v tom, že zatímco v NL je zdravotní i sociální péče hrazena Ministerstvem zdravotnictví, sociální péče a sportu, v ČR je zdravotní péče hrazena Ministerstvem zdravotnictví a sociální péči hraří Ministerstvo práce a sociálních věcí. Proto sociální služby nejsou zdravotními pojišťovnami propláceny. Nizozemský Buurtzorg model vznikl v roce 2006, jeho filozofií je akceptace pocitů a potřeb klientů i sester při vytvoření plánu péče. Zaměřuje se na spokojenost klientů a sester, na jeho efektivitu a úspory nákladů. Využívá se především u seniorů, klientů nevyléčitelně nemocných, s chronickým, psychickým onemocněním a demencí.

Závěry: Domácí péče pomáhá klientům zachovat plnohodnotný a důstojný život v rámci jejich přirozeného prostředí a umožňuje také podílet se na péči rodinným příslušníkům. O tom, že má své místo v systému sociální a zdravotní péče není pochyb.

Klíčová slova: Domácí péče. Klient. Sestra. Spokojenost. Buurtzorg model.

ABSTRACT

Introduction: The aim of modern nursing is to provide clients with the most comprehensive and highest quality care. This requirement fulfills home care, which is defined by the World Health Organization as any form of care provided to people in their own social environment. Home care is organized and provided differently in different countries. The point of our research is to describe how this care differs in the Czech Republic (CZ) and the Netherlands (NL).

Objective: The aim of the work was to find out the most significant differences in the organization, financing and providing home care in the CZ and NL and further describe the Buurtzorg model. *Methods:* The selected technique was a form of a document analysis. *Results:* The research shows that the difference in the home care organization between the CZ and NL is that

the roles in the NL teams are more stratified. These functions are not derived from worker's professional qualification but are a team structure, an effective information system that facilitates nurses' work. The most significant difference in home care financing in the CZ and NL is that while in NL health and social care is covered by the Ministry of Health, Social Welfare and Sport, in the Czech Republic health care is covered by the Ministry of Health and social care is covered by the Ministry of Work and Social Welfare. That is why social services are not reimbursed by health insurance companies. The Dutch Buurtzorg model was established in 2006, its philosophy is the acceptance of feelings and needs of both clients and nurses when creating a care plan. It focuses on clients' and nurses' satisfaction, its efficiency and cost savings. It is used primarily for clients with incurable illnesses, with chronic, mental illness and dementia.

Conclusion: Home care helps clients to maintain their full-fledged and dignified life within their natural environment and enables family members to take care of them. There is no doubt about having a place in the social and health care system.

Key words: Home care. Client. Nurse. Satisfaction. Buurtzorg model.

ÚVOD

Jedním z úkolů moderního ošetrovatelství, a to v mezinárodním měřítku, je poskytovat klientům co nejkompexnější a nejkvalitnější péči v duchu holistického přístupu. V praxi to znamená pečovat o člověka jako celek, o jeho „tělo a duši“ s akcentem na respektování jeho důstojnosti, sociální status, akceptaci jeho hodnot, potřeb a autonomie nejen v institucionální, ale také v domácí péči. Domácí péče je definována jako: „*Jakákoliv forma péče poskytovaná lidem v jejich domovech*“ (Jarošová, 2007, s. 60). Cílem domácí péče je poskytování kvalitní, odborné, humánní péče, která vede k dosažení tělesného, duševního zdraví a pohody v souladu se sociálním prostředím klienta a k udržení soběstačnosti. Tato služba je poskytovaná širokému spektru klientů, v neposlední řadě také seniorům. V rámci komplexnosti bývá kromě ošetrovatelské péče poskytována i sociální péče (pečovatelská služba), která je zajišťována jednotlivými úkony v předem dohodnutém časovém úseku na základě aktuální sociální diagnózy klienta. Péče poskytovaná v do-

mácím prostředí prošla dlouhodobým historickým vývojem, který ovlivňoval především kulturní, sociální, ekonomické a politické okolnosti (Kožušková, 2014, s. 19; Kutnohorská, 2010, s. 13). Od nejstarších dob existuje způsob péče o člověka v domácích podmínkách. Doma se rodilo, léčilo, ale také umíralo za přítomnosti celé rodiny, což bylo považováno za zcela přirozené. V dnešní době zaznamenáváme návrat k tomuto modelu, ale proti původní laické péči nabízíme podporu profesionálů.

Domácí péče tak, jak ji chápeme dnes, má své kořeny v Anglii a je spojena se jménem William Rathbon, který v roce 1859 zaměstnával zdravotní sestru Mary Robinson pečující o jeho nevléčitelně nemocnou manželku. Viděl, jak velký přínos měla péče v domácím prostředí pro celou rodinu, ale především pro nemocnou. Rathbon si uvědomoval velký nedostatek školených a kvalifikovaných ošetřovatelek, proto požádal Florence Nightingelovou, o založení odborné školy a domova pro budoucí sestry v Liverpoolu. Sdružení domácích sester se brzy rozšířilo do dalších měst (Hanzlíková, 2007, s. 238).

K návratu myšlenky domácí péče v Evropě dochází počátkem 70. let 20. století, a to zejména ve vyspělých kapitalistických státech jako je Anglie, Belgie, Dánsko, Francie, Finsko, Itálie, Lucembursko, Rakousko, Švédsko a Švýcarsko. Vlády těchto zemí prostřednictvím svých expertů hledají východisko k řešení problémů domácí péče, neboť dochází ke stárnutí populace a zvyšování počtu osob závislých na pomoci druhých (Sedláková, 2017, s. 15). Nizozemí bylo až do roku 1990 známé svým dobrým systémem zdravotní péče. V domácnostech byla poskytována péče zdravotními sestrami, komunitními sestrami, sociálními pracovníky a rodinnými lékaři. Kvalifikovanou komunitní sestrou se mohla stát sestra pracující několik let v nemocnici a po vystudování dvouleté specializace. Tato sestra byla zodpovědná za prevenci, poskytování péče v domácnostech, často pro seniory, nebo se specializovala na určitou oblast, včetně péče o děti. Komunitní sestry pracovaly na základě náboženské víry pro místní soukromé organizace v malých týmech, v komunitách, místní čtvrti nebo městech. V důsledku reformy v roce 1990, byly různé domácí péče ke snížení nákladů sloučeny. Sestrám se změnila jejich pracovní role, měly menší kompetence a odpovědnost, klesla jejich image. Zájem o domácí péči, vzhledem k stárnoucí populaci, se zvýšila, ale kvalita péče se stala roztržitou a neefektivní

(Nandram, 2015, s. 12). Jistá změna nastala k 1. 1. 2006, kdy vstoupila v platnost nová reforma zdravotního pojištění. Zdravotní systém se sjednotil, podle něhož všichni obyvatelé Nizozemí mají nárok na základní balíček zdravotního pojištění. Obsah a velikost základního balíčku stanovuje ústřední vláda a zahrnuje nezbytnou lékařskou a ošetrovatelskou zdravotní péči poskytovanou praktickými lékaři, porodníky, sestrami, péči o duševní zdraví, péči o chrup do 18 let, péči specialistů (např. fyzioterapeutů, logopedů), nutriční péči, transport sanitním vozem a rehabilitaci pro osoby s chronickým onemocněním.

V České republice (ČR) byl v březnu 1990 zahájen provoz prvního střediska ošetrovatelské domácí péče při České katolické charitě (O domácí péči, © 2008). V lednu 1991 Ministerstvo zdravotnictví ČR činnost domácí péče legalizovalo a povolilo její dvouletý pokus, během kterého se postupně zřizovaly další agentury domácí péče (O domácí péči, © 2008). Odrazovým můstkem pro rozvoj domácí péče v ČR byl první evropský kongres domácí péče ve Strasburgu v roce 1991 a v roce 1993 vznikla v ČR Asociace domácí péče (Hanzlíková, 2007, s. 239). Charita ČR od roku 1992, nejen zřizovala další agentury domácí péče, ale také školila zdravotní sestry a podílela se na tvorbě tolik potřebného systému úhrad ošetrovatelských výkonů v domácí péči (Janečková a Hnilicová, 2009, s. 152). V roce 1996 je naše země představena na I. světovém kongresu domácí péče Asociací domácí péče ČR, která je jednou ze 7 zakládajících organizací Světové domácí a hospicové organizace (WHHO – World Homecare and Hospice Organization) sídlící ve Washingtonu DC (Koncepte domácí péče, © 2006).

V ČR je domácí zdravotní péče poskytována klientům na základě doporučení registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci. Je možno zajišťovat také péči o pacienty v terminálním stádiu nemoci. Ve vyhlášce č. 331/2007 Sb. v platném znění, kterou je vydáván seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, je domácí péče poskytovaná všeobecnými sestrami uvedena pod odborností 925 – sestra domácí zdravotní péče (Hlaváčková, 2013).

Přesto, že myšlenka domácí péče je stejná, v různých zemích je organizována a poskytována odlišně. Meritem příspěvku je popsat, jak se liší tato péče v ČR a Nizozemí (NL).

CÍLE

Cílem práce bylo specifikovat nejvýraznější rozdíly v organizování, financování a poskytování domácí péče v České republice a Nizozemí a popsat Buurtzorg model. Hlavní cíl byl naplněn prostřednictvím těchto dílčích cílů:

- Dílčí cíl č. 1 Zjistit systém organizace domácí péče v České republice a v Nizozemí.
- Dílčí cíl č. 2 Zjistit způsob financování domácí péče v České republice a v Nizozemí.
- Dílčí cíl č. 3 Popsat Buurtzorg model.

METODIKA

Porovnávat domácí péči v České republice a Nizozemí bylo velmi obtížné. Největším problémem komparace je oddělené řízení a financování zdravotní a sociální péče v České republice. Byla zvolena technika analýzy dokumentů, ale také byla využita osobní zkušenost jedné z autorek ze stáže v Nizozemí, jejímž cílem bylo seznámit se s tamním systémem domácí péče - modelem Buurtzorg. Následně byla vytvořena rešerše literatury a dokumentů. Veškeré informace byly analyzovány a podrobeny srovnání domácí péče v České republice a Nizozemí, a to se zaměřením na problematiku oblasti - organizaci a financování.

VÝSLEDKY

Dílčí cíl č. 1 Zjistit systém organizace v domácí péči v České republice a v Nizozemí.

Z hlediska dostupnosti je domácí péče poskytována v obou zemích shodně, tedy 24 hodin denně, 7 dní v týdnu, 365 dní v roce. V ČR je pro zajištění nepřetržité péče doporučen minimální počet 5,0 plných úvazků, což ale některá zařízení nesplňují, takže je u nich domácí péče poskytována od pondělí do pátku 8 hodin denně. Existují čtyři typy návštěv, které se liší časovým rozsahem – 15, 30, 45 a 60 minut, maximální rozsah frekvence návštěv hrazené z fondu zdravotního pojištění jsou 3 návštěvy odborné péče denně a určuje ji ošetřující lékař. V ČR republice indikuje tuto službu na základě stavu pacienta pouze registrující praktický lékař, registrující praktický lékař pro děti a dorost nebo ošetřující lékař při hospitalizaci.

V Nizozemí je práce týmů rozdělena do obvodů pracující na úrovni okresů, přičemž jeden tým má maximálně 12 zaměstnanců. Jedna komunitní sestra pečuje o 6–7 klientů (podle náročnosti) a domácnost klienta navštěvuje obvykle 2x denně (ráno a večer).

Její pracovní doba je nejčastěji 32 hodin týdně, případně méně. Obdobně je i poskytování péče prostřednictvím multidisciplinárních týmů, přičemž v NL jsou role v týmech ještě dále rozvrstveny. Kromě ošetrovatelské práce je např. role: informátora (sleduje počet hodin vynaložených na ošetrovatelskou péči, pravidelně komunikuje se všemi členy týmu o jejich finanční situaci a úrovni péče); vývojáře (účastní se porad pracovních skupin, pracuje s podněty přispívajícími k naplnění vize organizace, rozvíjí a předává ostatním členům týmu a zainteresovaným stranám znalosti, zkušenosti, pracovní návrhy a techniky při poskytování péče); plánovače (zajišťuje kontinuitu poskytované péče, vytváří efektivní plán péče, do kterého zahrnuje všechny změny); hospodyně (zajišťuje dodržování pravidel týmu v souladu se smlouvami třetí strany, organizuje úklid v kancelářích, zajišťuje technické vybavení má i roli pokladníka); mentora (zaučuje a koučuje nové kolegy, stážisty, získává zpětnou vazbu, poskytuje rady, instrukce a rozvíjí další kompetence členů týmu) a podobně. Tyto funkce již nevyhází z odborné kvalifikace dané osoby, ale jedná se o organizační strukturu týmu. Role se po čase prostřídají. Na základě takovéto organizace je domácí péče schopna kvalitnější, flexibilnější a především efektivnější práce. Správné naplánování a zacílení domácí péče ji činí nejen efektivnější, ale i „levnější“. Pokud je totiž každá návštěva u klienta dobře předem promyšlena a naplánována, je možné, že taková návštěva bude kratší a také i méně často nutná. Efektivnější plán návštěv buduje u klientů schopnost autonomie a soběstačnosti, pomáhá vytvořit vazbu s rodinou, blízkými nebo i sousedy. Intervence reaguje na aktuální potřeby klienta. Maximální přiblížení se klientovi celou službu také činí mnohem efektivnější a samozřejmě i levnější. Za velkou výhodu v Nizozemí považujeme i využitím modelu Omaha při poskytování domácí péče a existenci informačního systému, který v mnohém usnadňuje a zefektivňuje práci sester, které si díky němu mohou vyhledat informace o pacientech, o dalších sestrách, především s nimi mohou komunikovat, předávat si informace, zkušenosti apod. V NL může indikovat domácí péči kromě praktického lékaře a ošetroujícího lékaře v nemocnici také zdravotní sestra Buurtzorg, rodina, dokonce i sousedé.

Dílčí cíl č. 2 Zjistit financování domácí péče v České republice a v Nizozemí.

Nejpodstatnější a podle nás velmi zásadní rozdíl ve financování domácí péče mezi ČR a NL je v tom, že zatímco v Nizozemí je zdravotní i sociální péče hrazena Ministerstvem zdravotnictví, sociální péče a sportu – po reformě 2006 platí stejný rozsah zdravotní péče a jednotné procentní sazby pojistného pro všechny občany, v České republice je toto rozděleno. Zdravotní péče je hrazena Ministerstvem zdravotnictví, sociální péči hradí Ministerstvo práce a sociálních věcí. Z toho tedy plyne, že sociální služby nejsou zdravotními pojišťovnami propláceny. Pojišťovny tedy podle Sazebníku proplátí například odebrání ošetřovatelské anamnézy, stanovení ošetřovatelské diagnózy, vyšetření stavu klienta, sledování fyziologických funkcí, odběr biologického materiálu, prevenci a ošetřování kožních lézí, aplikaci inhalační a léčebné terapie, edukaci klienta, nácvik aplikace inzulínu, rehabilitační ošetřování klienta, klyzma, cévkování a ošetřování permanentních katétrů, ošetřování stomií, nácvik pečujících ke zvládnutí jednoduchých intervencí v péči o klienta. Pojištění zdravotními pojišťovnami se již však nevztahuje například na hygienu, přebalování inkontinentních pacientů, polohování imobilních. Toto již musí zajistit například pečovatelka. A to je pro sestry poskytující domácí péči problém - ne vždy se totiž podaří časově sladit jejich práci s prací pečovatelek - potřebují například imobilního klienta otočit, aby mohly provést příslušný úkon, ale pečovatelka zrovna není přítomna nebo je klient znečištěný, je zapotřebí ho umýt, přebalit a sestra nemůže čekat na příchod pečovatelky. V takové situaci, udělá vše potřebné sama, ovšem pojišťovna takový výkon již nehradí. V tomto by podle našeho názoru měla být pro ČR situace v Nizozemí jasnou inspirací.

V Nizozemí jsou ceny zdravotní péče regulované a tak pojišťovny alespoň prozatím nemohou tlačit jednotlivá zdravotnická zařízení do vzájemné konkurence cen zdravotnických služeb. Pojišťovny jsou sice akciovými společnostmi, avšak nesmí vytvářet zisk z fondů povinného základního pojištění. Další problém spatřujeme v tom, že některé agentury poskytující domácí péči na území ČR nemají uzavřenou smlouvu s pojišťovnami, u kterých je klient pojištěný. V Nizozemí toto nehraje roli.

Celkem podobná situace je v obou zemích v případě „nadstandardních služeb“ - ty si klienti hradí sami, na základě sazebníku, se kterým jsou předem seznámeni. Toto považujeme za zcela optimální.

Dílčí cíl č. 3 Popsat Buurtzorg model.

Buurtzorg Nederland („sousedská péče“) popisuje nizozemský model domácí péče, za jejímž vznikem stojí Jos de Blok. Jos de Blok pracoval v 80. letech 20. století jako profesionální sestra v komunitní péči a v 90. letech se stal ředitelem ve zdravotnickém zařízení pro inovace v Nizozemí. Nebyl spokojený s organizací a strukturou domácí péče, která směřovala k byrokracii, nekvalitnímu poskytování péče a fragmentaci péče. Blok viděl, jak jsou sestry stále více nespokojené v poskytování ošetřovatelské péče. Nelíbil se mu nesoulad ve velkých organizacích, nedostatečné uspokojování potřeb klientů a neinformovanost zdravotnických pracovníků o nákladech při poskytování ošetřovatelské péče u klienta. Věnoval se i institucionálním otázkám, zkoumal role státních orgánů, lékařů, sester, pojišťoven a dalších zainteresovaných složek souvisejících s péčí o klienta (Nandram, 2015, s. 14). V letech 2000 až 2003 hrál důležitou roli v národní organizaci District nursing a vedl komunitní zdravotní sestry k odpovědnosti za svůj profesní rozvoj. V roce 2006 opustil svou pozici ředitele ve zdravotnickém zařízení pro inovace v Nizozemí a se svou ženou založil novou neziskovou organizaci domácí péče Buurtzorg se sídlem v Almelo (Sedláková, 2017, s. 31). Filozofií Buurtzorgu je akceptace pocitů sester a klientů při vytvoření plánu péče se zacílením na měření výsledků ve vztahu ke spokojenosti klientů, sester, ale také z hlediska efektivity a úspory nákladů. Meritem tohoto modelu je poskytování péče v duchu holizmu, vytváření sítí ze sousedských zdrojů a zvýšení (udržení) samostatnosti klientů. Dále pak se tento typ péče zaměřuje na poskytování péče klientům s nevléčitelnou nemocí, chronickým, psychickým onemocněním, demencí nebo lidem vyžadujícím ošetřovatelskou péči po operaci. Důležitým sociálním posláním Buurtzorg Nederland modelu je změnit a zlepšit poskytování a kvalitu domácí zdravotní péče prostřednictvím vedení a spolupráce komunitní sestry, což umožňuje přijímat individuální druh péče, kterou potřebují nejvíce a vyhnout se tak nákladnější ústavní péči tak dlouho, jak je to možné – „*to change and improve the delivery and quality of home health care through the leadership and collaboration of the community nurse, allowing the individual to receive the kind of care they most need, where they most want it, and thus avoid more costly institutional care*“ (The History of Buurtzorg, © 2017).

Buurtzorg model pomáhá lidem dosáhnout vysoké kvality života. Zaměřuje se na intervence, které umožňují lidem postarat se o sebe. Důraz je kladen na dobrý vztah sestra - klient, na vzájemné důvěře a spokojenosti. Vychází z toho, že kvalita života je to, co dává lidem spokojenost a povzbuzuje je starat se o sebe, a to je možné jen tehdy, když mají lidé dostatek kontaktů s okolím a jsou uspokojeny jejich sociální potřeby.

Buurtzorg nabízí šest klíčových služeb: Komplexní posouzení klienta zahrnující léčebné, dlouhodobé, sociální a osobní potřeby klienta a vytvoření plánu péče; zmapování sítě neformální péče a zapojení neformální péče do plánu péče o klienta; zmapování formální péče a její koordinace mezi poskytovateli; péče o klienta; podpora klienta v jeho sociálním prostředí a podpora soběstačnosti, nezávislosti (Nandram, 2015, s. 14).

Významným důvodem, proč se Buurtzorgu podařilo poskytovat péči za bezkonkurenční ceny, bylo postavení klienta do středu zájmu a jeho podpora k soběstačnosti a nezávislosti (The Buurtzorg Nederland (home care provider) model, © 2016).

Buurtzorg tým zahrnuje sedm rolí: sestra; informátor; vývojář; plánovač; hospodyně; týmový hráč a mentor. Velký důraz je kladen na první návštěvu komunitní sestry, která si musí vytvořit důvěryhodný vztah s klientem a jeho rodinou. Např. přizvat děti (pokud nebydlí s rodiči) na další návštěvu a vysvětlit jim, že nechtějí přebrat nebo změnit jejich zvyklosti, ale objasnit co, jak a proč budou sestry dělat a jak je důležité být pro své rodiče oporou. Během poskytování péče a poznávání okolí a sousedů vytvářejí sestry kvalitní síť „sousedské péče“ (Nandram, 2015, s. 6).

Buurtzorg navrhl používat jednotnou sazbu za návštěvu u klienta, bez ohledu na dobu trvání.

Sestra, která poprvé přijde ke klientovi, poskytuje veškerou péči včetně příjmu klienta, zhodnocení zdravotního stavu a jeho potřeb, lokálního ošetření ran, ošetření stomií, hygienické péče apod. Týmy společně s klientem naplňují rozsah, frekvenci a obsah poskytované péče. V podstatě sestry poskytnou veškerou potřebnou péči klientovi, což znamená vyšší náklady za hodinu, ale výsledkem je méně hodin celkem. Ve skutečnosti, má Buurtzorg za sebou pokles v počtu hodin poskytované péče, zlepšení kvality péče a zvýšení spokojenosti zaměstnanců i klientů (The Buurtzorg Nederland (home care provider) model, © 2016, dle Sedláková, 2017, s. 35).

Dnes je Buurtzorg aktivní v 24 zemích, např. v Číně, Japonsku, Tchaj-wanu, Švédsku, Spojených státech amerických.

ZÁVĚR

Domácí péče pomáhá klientům, především seniorům zachovat plnohodnotný a důstojný život v prostředí, na které jsou zvyklí, kde mají svou rodinu a přátele, případně zvířecí mazlíčky, tam, kde se cítí a jsou doma. Domácí péče také umožňuje rodinným příslušníkům podílet se na péči o své nejbližší. Někdy přes veškerou snahu nedokáže rodina zajistit vše, co je třeba a tady se nabízí prostor pro intervenci profesionálů - sester domácí péče. Právě tyto sestry mohou poskytnout radu, pomoc a povzbuzení, mohou posílit svým přístupem autonomii seniora a zvýšit kvalitu jeho života. Domácí péče umožní klientům prožít svůj život tam, kde se cítí dobře a bezpečně. O tom, že má své místo v současném systému sociálních a zdravotních služeb, není pochyb.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

- HANZLÍKOVÁ, A. 2007. *Komunitní ošetrovatelství*. 1. vyd. Martin: Osveta. 271 s. ISBN 978-80-8063-257-1.
- HLAVÁČKOVÁ, K. 2013. Domácí péče. In: *Učebna net* [online]. Praha: 1. 4. 2013 [cit. 2017-01-20]. Dostupné z: <http://ucebna.net/mod/resource/view.php?id=493>
- JANEČKOVÁ, H. – HNILICOVÁ H. 2009. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál. 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9.
- JAROŠOVÁ, D. 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada. 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
- Koncepce domácí péče, © 2006. *Národní centrum domácí péče České republiky* [online]. [cit. 2017-02-11]. Dostupné z: <http://www.domaci-pece.info/koncepce-domaci-pece0>.
- KOŽUCHOVÁ, M. 2014. *Domáca ošetrovatel'ská starostlivosť*. Martin: Osveta. 245 s. ISBN 978-80-8063-414-8.
- KUTNOHORSKÁ, J. 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3224-4.
- MARTIN, K.S. 2005. *The Omaha System- A Key to Practice Documentation and information Management*. 2. edition. Sant Louis: Elsevier. ISBN 978-0-7216-0130-4.

- NANDRAM, S.S. © 2015. *Organizational Innovation by Integrating Simplification: Learning from Buurtzorg Nederland*. Cham: Springer International Publishing. 224 s. ISBN 978-3-319-11724-9.
- O domácí péči, © 2008. *Sekce domácí péče* [online]. [cit. 2017-02-13]. Dostupné z: <http://www.sekcedomacipece.cz/o-nas/>
- SEDLÁKOVÁ, R. 2017. *Domácí péče v systému zdravotnictví v České republice a v Nizozemí*. Bakalářská práce. Zlín: Fakulta humanitních studií, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. 73 s.
- The Buurtzorg Nederland (home care provider) model [online], © 2016. Royal College of Nursing [cit. 2016-12-03]. Dostupné z: <https://www.rcn.org.uk/about-us/policy-briefings/br-0215>
- The History of Buurtzorg, © 2017. Buurtzorg [online]. Buurtzorg [cit. 2017-02-13]. Dostupné z: <http://www.buurtzorgusa.org/about-us/>

Recenzované abstrakty
z medzinárodnej vedeckej konferencie
Ošetrovateľstvo a zdravie XI.
konanej dňa 18. apríla 2018
v Trenčíne

ZÁUJEM LAICKEJ VEREJNOSTI O ADOS V TRENČIANSKOM REGIÓNE

DZIACKA A., BOTÍKOVÁ A., TOMÍKOVÁ E.

Katedra ošetrovatel'stva, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práca, Trnavská univerzita v Trnave

Východiská: Seniori predstavujú narastajúcu skupinu pacientov, ktorí sú stále väčšími spotrebiteľmi zdravotníckych, ošetrovateľských a sociálnych služieb. Zmenený demografický profil spoločnosti vytvára nové podmienky pri rozvoji zdravotnej a sociálnej starostlivosti. Vnímanie záujmu o ošetrovateľskú starostlivosť v domácom prostredí je odlišné z pohľadu pacienta, rodinných príslušníkov, lekára, sestry, ale aj širokej verejnosti.

Ciel': Zistiť, aký je záujem laickej verejnosti o ADOS v Trenčianskom kraji vo vzťahu k veku respondentov.

Súbor a metódy: Zber údajov bol realizovaný metódou dotazníkového šetrenia v ambulanciách všeobecného lekára. Výskumný súbor tvorilo 172 respondentov. Signifikantná interakcia dvoch premenných bola hodnotená pomocou Pearsonovho chí-kvadrát testu. Pearsonov korelačný koeficient $r = 0,7000$ potvrdil pozitívnu lineárnu koreláciu medzi vekom a záujmom respondentov o ADOS.

Výsledky: Výsledky výskumu potvrdili štatisticky významnú asociáciu medzi záujmom respondentov o ADOS vo vekovej kategórii od 60–80 rokov (87,50 %) na úrovni sig. $< 0,05$, $p = 1,918 \times 10^{-8}$, čo je v súlade s najvyššou hodnotou indexu starnutia v Trenčianskom kraji (111,4 %). Vytváraním multidisciplinárnych tímov z rôznych inštitúcií môžeme zlepšiť kvalitu starostlivosti o seniora v domácom prostredí.

Záver: K procesu uzdravenia a psychickej pohode seniorov významne prispieva poskytovanie odbornej ošetrovateľskej starostlivosti v domácom prostredí. Symbióza medzi lekárom, sestrou a sociálnym pracovníkom je rozhodujúca pre zmenu v slovenskom domácom ošetrovatel'stve.

Kľúčové slová: Senior. Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Vek. Záujem.

OŠETROVANIE KOŽNÝCH KOMPLIKÁCIÍ STÓMIÍ

HLINKOVÁ E.¹, NEMCOVÁ J.¹, OVŠONKOVÁ A.¹, ZÁHORÁKOVÁ I.², BALKOVÁ M.³

¹ Ústav ošetrovatel'stva, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave

² Oddelenie pediatrie, Fakultná nemocnica J. A. Reimana v Prešove

³ Chirurgická klinika a transplantačné centrum, Univerzitná nemocnica Martin

Východiská: Každoročne sa na Slovensku vyvedenie približne 1300 stómií (črevné stómie a urostómie). Incidencia výskytu nových stómií za jeden rok je dlhodobo 150/100 000 obyvateľov. I napriek pokrokom v operačnej liečbe, novým technologickým postupom pri výrobe stomických pomôcok, stále sa stretávame s výskytom komplikácií stómií a najčastejšie s kožnými problémami. Literárne review nedávnych štúdií uvádza 10 až 82 % výskyt kožných komplikácií stomika.

Ciele: Cieľom štúdie bolo zmonitorovať rozsah ošetrovateľských intervencií realizovaných pri výskyte kožných komplikácií stómií, identifikovať ošetrovateľské intervencie, ktorých realizácia je pre sestry najproblematickejšia. Následne zmapovať používanie hodnotiaceho nástroja pri výskyte kožných komplikácií.

Metodika: Kvantitatívny dizajn štúdie s použitím neštandardizovaného dotazníka vlastnej konštrukcie. Dotazník bol rozdelený do subškál, podľa typu kožných komplikácií stómií. Jednotlivé položky sme hodnotili na Likertovej škále od 1 do 5. Respondentmi boli sestry pracujúce v chirurgických odboroch na septických ošetrovacích jednotkách v troch fakultných nemocniciach na území SR ($n = 70$).

Výsledky: Najviac nezávislých ošetrovateľských intervencií realizujú sestry pri výskyte iritačnej dermatitídy. Identifikovali sme pochybenia pri ošetrovaní folikulitídy a iritačnej dermatitídy. Problematické je holenie okolia stómie, odstraňovanie adhezívneho materiálu, odstraňovanie stolice a používanie hydrokoloidného zäsypu. Sestry v praxi nerealizujú písomné hodnotenia peristomálnych kožných komplikácií a nepoužívajú hodnotiaci nástroje.

Záver: Ošetrovanie komplikácií stómií patrí medzi ošetrovateľské intervencie, ktoré prekračujú rámec pregraduálneho vzdelávania. Manažment chirurgického pracoviska by mal preto zabezpečiť sústavné vzdelávanie pre sestry z oddelení septickej chirurgie. Sestry by mali v praxi používať hodnotiace nástroje a realizovať ošetrovateľské intervencie podľa klinických odporúčaní (guidelines) na základe EBN a EBP.

Kľúčové slová: Stómia. Kožné komplikácie stómií. Ošetrovateľská starostlivosť.

Pod'akovanie: Podporené grantom KEGA č. 070UK-4/2017 Kvalita poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti u vybranej skupiny pacientov

MERACIE NÁSTROJE NA HODNOTENIE FUNKČNÉHO STAVU SENIOROV

HUDÁKOVÁ A., OBROČNÍKOVÁ A., KURIPLACHOVÁ G., MAJERNÍKOVÁ E.

Katedra ošetrovatel'stva, Fakulta zdravotníckych odborov, Prešovská univerzita v Prešove

Uverejnené v aktuálnom čísle Zdravotníckych listov ako full text (s.61–66)

FAKTORY VPLYVAJÚCE NA PRACOVNÚ VÝKONNOSŤ SESTIER

JANICZEKOVÁ E., RAPČÍKOVÁ T.

¹ *Fakulta zdravotníctva Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave so sídlom v Banskej Bystrici*

Nedostatok sestier je jedným z najaktuálnejších problémov v zdravotníctve, a to nielen v rámci Európskej únie, ale i celosvetovo. V prípade hromadného odchodu sestier by nastalo vážne ohrozenie poskytovania komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti na Slovensku (Pálová, 2002). Nedostatok v počte zdravotníckych pracovníkov vedie k pracovnej preťažnosti sestier, ktoré často supľujú prácu pomocného personálu, ale aj niektoré činnosti spadajúce do kompetencie lekárov, čo mnohokrát vedie k preťažnosti sestier a vzniku burnout syndrómu. U sestier sa stráca nadšenie z práce, stávajú sa apatickými, chronicky unavenými a neraz sa nevyhnú ani zdravotným problémom. Cieľom príspevku je poukázať na najčastejšie faktory, ktoré prispievajú k vyčerpanosti sestier, čím ovplyvňujú stále stúpajúcu migráciu, a to hlavne mladých sestier, do zahraničia.

Kľúčové slová: Sestra. Pracovná výkonnosť. Faktory. Preťažnosť.

ZAZNAMENÁVANIE OŠETROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI O DEKUBITY V ADOS A ZARIADENIACH SOCIÁLNEJ POMOCI Z POHLADU REVÍZNEJ ČINNOSTI

KAČALOVÁ K.

Ústav ošetrovatelstva, Jesseniova lekárska fakulta UK v Martine a Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s., generálne riaditeľstvo, Bratislava

Východiská: Zaznamenávanie ošetrovateľskej starostlivosti v súlade s platnou legislatívou je jedným zo základných ukazovateľov kvality činnosti poskytovateľa a je smerodajné pri úhrade výkonov agentúram domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS) a zariadeniam sociálnej pomoci (ZSP). Celosvetová výzva, ktorá vznikla v roku 2011 v Rio de Janeiro na základe deklarácie „Stop preležaninám ako univerzálne ľudské právo“ zdôrazňuje potrebu prevencie a poukazuje na chýbajúce záznamy o dekubitoch v dokumentácii s nutnosťou venovať tejto problematike pozornosť.

Ciele: Zistiť kvalitu záznamov ošetrovateľskej starostlivosti o dekubity v kontexte legislatívy a požiadaviek zdravotnej poisťovne. (ZP). Preskúmať zhodnosť zápisov týkajúcich sa popisu dekubitu, procesu jeho hojenia a liečby s údajmi vykázanými ZP.

Súbor a metodika: 89 dokumentácií poistencov VŠZP, ktorí mali sestrou ADOS alebo ZSP ošetrovaný dekubit

bolo hodnotených metódou obsahovej analýzy s cieľom systematicky popísať záznamy a následne ich vyhodnotiť pomocou frekvenčnej, deskriptívnej analýzy.

Výsledky: Percentuálne najvyššie zastúpenie sa týkalo správnych záznamov v súlade s požiadavkami legislatívy a poisťovne. Napriek tomu boli v určitých oblastiach zistené značné nedostatky. V 42,7 % chýbal popis okolia dekubitu, priebežné hodnotenie procesu hojenia nebolo realizované v 24,7 % a v 53,9 % boli zistené nedôsledné, neúplné alebo nesprávne záznamy.

Záver: Správne vedenie ošetrovateľskej dokumentácie je súčasťou ošetrovatelstva založeného na dôkazoch, je potrebné v rámci spolupráce medzi zdravotníckymi pracovníkmi i z forenzných dôvodov. Nedostatky v dokumentovaní ošetrovateľskej starostlivosti o dekubity a zaznamenávaní aplikovaných liečiv poukazujú na nutnosť rozšíriť vzdelávanie a právne povedomie sestier v oblasti vedenia dokumentácie. Tiež zlepšiť komunikáciu medzi zdravotníckymi pracovníkmi a spoluprácu s lekárom v rámci rozhodovania o postupe pri liečbe dekubitu.

Kľúčové slová: Dekubity. Záznam ošetrovateľskej starostlivosti. Revízia. Obsahová analýza dokumentácie.

SKÚSENOSTI SESTIER S LIEČBOU CHRONICKÝCH RÁN PODTLAKOVOU TERAPIOU

KAŠČÁKOVÁ M., MAJERNÍKOVÁ E.,
OBROČNÍKOVÁ A., ŠKVARLOVÁ L.

Fakulta zdravotníckych odborov, Prešovská univerzita v Prešove

Cieľ: Zistiť názory sestier o podtlakovej terapii pri ošetrovaní chronických rán.

Metodika: Vzorku výskumu tvorilo 60 sestier, 30 z Oddelenia dlhodobochorých Fakultnej nemocnice s poliklinikou J.A. Reimana v Prešove a 30 z III. internej gerontometabolickej kliniky Fakultnej nemocnice Hradec Králové. Na zber empirických údajov sme použili dotazník vlastnej konštrukcie.

Výsledky: V oboch komparovaných skupinách sestier sme neznamenali významné štatistické rozdiely. Z výsledkov štatistickej analýzy vyplýva, že slovenské a české sestry hodnotili dostupnosť (SR 93,3 %; ČR 90,0 %), výsledky liečby (SR 93,2 %; ČR 86,6 %) a praktické skúsenosti (SR 93,3 %; ČR 93,3 %) s podtlakovou terapiou vysoko pozitívne. Signifikantné vzťahy sme potvrdili z hľadiska neúčasti na vzdelávacej aktivite o podtlakovej terapii (SR 66,6 %; ČR 76,6 %). Najčastejší zdroj informácií o podtlakovej terapii obe skupiny sestier potvrdili výkon vlastnej ošetrovateľskej praxe.

Záver: Ošetrovanie chronických rán je v dnešnej dobe oblasť dynamicky sa rozvíjajúca, vyžadujúca si aktívny prístup všetkých zúčastnených profesionálov. Vhodne zvolené postupy liečby podtlakovou terapiou ošetrovania

chronických rán uľahčujú prácu lekárom a sestram s vysokou účinnosťou liečby a komfort pacienta.

Kľúčové slová: Podtlaková terapia. Chronická rana. Sestra.

DOMÁCÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE A NIZOZEMÍ

KRÁTKÁ A.¹, SEDLÁKOVÁ R.^{1,2}, TRETEROVÁ S.¹

¹ Ústav zdravotníckych vied, Fakulta humanitných štúdií, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Česká republika

² Charita Odry, Česká republika

Uverejnené v aktuálnom čísle Zdravotníckych listov ako full text (s. 95–100).

PROBLEMATIKA KLOSTRÍDIOVEJ KOLITÍDY U GERIATRICKÝCH PACIENTOV

KRŠÁKOVÁ A.

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita a Infekčná klinika, Fakultná nemocnica Trnava

Infekcie spôsobené anaeróbnym patogénom *Clostridium difficile* predstavujú v poslednom desaťročí liečebný a preventívny problém. Významne sa mení epidemiológia ochorenia, incidencia narastá nielen u hospitalizovaných pacientov, hlavne vo vyššom veku, ale aj pacientov v komunite. Zvyšuje sa počet hypervirulentných kmeňov, problematická je liečba a tendencia k rekurenciám. Na manažment infekcií je uverejnených mnoho odporúčaní. Okrem liečby je podstatná rýchla diagnostika a účelné preventívne opatrenia s cieľom zabrániť horizontálnemu prenosu infekcie. Keďže jedným z hlavných rizikových faktorov je v súčasnosti mohutne rozšírená antibiotická liečba, je nutná osveta a správna antibiotická politika. Primárna prevencia klostrídiových infekcií, zahŕňa elimináciu ovplyvniteľných rizikových faktorov, hygienické opatrenia a užívanie probiotík. Dôležitá je racionálna antibiotická liečba zahŕňajúca reštrikciu nadbytočného, neuváženého podávania antibiotík, najmä najrizikovejších z hľadiska rozvoja klostrídiovej infekcie a proťahovanej liečby, opatrná indikácia antacid a antimotilík, včasná mobilizácia a demisia pacienta z nemocničného prostredia. Probiotiká majú v rámci primárnej profylaxie podstatne vyšší efekt ako v liečbe. Ako najúčinnnejšie sa ukazujú preparáty s prítomnosťou *Saccharomyces boulardii* a *Lactobacillus spp.* Probiotiká majú zásadný význam pri udržiavaní rovnováhy črevnej mikroflóry, pretože znižujú výskyt nežiaducich mikroorganizmov. Cieľom práce je upozorniť na ovplyvniteľné rizikové faktory, dôležitosť včasnej a správnej diagnostiky a poukázať na nové terapeutické možnosti ako je aj

možnosť fekálnej transplantácie, ktorá vyplýva zo snahy o trvalú úpravu črevnej mikroflóry, a poukázať aj o nové možnosti prevencie ochorenia.

Kľúčové slová: Kolitída. *Clostridium difficile*. Hnačky. Probiotikum. Antibiotiká.

VZDELÁVANIE AKO PRVOK ZVYŠUJÚCI KVALITU ŽIVOTA SENIOROV

KUČIAKOVÁ M.¹, POLIAKOVÁ N.², DINGOVÁ M.²

¹ Centrum sociálnych služieb Nemšová

² Fakulta zdravotníctva, Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne

Východiská: Počet ľudí v senu neustále stúpa, mnohí trpia chronickými ochoreniami a preto treba venovať zvýšenú pozornosť kvalite ich života. Seniori sú v súčasnosti i napriek ochoreniam aktívnejší, majú záujem participovať na dani spoločnosti. Práve vzdelávanie seniorov vplyva na lepšiu kvalitu ich života, dáva priestor pre zmysluplné využitie voľného času, podporuje a udržuje kognitívne funkcie seniora a pozitívne vplyva na jeho sebaúctu a pocit spolupatričnosti.

Ciele: Cieľom výskumnej štúdie bolo zistiť, aká je kvalita života seniorov študujúcich na univerzite tretieho veku. Prostredníctvom čiastkových cieľov sme chceli u seniorov zistiť charakter subjektívneho prežívania kvality života v oblasti fyzického a psychického zdravia, v oblasti sociálnych vzťahov a spokojnosti so zdravím.

Metódy: Kvalita života bola meraná prostredníctvom štandardizovaných dotazníkov WHOQOL-BREF a WHOQOL-OLD.

Vzorka: Výskumný súbor tvorilo 85 seniorov, z nich bolo 14 (16 %) mužov a 71 (84 %) žien s priemerným vekom 66,56 (SD 5,03) rokov. Všetci boli študentmi univerzity tretieho veku.

Výsledky: Z výsledkov výskumu vyplýva, že kvalita života seniorov je vysoká. Štatisticky významný vzťah sa potvrdil koreláciou kvality života so všetkými kľúčovými oblasťami života. Jednotlivé oblasti života boli seniormi posudzované pozitívne, najvyššie hodnotenie predstavovala oblasť fyzické zdravie a sociálne zapojenie. Seniori preukázali subjektívnu spokojnosť so svojím zdravím.

Záver: Zistené výsledky možno uplatniť v rámci preventívnej ošetrovateľskej starostlivosti u seniorov s cieľom zaistenia kvality ich života a zvýšit povedomie seniorov o možnostiach a význame štúdia v treťom veku.

Kľúčové slová: Senior. Kvalita života. Vzdelávanie. Univerzita tretieho veku. WHOQOL-BREF. Dotazník WHOQOL-OLD.

SPECIFICKÉ ASPEKTY LÉČBY A OŠETROVATELSKÉ PÉČE U STARÝCH LIDÍ S DIABETEM MELLITEM 2. TYPU

KUDLOVÁ Pavla

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd, Česká republika

Východiska: Diabetes mellitus (DM) je typickým onemocněním vyššího věku. Postihuje ve stáří až třetinu české populace. U seniorů převažuje DM 2. typu (ve věku nad 70 let postihuje až kolem 95 % z evidovaných diabetiků).

Cíl a metodika: Popis současného stavu poznání specifických aspektů léčby a ošetrovatelské péče diabetu mellitu 2. typu ve stáří prostřednictvím obsahové analýzy odborných materiálů a doporučených postupů.

Výsledky: DM je heterogenní syndrom, který lze u seniorů charakterizovat hyperglykemií, inzulinorezistencí a sklonek k rozvoji komplikací. Ve stáří je charakteristika diabetu alterována polymorbiditou a polyfarmakoterapií. DM ve stáří doprovází metabolické, kognitivní, smyslové, makro a mikrovaskulární změny. Staří nemocní s dobrým funkčním a kognitivním stavem a dobrou životní prognózou by měli mít péči a cílové hodnoty stejné jako mladší diabetici. U diabetiků s kardiovaskulárním rizikem by měly být léčebné cíle méně přísné. Základním požadavkem je nepřítomnost těžkých hypoglykemií. Starší pacienti s DM 2. typu bývají vzhledem k stoupajícímu počtu diabetu sledování a léčeni nejen v diabetologických ambulancích, ale i v ambulancích praktických lékařů. Komplexní péče je jim poskytována ve zdravotnických zařízeních, v domácím prostředí (agentury domácí péče) nebo také v ústavních zařízeních. Všude je nutné zajistit kvalitní erudovanou ošetrovatelskou péči. **Závěr:** V terapii diabetu geriatrických pacientů se řídíme platnými doporučenými postupy České diabetologické společnosti. Důraz je kladen na individualizaci terapie a ošetrovatelské péče s přihlédnutím ke zdravotnímu stavu včetně komorbidit staršího pacienta.

Klíčová slova: Diabetes mellitus 2. typu. Staří lidé. Specifika. Individualizace péče.

PREPOJENIE TEÓRIE A PRAXE POMOCOU VZDELÁVACÍCH METÓD V PREDMETE OŠETROVATELSKÉ POSTUPY

KURIPLACHOVÁ G., ELIAŠOVÁ A., LENGYELOVÁ A., CUPEROVÁ J., FERTAĽOVÁ T., ONDRIOVÁ I., HADAŠOVÁ L.

Katedra ošetrovatelstva, Fakulta zdravotníckych odborov, Prešovská univerzita v Prešove

Východiska: Modulový vzdelávací program v pregraduálnom vzdelávaní sestier má z hľadiska uplatniteľnosti absolventov na trhu práce mnohé pozitíva. Metódy vzdelávania sú základným prvkom štruktúry modulu pre účely všeobecnej, odbornej a praktickej prípravy sestier. **Cieľ:** Cieľom príspevku je opísať metódy vzdelávania potrebné pre vytvorenie koncepčného rámca obsahu a cieľov modulového programu v predmete Ošetrovatel'ské postupy.

Metodika: Projekt KEGA: 029PU-4/2017 *Inovácia predmetu Ošetrovatel'ské postupy I a II - vytvorenie modulového vzdelávacieho programu*, realizovaného v súčasnosti na Fakulte zdravotníckych odborov Prešovskej univerzity v Prešove predstavuje model prepojenia teoretických poznatkov a praktických zručností študentov v študijnom odbore ošetrovatel'stvo.

Výsledky: Tradičné metódy vzdelávania sú založené predovšetkým na analytickom prístupe. Z hľadiska efektívnosti a kvality vzdelávania má prepojitel'nosť inovatívnych teoreticko-praktických metód opodstatnený význam.

Záver: Modulový vzdelávací program, metódy vzdelávania a evaluácia kvality modulového programu vzdelávacích inštitúcii majú pripraviť študenta do profesie tak, aby plnili požiadavky spoločnosti.

Kľúčové slová: Ošetrovatel'stvo. Ošetrovatel'ské postupy. Metódy vzdelávania. Modulový vzdelávací program.

Pod'akovanie: Príspevok je výstupom projektu KEGA: 029PU-4/2017 *Inovácia predmetu Ošetrovatel'ské postupy I a II - vytvorenie modulového vzdelávacieho programu*.

VPLYV CHRONICKEJ OBŠTRUKČNEJ CHOROBY PEŮC NA VÝSKYT DEPRESIE U SENIOROV

KURIPLACHOVÁ G.¹, KENDROVÁ L.², HUDÁKOVÁ A.¹, MAJERNÍKOVÁ E.¹, CIBRÍKOVÁ S.¹

¹ *Katedra ošetrovatel'stva, Fakulta zdravotníckych odborov, Prešovská univerzita v Prešove*

² *Katedra fyzioterapie, Fakulta zdravotníckych odborov, Prešovská univerzita v Prešove*

Uverejnené v aktuálnom čísle Zdravotníckych listov ako full text (s. 27–32).

OBŤAŽUJÚCE SYMPTÓMY A SOCIÁLNA OPORA U PACIENTOV S ONKOLOGICKÝM OCHORENÍM

KURUCOVÁ R., ŽIAKOVÁ K., ŠRÁMEKOVÁ G.

Ústav ošetrovateľstva, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave

Východiská: Absencia hodnotenia obťažujúcich symptómov a sociálnej opory u pacientov s onkologickým ochorením v klinickej ošetrovateľskej praxi.

Cieľ: Zistiť, ako výskyt obťažujúcich symptómov ovplyvňuje mieru sociálnej opory u pacientov s onkologickým ochorením.

Súbor a metódička: Do výskumného súboru bolo zapojených 100 pacientov (47 žien a 53 mužov) s diagnostikovaným onkologickým ochorením, v rôznom štádiu závažnosti ochorenia. Na posúdenie prežívania symptómov sme použili nástroj Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS). Škála posudzuje 32 symptómov v troch subškálach (fyzické, psychické, symptómy, celkový distress). Na posúdenie miery sociálnej opory sme použili škálu SELSA, obsahuje 20 položiek, rozdelených do 3 subškál – sociálne vzťahy, rodinné vzťahy, partnerské vzťahy.

Výsledky: Z uvedených výsledkov vyplýva, že pri vyššom výskyte obťažujúcich symptómov pociťujú pacienti nižšiu mieru sociálnej opory v jednotlivých doménach. Najväčšiu mieru lineárnej závislosti pozorujeme medzi výskytom psychických symptómov a doménou rodina v škále SELSA (0,470) a medzi výskytom psychických symptómov a celkovou mierou sociálnej opory (0,456).

Záver: Pre sestry z klinickej praxe môže posudzovanie obťažujúcich symptómov slúžiť na plánovanie a realizáciu efektívnych intervencií na podporu kvality života pacientov s onkologickým ochorením.

Kľúčové slová: Obťažujúce symptómy. Sociálna opora. Onkologické ochorenie. Pacient.

KOLONIZÁCIA *KLEBSIELLA PNEUMONIAE* S PRODUKCIOU KARBAPENEMÁZ – EPIDEMICKÉ ŠÍRENIE VO FAKULTNEJ NEMOCNICI

LITVOVÁ S.^{1,2}, ČEREŠŇÁKOVÁ K.¹,
ŠTEFKOVIČOVÁ M.^{1,2}

¹ Regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom v Trenčíne

² Fakulta zdravotníctva, Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne

V posledných dekádach sa epidémie vyvolané multirezistentnými mikroorganizmami v zdravotníckych zariadeniach stali významným verejnozdravotníckym problémom. Nozokomiálne infekcie sú často vyvolávané gramnegatívnymi baktériami. Jednou z nich je aj *Klebsiella pneumoniae*, ktorá môže byť za bežných okolností súčasťou mikroflóry organizmu. Štúdie poukazujú na to, že u kmeňov *klebsiely* sa rýchlo vytvára rezistencia, čo jej dáva selektívnu výhodu a schopnosť prežiť v prostredí,

kde sa používajú antibiotiká. *Klebsiella pneumoniae* s produkciou karbapenemáz bola prvýkrát izolovaná v USA v roku 1996 a neskôr bol jej záchyt hlásený zo všetkých častí sveta. V súčasnosti je vysoká prevencia prípadov hlásená najmä z krajín ako USA, Izrael, Čína, Grécko, pričom sú evidované sporadické prípady i nozokomiálne epidémie. Cieľom bola deskripcia a analýza epidemického šírenia kolonizácie kmeňom baktérie *Klebsiella pneumoniae* s produkciou karbapenemáz vo fakultnej nemocnici v období troch mesiacov. V čase od mája do augusta 2017 bolo v jednej z fakultných nemocníc na Slovensku zaznamenané epidemické šírenie kmeňa *Klebsiella pneumoniae* s produkciou karbapenemáz. V priebehu troch mesiacov boli tri prípady do zdravotníckeho zariadenia zavlečené z iných nemocníc a v danej fakultnej nemocnici došlo ku vzniku 48 prípadov enterálnej kolonizácie multirezistentným kmeňom z celkovej počtu 532 vyšetrených pacientov (attack rate 9,21 %). V dvoch prípadoch došlo k následnej infekcii močového traktu pri zavedenom močomvom katetri. Prípady sa v rámci epidémie vyskytli na internom oddelení, JIS interného oddelenia, OAIM, infekčnom oddelení, chirurgickom oddelení a oddelení TaPCH. Od zistenia zavlečenia emergentnej baktérie do nemocnice boli v zdravotníckom zariadení na každom oddelení, kde sa prípady vyskytli alebo kam boli pacienti s pozitívnym nálezom KPC preložené, nariadené protiepidemické opatrenia vrátane skríningu kontaktov, izolačných opatrení, opakovanej edukácie personálu, environmentálneho skríningu, zvýšenej frekvencie dekontaminácie prostredia, kontroly koncentrácie dezinfekčných roztokov a najmä podpory hygieny rúk zdravotníckych pracovníkov i pacientov. Pre zvládnutie epidemického šírenia infekcií a kolonizácií spôsobených *Klebsiella pneumoniae* s produkciou karbapenemáz bolo potrebné zavedenie ale najmä kontrola dodržiavania protiepidemických opatrení a opakovaná edukácia zdravotníckych pracovníkov.

Kľúčové slová: *Klebsiella pneumoniae*. Kolonizácia. Epidemické šírenie.

PROBLEMATIKA ANATOMICKEJ TERMINOLÓGIE V ŠTÚDIU OŠETROVATEĽSTVA

MAJERNÍKOVÁ E.

Katedra ošetrovateľstva, Fakulta zdravotníckych odborov, Prešovská univerzita v Prešove

Pokrok v zdravotníctve závisí do značnej miery od komunikácie, čiže od poskytovania a prijímania informácií. Jednoznačná komunikácia je však možná len vtedy, keď majú termíny značenia pojmov rovnaký význam pre účastníkov komunikácie. Cieľom príspevku je prezentácia najčastejších problémových oblastí v súvislosti s anatomickou nomenklatúrou vo vzdelávaní pre nelekárske zdravotnícke odbory hlavne ošetrovateľstvo.

Kľúčové slová: Anatomická nomenklatúra. Lekárska terminológia. Ošetrovatelstvo.

Pod'akovanie: Publikácia vznikla na základe riešenia projektu KEGA č. 024PU-4/2017 s názvom *Latinsko-slovensko-poľská anatomická terminológia ako moderná lexikografická príručka v profesijnom vzdelávaní*.

VPLYV AUTOLÓGNEJ TRANSPLANTÁCIE NA KVALITU ŽIVOTA PACIENTOV S MNOHOPOČETNÝM MYELÓMOM

MAJERNÍKOVÁ L., OBROČNÍKOVÁ A.,
KURIPLACHOVÁ G.

Katedra ošetrovatelstva, Fakulta zdravotníckych odborov, Prešovská univerzita v Prešove

Uverejnené v aktuálnom čísle Zdravotníckych listov ako full text (s. 8–12).

RESPEKT K LIDSKE DŮSTOJNOSTI V PÉČI O SENIORY Z POHLEDU PACIENTŮ

MASTILIAKOVÁ D.¹, KARDOŠOVÁ A.²

¹ *Fakulta zdravotníctva, Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne*

² *Súkromná stomatologická ambulancia, Žilina*

Uverejnené v aktuálnom čísle Zdravotníckych listov ako full text (s. 40–49).

MONITORING ČINNOSTI VÝJAZDOVEJ PORADNE ZDRAVIA NA VÝSTAVE SENIOR EXPO ZA ROKY 2012–2017

MIČÍKOVÁ L., PAVLÍKOVÁ M.

Regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom v Trenčíne

Výjazdová poradňa zdravia pri Regionálnom úrade verejného zdravotníctva so sídlom v Trenčíne sa pravidelne zúčastňuje výstavy SENIOR EXPO. Pracovníci oddelenia Výchova k zdraviu svoju činnosť zameriavajú na preventívne vyšetrenia a zdravotno-výchovné poradenstvo k rizikám vzniku chronických neinfekčných ochorení. Príspevkom chceme zmonitorovať činnosť výjazdovej poradne zdravia za obdobie rokov 2012–2017 u seniorov a poukázať na jej etablovanie sa na podujatí akým je výstava SENIOR EXPO. Činnosť výjazdovej poradne sa zameriavala predovšetkým na biochemické, somatické, antropometrické vyšetrenia a odborné poradenstvo. Aktivity boli vykonávané na základe manuálu pre prácu v základnej poradni zdravia. Z údajov vyplýva, že najväčší záujem klientov bol o vyšetrenie cholesterolu

a zmeranie krvného tlaku, nasledovali antropometrické vyšetrenia. Limitujúcim faktorom bolo, že ostatné biochemické vyšetrenia vyžadujú aby bol klient nalačno a je na nich potrebný nevyhnutný čas, ktorí musia klienti akceptovať. Za sledované obdobie bolo vo výjazdovej poradni zdravia vyšetrených 589 klientov vo vekovej skupine 50+. Všetkým klientom boli poskytnuté informácie o vzniku a prevencii rizikových faktorov životného štýlu, ktoré boli prispôbené pre seniorov. Optimálna hladina biochemického ukazovateľa celkový cholesterol bola zistená u 289 klientov, vyššie hodnoty boli zaznamenané u 210 klientov, u 90 klientov sa vyskytli rizikové hodnoty. Normálna hodnota krvného tlaku bola u 334 klientov, vysoký krvný tlak bol zistený u 237 klientov. Záverom môžeme konštatovať, že výjazdová poradňa zdravia má miesto na takomto podujatí. Prináša nové poznatky pre seniorov, je spoluorganizátor sprievodných akcií, ale predovšetkým preventívnymi vyšetreniami zachytáva rizikové faktory životného štýlu.

Kľúčové slová: Poradňa zdravia. Seniori. Výchova k zdraviu. Zdravotno-výchovné poradenstvo.

VEK AKO RIZIKOVÝ FAKTOR PÁDU V NEUROLOGII

MIERTOVÁ M., BÓRIKOVÁ I., TOMAGOVÁ M.,
ŽIAKOVÁ K.

Ústav ošetrovatelstva, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave

Východiská: Vyšší vek (≥ 65 rokov) hospitalizovaných pacientov s neurologickým ochorením je spojený s vyšším rizikom pádu, ktoré sa znásobuje pri kumulácii ďalších rizikových faktorov pádu.

Ciele: Identifikovať vybrané rizikové faktory pádu a výšku rizika pádu podľa nástroja *Morse Fall Scale (MFS)* u hospitalizovaných pacientov vo vzťahu k ich veku.

Metodika: Rizikové faktory pádu boli posúdené cez zoznam kľúčových rizikových faktorov pádu a skriningom – nástrojom MFS, ktorý je odporúčaný pre iniciálne posúdenie rizika pádu u dospelých hospitalizovaných pacientov. Skóre MFS ≥ 45 predikuje vysoké riziko pádu. Štúdia bola realizovaná v januári až apríli 2017 na Neurologickej klinike UNM a JLF UK v Martine.

Výsledky: Súbor tvorilo 103 pacientov (43 mužov, 60 žien) s priemerným vekom $58,4 \pm 15,6$ rokov, z toho 43 pacientov bolo vo veku ≥ 65 rokov s priemerným vekom $72,9 \pm 6,3$ rokov. Z rizikových faktorov pádu sa vo vekovej skupine ≥ 65 rokov najviac vyskytovali poruchy chôdze a rovnováhy (79,1 %), polyfarmakoterapia (74,4 %), poruchy zraku (67,4 %). Pád v osobnej anamnéze malo 7 pacientov. Priemerné skóre rizika pádu podľa MFS bolo vysoké ($52,6 \pm 17,5$, min. 15, max. 95). K významným prediktorom pádu z hľadiska veku patrili pridružené

ochorenie ($p = 0,000$), polyfarmakoterapia ($p = 0,000$), porucha zraku ($p = 0,000$), porucha kontinencie ($p = 0,000$), pohlavie ($p = 0,005$), používanie kompenzačnej pomôcky ($p = 0,008$), porucha spánku ($p = 0,025$) a porucha sluchu ($p = 0,033$).

Záver: Posúdenie rizika pádu pri prijímaní pacienta vo vyššom veku umožní naplánovať ciele a preventívne a proaktívne intervencie na redukciiu pádu.

Kľúčové slová: Vyšší vek. Pád. Rizikový faktor. Hospitalizácia. Neurologické ochorenie.

Pod'akovanie: Štúdia je podporená grantom KEGA 048UK-4/2016 Posudzovanie rizika pádov – pre vzdelávanie a prax.

PSYCHOSOCIÁLNE ASPEKTY STAROSTLIVOSTI O SENIOROV

NOVYSEDLÁKOVÁ M., ZRUBÁKOVÁ K.

Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku

Východiská: Z pohľadu vyskytujúcich sa zvláštností chorôb v starobe, môžeme konštatovať, že narastá ich závažnosť, často prebiehajú atypicky, je častá komorbidita, vyžadujú zmenu diagnostickej i liečebnej stratégie. Starostlivosť o seniorov sa tak stáva problémom nielen medicínskym, ošetrovateľským ale aj psychologickým a sociálnym.

Ciele: Cieľom príspevku je poukázať na problematiku uspokojovania psychosociálnych potrieb u hospitalizovaných chronicky chorých seniorov.

Súbor a metódy/metodika: Prieskumný súbor tvorili sestry pracujúce na oddeleniach dlhodobochorých 75 respondentov a seniori hospitalizovaní s chronickým ochorením v zdravotníckom zariadení 100 respondentov. Hlavnou prieskumnou metódou boli 2 neštandardné dotazníky. Dotazník pre sestry pozostáva z 24 položiek, pre pacientov z 17 položiek. V dotazníkových šetreniach sme mieru saturácie potrieb hodnotili podľa Likertovej škály od 1–5. Údaje získané prieskumom sme spracovali softwarom MS Excel a MS Word.

Výsledky: Najčastejšie problémy, ktoré sestry identifikovali u chronicky chorých seniorov boli: 86,3 % sociálna izolácia, 84,9 % úzkosť, 75,3 % chronická bolesť, 69,8 % akútna bolesť, 67,1 % strach, 61,6 % sociálny dyskomfort, 52,0 % zmenený psychický stav, 50,7 % bezmocnosť. Dlhodobochorí seniori daného zdravotníckeho zariadenia hodnotili uspokojovanie ich psychosociálnych potrieb sestrami výborne až veľmi dobre. Sestry svoju schopnosť saturácie psychosociálnych potrieb pacientov hodnotili ako dobrú. 1,3 % sestier si myslí, že vie potrebu sociálnych vzťahov uspokojiť u pacientov počas hospitalizácie výborne a 32,0% veľmi dobre, 46,7 % uvádzali dobre a 20,0 % dostatočne.

Záver: Posudzovanie a uspokojovanie potrieb je zväčša objektívnym ukazovateľom pre sestru, pre pacienta subjektívnym ukazovateľom. Zvládanie nárokov vyplývajúcich z chronického ochorenia, je jeden z predpokladov udržiavania compliance a adherencie pacienta v liečbe a tým aj efektívnosti liečby.

Kľúčové slová: Psychosociálne potreby. Senior. Chronické ochorenie. Sestra.

OCHRANA ZDRAVIA SENIOROV PRI CESTOVANÍ

ONDRUŠOVÁ A., MATIŠÁKOVÁ I.

Fakulta zdravotníctva, Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne

Seniori pristupujú k životu aktívne a využívajú časové benefity dôchodku. Cestovanie do tropických oblastí sa stáva bežným i pre starších ľudí (v tomto kontexte ide o skupinu osôb starších ako 65 rokov). Demografický trend predpokladá, že podiel ľudí starších než 64 rokov na celkovej populácii v dlhodobom meradle porastie. Očakáva sa, že tento podiel sa do roku 2060 v Európe zdvojnásobí a bude tvoriť 30 percent celkovej populácie. V nadväznosti na tento fakt vzrastie tiež podiel starších ľudí na celkovom počte turistov. Proces starnutia je spojený s fyziologickými zmenami organizmu a zároveň s vyššou incidenciou zdravotných ťažkostí, ktoré môžu vystaviť seniorov vyššiemu riziku poškodenia zdravia v súvislosti s cestovaním, hlavne s cestovaním do tropických oblastí. Napríklad prirodzené zmeny v stavbe tela, zraku a sluchu môžu viesť k častejším pádom seniorov, hlavne ak sa pohybujú v im neznámom prostredí alebo znížená funkčná rezerva a zmeny v regulácii homeostázy môžu viesť k zvýšenému riziku vzniku choroby z nadmorskej výšky, ochoreniam z tepla a dehydratácii. Pri poskytovaní poradenstva pred vycestovaním v snahe čo najviac ochrániť zdravie seniorov, musia poskytovatelia zdravotnej starostlivosti brať do úvahy fyziologické zmeny, zmeny v imunite i vo farmakokinetike vznikajúce pri procese starnutia a myslieť i na komorbiditu a komplikácie s ňou spojené. Pri cestovaní ľudí v staršom veku je dôležité klásť dôraz na očkovanie. Okrem odporúčaného cestovateľského očkovania je často potrebné seniorov zaočkovať aj proti tetanu, poliomyelitíde, pneumokokom a chrípke a tých, ktorí by chceli pracovať ako dobrovoľníci v nemocniciach alebo v utečeneckých táboroch i proti hepatitídám, meningokokom a tuberkulóze.

Kľúčové slová: Seniori. Cestovanie. Očkovanie.

POTENCIÁL E-LEARNINGU VO VÝUČBE OŠETROVATELSKÝCH POSTUPOV A TECHNÍK

POLIAKOVÁ N., MASTILIAKOVÁ D.,
MATIŠÁKOVÁ I., GERLICOVÁ K., ŠIMOVCOVÁ
D., JURDÍKOVÁ K., DINGOVÁ M.

*Fakulta zdravotníctva, Trenčianska univerzita Alexandra
Dubčeka v Trenčíne*

Hlavnou náplňou predmetu Ošetrovateľské postupy a techniky je osvojovanie si zručností súvisiacich s poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti podľa platných ošetrovateľských štandardov. Nejde však len o získanie zručnosti ako takej a jej manuálne precvičovanie, ale aj o pochopenie významu výkonov, a to v súvislostiach s indikáciou alebo kontraindikáciou výkonu, posúdením a prípravou pacienta, predvídaním potenciálnych komplikácií a ich predchádzaním správne vymedzenými a logickými krokmi. Ideálne je, aby sa študent učil ošetrovateľským zručnostiam v kontexte ošetrovateľského procesu. Je dôležité, aby si vedel konkrétny výkon spojiť s posúdením pacienta, aktuálnymi a potenciálnymi sesterskými diagnózami, očakávanými výsledkami a záznamom do dokumentácie. Každý výkon má svoju logickú postupnosť krokov. Ak študent pochopí, že jednotlivé kroky musia na seba nadväzovať v určitom poradí a metodika výkonu nie je náhodná, ale vedecky overená a zdôvodniteľná, je predpoklad, že takto naučený výkon bude realizovať aj v praxi. Potreba plánovania a kritického myslenia pri realizácii ošetrovateľských výkonov umožňuje implementáciu e-learningu aj do výučby tohto predmetu. Výhodou e-learningového vzdelávania je dostupnosť výučbového materiálu, jednoduché vyhľadávanie pomocou kľúčových slov a slovníka, výučba v súvislostiach, tréningovanie kritického myslenia na základe logických úloh a okamžitej spätnej väzby.

Kľúčové slová: E-learning, Ošetrovatelstvo, Vzdelávanie.

Pod'akovanie: Tento príspevok vyšiel s podporou projektu KEGA "E-learningová interaktívna učebnica ošetrovateľských intervencií" projekt č. 009TnUAD-4/2017.

PROCES RIEŠENIA KONFLIKTNÝCH SITUÁCIÍ POČAS POSKYTOVANIA OŠETROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI

POPOVIČOVÁ M.¹, BARKASI D.²

¹ Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava, Detašované pracovisko bl. Metóda Dominika Trčku, Michalovce

² Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava

Úvod: Riešenie konfliktov je našou každodennou prácou, nočnou morou, výzvou, dôvodom na depresiu a strach, hnev a agresiu, zdrojom nových nápadov, riešení a priateľstiev. Správna stratégia a taktika nám skoro zaručuje úspešné zvládnutie konfliktu a uspokojenie strán, ktoré sa konfliktu zúčastnili. Vzhľadom k tomu prostredníctvom výskumu je poukázať na problematiku konfliktných situácií počas poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti.

Metódy: Na overenie jednotlivých hypotéz bol použitý nástroj induktívnej štatistiky a to štatistický test chí kvadrát. Rozhodnutie o významnosti rozdielov je na základe vypočítanej p-hodnoty a hladine významnosti.

Výsledky: Analýzou výsledkov bolo zistené, že konfliktné situácie v práci sestier súvisia s oddelením na ktorom pracujú a taktiež spôsoby prístupu ku konfliktným situáciám sa líšia v súvislosti so vzdelaním a vekom sestier. Z výskumu je zrejmé, že zvládanie procesu riešenia konfliktných situácií súvisí so vzdelaním a vekom respondentov.

Záver: Práca sestry je veľmi náročná, vyžaduje veľa trepezlivosti a porozumenia, ale aj ochotu pomáhať. Prináša so sebou veľa situácií, kedy vznikajú konflikty, ktoré sestru musí zvládať, efektívne ich riešiť. Pri hľadaní riešenia konfliktu je dôležité, či je pre sestru prioritou dosiahnutie výsledku, alebo či jej záleží aj na vzťahu s daným človekom. Pri nesprávnom riešení konfliktov, ich bagatelizovanie či nedbalosťou môže konflikt prerásť až v mobbing, ktorý predstavuje pomerne zásadný problém

Kľúčové slová: Konflikt. Príčiny konfliktov. Riešenie konfliktov. Sestra.

ETICKÝ PRÍSTUP KU GERIATRICKÝM PACIENTOM Z POHLADU PRÍPADOVEJ ŠTÚDIE

RAPČÍKOVÁ T., JANICZEKOVÁ E.

Fakulta zdravotníctva Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave so sídlom v Banskej Bystrici

Uverejnené v aktuálnom čísle Zdravotníckych listov ako full text (s. 50–55).

FRAGILITY SYNDROME AS A SPECIAL CHALLENGE FOR GERIATRIC CARE

ROZYK-MYRTA A.

University of Applied Sciences in Nysa, Poland

Ageing is associated with an increased risk of diseases, especially chronic, related to progressive biological processes, in which degenerative processes dominate over

growth and regeneration. Attempts to describe the aging process in a useful manner led to the concept of a fragility syndrome. Recognition of the fragility syndrome increases the possibility of individually selected and directed care for an elderly person. Preventing adverse consequences, such as a physical disability treated as a public health problem, should be a priority in undertaking clinical trials of the elderly and planning care. The separation of precise diagnostic criteria will facilitate the early identification of the fragility syndrome, which is a common goal of many specialists in many fields to prepare the precautionary programs and care planning, as well as to prevent the consequences and complications of adverse events.

Key words: Fragility syndrome. Ageing process. Geriatric care. Physical fitness.

FENOMÉN ODPUSTENIA V TERMINÁLNYCH FÁZACH UTRPENIA A NA SKLONKU LUDSKÉHO ŽIVOTA

SEDLÁČEK J.

Katedra pastorálnej teológie, Rímskokatolícka Cyrilo-metodská bohoslovecká fakulta Univerzity Komenského, Bratislava a Fakulta zdravotníctva, Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne

Fenomén odpustenia je v terminálnej fáze a na sklonku života previazaný s duchovnou bolesťou, v ktorej sa pravé Ja stretá s ideálnym Ja. Spôsobuje to bolestivú, no pravdivú i kreatívnu konfrontáciu. Človek na strane odpustenia je človekom, ktorý opustil bolesť, „pustil“ vinníka, objavil oslobodzujúce poznanie, že mal právo sa hnevať a že odpustenie pomôže v prvom rade jemu. Odpustiť blízkym osobám z minulosti všetko, v čom zlyhali, je previazané s odpustením seba samým a vedomím, že aj oni sami často osobne zlyhali a stále ešte zlyhávajú. Keď sa im podarí zbaviť sa hnevu ich zostávajúce obdobie života začne byť ovládané láskou, tým najmocnejším možným spôsobom. Stanú sa tým, čím sa majú stať – ľuďmi, ktorí sú zmierení, žijú v pokoji v Božom obraze pokoja a radosti. Príspevok uzatvárajú konkrétne návrhy dynamík spracovania odpustenia a porovnanie pravdivého a falošného pocitu viny.

Kľúčové slová: Odpustenie. Duchovná bolesť. Pociť viny. Kreatívna depresia. Zranenia. Potreba odpustenia.

HORIZONTÁLNI KOMUNIKACE ZDRAVOTNÍKŮ V KONTEXTU BEZPEČNÉ PÉČE

SNOPEK P., PLISKOVÁ B.

Ústav zdravotníckych vied, Fakulta humanitných štúdií, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

V dnešní době jsou pacienti jen zřídka ošetrováni pouze jedním zdravotníkem. V kontextu komplexního systému zdravotní péče je pro bezpečnost pacientů nezbytná účinná týmová práce, neboť minimalizuje nežádoucí příhody způsobené nesprávnou komunikací s ostatními, kteří pečují o pacienta. V tomto textu zaměřujeme svoji pozornost na zlepšení komunikace a sdílení podstatných informací mezi zdravotníky.

Klíčová slova: Komunikace. Tým. Ošetrovatelství. Bezpečná péče.

DIABETICKÁ NOHA V KONTEXTE HYPERBARICKEJ OXYGENOTERAPIE

SOKOL R.¹, POLIAKOVÁ N.²

¹ ADOS StarDos n. o., Trenčín

² Fakulta zdravotníctva, Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne

Východiská: Jednou z najzávažnejších komplikácií diabetu je syndróm diabetickej nohy, ktorý zodpovedá za 60 % všetkých netraumatických amputácií dolných končatín. Terapia sa realizuje súčinnosťou medzi cievnym chirurgom, diabetológom, rádiológom, protetikom, mikrobiológom a sestrou. Nevyhnutnou zložkou komplexnej starostlivosti je kompenzácia diabetu, lokálne ošetrovanie defektu, antibiotická liečba, imobilizácia, protetická starostlivosť, motivácia a edukácia pacienta. Efektívnu doplnkovou metódou liečby diabetickej defektov môže byť hyperbarická oxygenoterapia.

Ciele: Cieľom štúdie je prezentovať výsledky domácej ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov s diabetickej nohou v kontexte liečby hyperbarickou oxygenoterapiou a compliance pacientov.

Výskumná vzorka: Vzorku tvorili dvaja pacienti agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti Stardos Trenčín vo veku 67 rokov a 68 rokov so syndrómom diabetickej nohy, ktorí boli zároveň liečení hyperbarickou oxygenoterapiou v počte 20 expozícií.

Metódy: Metódou štúdie boli kazuistiky. Zber informácií bol realizovaný rozhovorom, pozorovaním, analýzou zdravotnej dokumentácie a fyzikálnym vyšetrením. Rany boli posudzované báze SDN klasifikácie podľa Wagnera. Pacienti boli sledovaní v čase od prijatia do starostlivosti agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti do vyliečenia defektov.

Výsledky: U pacienta s 20-ročnou inzulinoterapiou, vyhovujúcou compliance, po 20 expozíciách hyperbarickej oxygenoterapie, dôsledným ošetrovaním rán vlhkovou terapiou agentúrou domácej ošetrovateľskej starostlivosti

a pri dobrej kompenzácii diabetes mellitus došlo k zahojeniu defektov na dolnej končatine za 8 týždňov. U pacienta s 38 rokov trvajúcou inzulínoterapiou, amputáciou 4 prstov, po 20 expozíciách hyperbarickej oxygenoterapie a dôsledným ošetrovaním rán vlhkou terapiou agentúrou domácej ošetrovateľskej starostlivosti sa rany taktiež zahojili do 8 týždňov, ale pri zhoršujúcej sa compliance sa začína tvoriť nový defekt. Z hľadiska štatistického vyhodnotenia počtu amputácií v období 2013–2015 v Trenčianskom kraji u pacientov s diabetickou nohou liečených štandardnou terapiou, v porovnaní s počtom amputácií u pacientov liečených aj hyperbarickou oxygenoterapiou, je výrazne nižší počet amputácií u pacientov liečených hyperbarickou oxygenoterapiou.

Záver: Ošetrovanie prostredníctvom agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti v prirodzenom sociálnom prostredí s dôrazom na edukáciu je neodmysliteľnou súčasťou podiatrickej starostlivosti o pacientov s diabetes mellitus. Hyperbarická oxygenoterapia má význam v liečbe chronických ulcerácií na báze syndrómu diabetickej nohy s efektom skrátenia doby hojenia a znížovania počtu amputácií.

Kľúčové slová: Hyperbarická oxygenoterapia. Domáca ošetrovateľská starostlivosť. Vlhká terapia. Syndróm diabetickej nohy. Compliance.

Pod'akovanie: Tento príspevok vyšiel s podporou projektu „Dobudovanie technickej infraštruktúry pre rozvoj vedy a výskumu na Trenčianskej univerzite Alexandra Dubčeka prostredníctvom hyperbarickej oxygenoterapie“ ITMS kód 26210120019 Operačného programu Výskum a vývoj.

PROAKTÍVNE ZVLÁDANIE ZÁŤAŽE U PACIENTOV SO SKLERÓZOU MULTIPLEX

SOLGAJOVÁ A., ZRUBCOVÁ D., VÖRÖSOVÁ G., LÍŠKOVÁ M.

Katedra ošetrovatel'stva, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre

Uverejnené v aktuálnom čísle Zdravotníckych listov ako full text (s. 20–26).

PROBLEMATIKA VÝŽIVY U SENIORŮ

STUHLÍKOVÁ K.¹, VEREŠOVÁ J.¹, PRUSENOVSKÁ M.²

¹ Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety n. o., Bratislava, Slovenská republika

² Neurologická klinika, Fakultní nemocnice, Česká republika

Uverejnené v aktuálnom čísle Zdravotníckych listov ako full text (s. 67–73).

ORGANIZÁCIA CHIRURGICKÝCH JIS A PRAX ZALOŽENÁ NA DŔKAZOCH

SULOVCOVÁ K.

Chirurgická klinika a Transplantačné centrum, Univerzitná nemocnica Martin

Východiská: Práca sa zameriava na problematiku manažmentu ošetrovateľskej starostlivosti, s ktorou sa stretávajú na jednotkách intenzívnej starostlivosti (JIS) chirurgických kliník. Dôležitým faktorom, ktorý ovplyvňuje chod pracoviska je spolupráca multidisciplinárneho tímu a pozitívny postoj pracovníkov k zmenám.

Ciele: Cieľom práce bolo identifikovať najčastejšie problémy, ktoré dlhodobo ovplyvňujú prácu na chirurgických JIS a ich dopad na personál a pacienta.

Metódy: Na zistenie výsledkov bolo nevyhnutné použitie klinických skúseností a štúdium odbornej literatúry.

Výsledky: Prieskumom sme zistili, že existuje množstvo faktorov, ktoré každodenne negatívne zasahujú do prevádzky chirurgických JIS.

Záver: Na odstránenie negatívnych vplyvov z prostredia chirurgických JIS nie je potrebný finančný obnos, ale naopak profesionálna komunikácia na úrovni lekár-sestra. Interpersonálne vzťahy a neustále sa vzdelávanie v odbore, je to, čo nevyhnutne potrebuje každé pracovisko, ktoré chce pracovať na medzinárodnej úrovni.

Kľúčové slová: Chirurgia. JIS. Organizácia práce. Odporúčené postupy. Prax založená na dôkazoch.

ZDRAVOTNÍCI S NOSIČSTVOM MRSA

ŠTEFKOVIČOVÁ M.^{1,2}, LITVOVÁ S.¹, ČEREŠŇÁKOVÁ K.¹, GARABÁŠOVÁ M.¹, CHRÁSTINOVÁ L.¹, MATIŠÁKOVÁ I.²

¹ Regionálny úrad verejného zdravotníctva v Trenčíne

² Fakulta zdravotníctva, Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne

Existuje množstvo kontraverzií o úlohe zdravotníckych pracovníkov (ZP) pri šírení MRSA v zdravotníckych zariadeniach, pri prijímaní protiepidemických opatrení neexistuje všeobecná zhoda. Pri analýze publikácií (1980–2006) zaoberajúcich sa úlohou zdravotníckych pracovníkov bola sledovaná pravdepodobnosť MRSA kolonizácie/infekcie ZP a určiť ich úlohu pri prenose a šírení MRSA v zdravotníckych zariadeniach. V 127 vedeckých publikáciách bolo priemerné nosičstvo MRSA u ZP 4,6 %, z nich 5,1 % malo klinické príznaky infekcie. Základný skrining sa vykonáva v predných nosových priechodoch, extranazálny skrining zvyšuje výťažnosť záchytu o 50 % v oblastiach s nízkym výskytom MRSA a o 37 % v oblastiach s vysokým výskytom MRSA (skrining orofaryngu o 21 %, perinea o 20 %, rany o 17 %,

axily o 7 %). V práci Wonderberga a kol., v analyzovali 191 epidémií, z ktorých u 26 mohli byť ZP prameňom MRSA. Zistili, že v 11 epidémiách išlo o vysokú pravdepodobnosť (strong evidence), z nich 3 spôsobili nosiči a 8 spôsobili ZP s infekciou MRSA. Sú však aj práce, ktoré uvádzajú väčší podiel nosičov MRSA na šírení patogéna v nemocnici (V publikácii Bloka je uvedené, že v Utrechte všetkých 57 ZP v 17-ich epidémiách vyvolaných MRSA boli asymptomatických; minimálne v 4 bolo dokázané, že ju vyvolali).

Rizikové faktory (RF) pre MRSA u ZP sú komorbidity: lézie na koži (dermatitída, ekzém, penfigus), sínusitída, rinitída, chronická infekcie vonkajšieho zvukovodu, rôzne endogénne faktory: napr. užívanie ATB, faktory súvisiace s prácou: predchádzajúca práca v zahraničí, práca na JIS, AOIM, USS, práca v nemocnici s vysokou endemicitou MRSA, úzky kontakt s pacientami (prevazy, intubácia...), nízky štandard hygieny rúk, nízky štandard oddelenia, preplnenosť oddelenia a pod. U väčšiny ZP je nosičstvo tranzientné (na začiatku smeny je nižší podiel nosičov ako na konci), dlhodobé nosičstvo sa vyskytuje častejšie u ZP s komorbiditami. Pretrvávanie nosičstva napriek dekolonizácii sa zaznamenáva hlavne ak: ZP má komorbidity, kolonizácia je okrem nosovej aj extranazálna, ZP je exponovaný MRSA externými zdrojmi (napr. nosič/chorý v domácnosti, zvieratá, okolie), rezistencia kolonizujúceho kmeňa na mupirocín. Relaps po eradikácii býva častejšie pri faryngeálnom, rektálnom alebo perineálnom nosičstve, pri ranách, výskytu na viečku či koži, nosových polypoch, pri infekcii dolných dýchacích ciest, chronickej otitis externa.

Indikácie k výkonu skríningu a dekolonizácie možno rozdeliť na odporúčané a sporné. K odporúčaným patrí skrínig a dekolonizácia pri epidémiách ako súčasť protiepidemických opatrení, na oddeleniach s nízkou prevalenciou ako súčasť stratégie „search & destroy“, alebo ak pokračuje prenos napriek predchádzajúcim opatreniam, prípadne ak je evidentná epidemiologická súvislosť ZP s prenosom. Sporný je skrínig a dekolonizácia ZP pri endemickej výskytu na oddelení (je menej dôležitá ako dekolonizácia pacientov s výnimkou vysoko rizikových oddelení: JIS, OAIM) a tiež skrínig pri vstupe do zamestnania (stretávame sa s ním v nemocniciach s nízkou prevalenciou MRSA, ak ZP prichádza z nemocnice s vysokou prevalenciou, ak prichádza na oddelenie s implantačnými opráciami apod.).

Vznik rezistencie na mupirocín je najvýznamnejším rizikom jeho širokého používania. Rezistencia nízkého stupňa (MIC 8-64/256mg/ml) je spôsobená mutáciou v isoleucyl-tRNA syntetáze. Jej klinická významnosť nie je jasná, predpokladá sa, že účinnosť mupirocínu pri tomto type rezistencie je 80 %, rezistencia vysokej úrovne je kódovaná plazmidom prenášaným génom – mupA (MIC > 512 mg/ml). Pri rezistencii vysokej úrovne spájanej aj s rezistenciou na niekoľko druhov an-

tibiotík (aminoglykosidy, makrolidy, tetracyklín, trimetoprín) a na chlórhexidín. Účinnosť mupirocínu klesá na 27 %. V takomto prípade sa prechádza na Naseptín (0,5 % neomycín+ 0,1 % chlórhexidín) 4x denne – 10 dní, eradikácia je menej úspešná, rekolonizácia častejšia, môžu vzniknúť iritácie. FR pre perzistenciu po dekolonizácii je: vek (OR 1.04), hospitalizácia v posledných 2 rokoch (OR 2.4), expozícia MRSA rezistentným na viaceré ATB (OR 3.1), kombinovaná rezistencia na mupirocín a chlórhexidín (OR 3.4), rana alebo bércový vred (OR 5.7).

Odporúčania pre skrínig a pravidlá eradikácie nosičstva: Výtery sa vykonávajú najprv z nosovej dutiny, pri neúspechu je možný skrínig z nasledovných miest: hrdlo, axila, inquina, rectum/perineum, rana. Pri izolovanej nosovej kolonizácii sa na dekolonizáciu používa: mupirocín do nosa, iné antiseptikum do nosa, bakteriofág v trvaní 5–7 dní. Súčasťou eradikácie má byť dekontaminácie osobných predmetov (oblečenie, telové mlieka, zubné kefky, dentálne nite, poháre, hrebene). Pri faryngodeálnom (perineálnom /rektálnom) nosičstve alebo infekcii sa k opatreniam pridá systémové podanie ATB (napr. Cotrimoxazol, clindamycín, doxycyklín/rifampicín, kys. Fusidová, cotrimoxazol/rifampicín) na 7 dní. Po zlyhaní sa odporúča skontrolovať liečbu, predispozície, zistiť rizikové faktory, vykonať skrínig rodinných príslušníkov, enviromentu (v prípade pozitivity vykonať intervenciu), skontrolovať rezistenciu na mupirocín; v prípade zistenia použiť alternatívne prípravky. Obmedzenie práce a dĺžka sledovania; obmedzenie práce je vysoko kontraverzné. Dánsko a Nemecko vykonávajú vyradenie z práce s pacientom na > 48 hod. po začatí dekolonizácie, resp. do potvrdenia eradikácie. Najviac sa realizuje na oddeleniach ako JIS/implantačná chirurgia, uniká extranazálne nosičstvo, problémy nastávajú u ZP s trvalým nosičstvom po dekolonizácii, problematická je zmena s compliance s hygienou rúk, treba brať do úvahy aj cenu skríningu a dekolonizácie. Dĺžka sledovania (nie je konsensus): trvá počas 3 negat. výterov (alebo PCR) 48 hodín po sebe, začína sa 2 dni po ukončení dekolonizácie/liečby, opakuje sa o 4 týždne (12 týždňov u extranazálneho nosičstva). Je popísaný prípad 2 sestier v Holandsku s pretrvávajúcim nosičstvom MRSA nezaberajúce na dekolonizáciu, ani na liečbu po opakovaných epizódach tonsilitíd, negatívne kultúry dosiahli až po tonzilektómii. Vystáva otázka ako agresívny/ invazívny by sme mali byť a či je etická požiadavka, aby ZP podstupovali takéto riziko v záujme ich pacientov.

Záver: Je pravdepodobné, že ZP sú dôležití pri prenose MRSA, najčastejšie ako vektor a nie ako prameň pôvodu MRSA. Kľúčovým faktorom je compliance ZP s „contact precautions“. Kolonizovaní ZP iba vzácné zapríčinia epidémiu, nosičstvo u nich je často tranzientné (na konci zmeny). Ritínny skrínig sa neodporúča, možný je pri podozrení že ZP je index case v epidémii. Ostražitosť je na mieste ak má zdravotník chronické

kožné afekcie (napr. kontaktnú dermatitídu, ekzém), chronický zápal vonkajšieho zvukovodu či nosové nosičstvo v kombinácii s vírusovým infektom (zvyšuje vylučovanie MRSA). Okrem epidemiologických aspektov problematiky je brať do úvahy aj etické, psychologické a ostatné aspekty: dôvernosť a diskretnosť, stigmatizácia a pocit viny ZP, tenzia medzi nemocničným tímom a ZP, stres a strach z prenosu, falošné uistenie pri falošne negatívnom labornom teste, zvýšenie pracovného tlaku pre ostatných ZP, obtiažnosť priameho dôkazu prenosu MRSA medzi ZP a pacientom, obavy z rizika rezistencie a v neposlednej rade aj nákladová efektívnosť.

Kľúčové slová: MRSA. Zdravotnícki pracovníci. Nosičstvo.

PRÍČINY NEDOSTATKU SESTIER A OPATRENIA NA ICH STABILIZÁCIU

ŠEVČOVIČOVÁ A.¹, VINTEROVÁ M.^{1,2}

¹ Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Detašované pracovisko Rožňava

² Nemocnica Košice-Šaca a.s., 1. súkromná nemocnica

Nedostatok sestier predstavuje v slovenských nemocniciach dlhodobý problém. Súčasná situácia v zdravotníctve prináša sestрам nevyhovujúce pracovné podmienky, hromadenie nadčasov a s tým súvisiacu vyčerpanosť, nárast administratívnej činnosti, nedostatok času na pacienta. Pre sestry je demotivujúce nedostatočné finančné ohodnotenie bez prihliadnutia na praktické skúsenosti súvisiace s dĺžkou výkonu povolania. Nízka atraktivita povolania sa prejavuje na klesajúcom počte záujemcov o štúdium. Zo štatistík Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek vyplýva, že za posledných päť rokov ubudlo viac registrovaných sestier a pôrodných asistentiek ako pribudlo. Pre stabilizáciu a udržanie sestier v profesii sa musia uskutočniť komplexnejšie zmeny. Motiváciou pre zotrvanie v systéme by mohlo byť úprava kompetencií a otázka mzdového ohodnotenia, ktoré by bránili odchodu sestier za lepšími pracovnými a platovými podmienkami do zahraničia. Určite je dôležité podporiť záujem mladých ľudí o vzdelávanie v sesterskej profesii, pretože priemerný vek sestier pôsobiacich v zdravotníckych zariadeniach je alarmujúci. Stimulom pre sestry môže byť možnosť kariérneho postupu a vytvorenie podmienok pre ďalšie odborné vzdelávanie zo strany zamestnávateľa.

Kľúčové slová: Demotivačné činitele. Nedostatok sestier. Povolanie sestry. Stabilizačné opatrenia.

NUTRIČNÍ SCREENING

VÁŽANOVÁ Z.¹, LITVÍNOVÁ A.²

¹ Nemocnice Uherské Hradiště, Česká republika

² Stredná zdravotnícka škola, Trenčín, Slovenská republika

Východiska: Nutriční screening je veľmi dôležitým nástrojom ve zdravotníctví. Jeho pomocí lze určit pacienty, kteří trpí podvýživou nebo jsou jejím vznikem ohroženi. Podvýživa neboli malnutrice může znamenat velké komplikace z hlediska úspěšnosti ale i délky léčby pacienta. Naneštěstí si však ne všichni uvědomují rizika spojená s podvýživou, nemají o ní dostatečné znalosti a nevyšetřují pacienty tak, jak by měli.

Cíle: Hlavním cílem práce bylo zmapovat používání nutričního screeningu v nemocničních zařízeních. Dílčími cíli byli za prvé zjistit úroveň odborných znalostí všeobecných sester a porodních asistentek v oblasti hodnocení nutričního stavu, za druhé zjistit zda je prováděn nutričního screeningu u hospitalizovaných pacientů ve zdravotnickém zařízení, za třetí zjistit zda se přehodnocuje nutriční screening u hospitalizovaných pacientů ve zdravotnickém zařízení a za čtvrté zjistit jestli se ve zdravotnickém zařízení, ve kterém je hodnocen nutriční stav hospitalizovaného pacienta, dále pracuje s výsledky nutričního screeningu.

Výzkumný vzorek: Výzkumný vzorek tvořily všeobecné sestry a porodní asistentky ze dvou zdravotnických zařízení. Jedno z nich bylo akreditované a druhé v přípravě na akreditaci. Všeobecné sestry a porodní asistentky pracovaly na interním, chirurgickém, geriatrickém nebo gynekologicko-porodnickém oddělení.

Metody: Pro výzkum jsme zvolili kvantitativní metodu, konkrétně nestandardizované dotazníky. Při hodnocení hypotéz jsme použili testování pomocí chí-kvadrát testu v kontingenční tabulce a provedli jsme statistické testy. Výsledné testové statistiky, a to Pearsonův chí-kvadrát, případně statistika z Fisherova přesného testu, jsme posoudili pro hladinu významnosti < 0,05. Míru vzájemné závislosti mezi testovanými faktory (odpověďmi na otázky z dotazníku) jsme sledovali pomocí koeficientů Kendalllovo tau-b a Pearsonovo R.

Výsledky: Bylo zjištěno, že vzdělání sester nemá vliv na úroveň odborných znalostí, vzdělání sester nemá vliv na další vzdělávání v oblasti hodnocení nutričního stavu, typ zdravotnického zařízení má vliv na vyhodnocování nutričního stavu pacientů, typ zdravotnického zařízení má vliv na přehodnocování nutričního stavu pacientů.

Závěr: Zjištěné výsledky ukazují, že rozhodně existují oblasti, ve kterých se mohou (možná by se i měly) obě zdravotnická zařízení zlepšovat. Pozitivní však je, že jsme našli také dost oblastí, u kterých můžeme říct, že zdravotnická zařízení splňují standardy.

Klíčová slova: Nutriční screening. Pacient. Hospitalizace. Všeobecná sestra. Hodnocení.

POKYNY PRE AUTOROV

Časopis *Zdravotnícke listy* je vedecký recenzovaný časopis, ktorý sa zameriava na publikovanie príspevkov z oblasti zdravotníckych lekárskech i lekárskech odborov. Časopis uverejňuje pôvodné práce, prehľadové referáty a recenzie odbornej literatúry, ktoré sa vyznačujú aktuálnosťou a obsahovou relevantnosťou.

Redakcia prijíma rukopisy v slovenskom, českom a anglickom jazyku, ktoré sa stávajú subjektom recenzného konania minimálne dvoch nezávislých recenzentov. Identita recenzentov môže byť utajená. V priebehu recenzného konania sa editori zaväzujú udržiavať v tajnosti informácie o autorstve posudzovaného príspevku pred recenzentmi, redakčnou radou a vydavateľom. Ďalej sa zaväzujú nepoužiť bez písomného súhlasu žiadnu časť nepublikovaného rukopisu. Za vedeckú a zároveň etickú úroveň časopisu zodpovedá predseda redakčnej rady spolu s vedúcim editorom a redakčnou radou.

Záverečné rozhodnutie vo veci akceptácie alebo zamietnutia článku na publikovanie zostáva v plnej kompetencii redakčnej rady. Za jazykovú korektúru (jazykovú a gramatickú stránku príspevku) zodpovedajú autori. Redakcia si vyhradzuje právo vykonávať drobné štylistické úpravy textu bez konzultácie s autorom, s ktorými sa autor oboznámi pri autorskej korektúre, ako aj na zamietnutie textu, ktorý obsahovo nezapadá do koncepcie časopisu alebo nebol schválený odborným recenzným posudzovaním. Práca s formálnymi nedostatkami sa vráti autorovi na prepracovanie.

Príspevky musia spĺňať základné etické princípy kladené na výskum na ľudskom subjekte. V rukopise je nutné uviesť, že štúdia, ktorej je príspevok súčasťou, bola schválená etickou komisiou (uviesť názov etickej komisie). Ďalej je potrebné uviesť, že účasť respondentov na štúdiu bola dobrovoľná a údaje boli spracované dôverne. Autor má povinnosť uviesť prípadné zdroje financovania a vyjadriť sa k potenciálnemu konfliktu záujmov. Práca musí obsahovať prehlásenie, že nebola a v prípade akceptácie, nebude zaradená na publikovanie do iného časopisu, ktoré musí byť podpísané všetkými autormi na znak ich súhlasu s obsahom rukopisu. Prijaté práce sa stávajú trvalým vlastníctvom časopisu a bez písomného súhlasu vydavateľa nesmie byť reprodukováná žiadna časť akceptovanej práce.

Formálna stránka rukopisu –

- rozsah rukopisu je obmedzený na 12 normostrán (21 600 znakov aj s medzerami).
- Odporúčané nastavenie pre MS Word - abstrakt: typ písma Times New Roman, veľkosť 12, riadkovanie 1,0, všetky okraje nastavené na 2,5 cm, zarovnanie doľava, nedeliť slová.
- Odporúčané nastavenie pre MS Word – vlastný text: typ písma Times New Roman, veľkosť 12, riadkovanie 1,5, všetky okraje nastavené na 2,5 cm, zarovnanie doľava, nedeliť slová.
- V texte nepoužívať tučné písmo (bold) a kurzívu (okrem citátov). Tučné písmo používať iba na označenie názvu príspevku a jeho jednotlivých častí, názvy tabuliek a obrázkov.
- Tabuľky, obrázky a grafy musia byť umiestnené na príslušnom mieste v článku (autor ich neposiela samostatne). Tabuľky, grafy a obrázky musia byť označené číslom a názvom a musí byť na ne uvedený odkaz v texte. Veľkosť písma v tabuľke a v grafe je stanovená 10pt.
- Titulná strana rukopisu by mala obsahovať nasledujúce údaje: názov v slovenskom, resp. českom a anglickom jazyku, meno a priezvisko autorov (uvádzať v plnom znení aj s titulmi), oficiálny úplný názov pracoviska aj s korešpondenčnou adresou každého autora, kontaktné údaje prvého autora, resp. autora určeného pre korešpondenciu.
- Štruktúra abstraktu je nasledovná:
 - Východiská
 - Ciele
 - Súbor a metódy/metodika
 - Výsledky
 - Záver

Práca teoretického charakteru by mala obsahovať nasledujúce časti:

- názov v slovenskom (resp. českom) a anglickom jazyku, štruktúrovaný abstrakt v slovenskom (resp. českom) a anglickom jazyku (rozsah do 250 slov), maximálne 5 kľúčových slov v slovenskom (resp. českom) a anglickom jazyku, úvod, vlastný text, (vrátane vymedzenia cieľov štúdie, príp. formulovanie sledovaných problémov), metodiku (spôsob výberu literárnych zdrojov, spôsob analýzy), výsledky (prezentácia vlastných výsledkov analýzy), záver a zoznam bibliografických odkazov.

Práca výskumného charakteru by mala obsahovať nasledujúce časti:

- názov v slovenskom (resp. českom) a anglickom jazyku, štruktúrovaný abstrakt v slovenskom (resp. českom) a anglickom jazyku (rozsah do 250 slov), maximálne 5 kľúčových slov v slovenskom (resp. českom) a anglickom jazyku, úvod, cieľ, súbor, metodiku, výsledky, diskusiu, záver a zoznam bibliografických odkazov.

Citovaná literatúra je zoradená tak, aby všetci autori citovaní v texte boli uvedení v Zozname bibliografických odkazov a naopak. V texte sa uprednostňuje citovanie podľa metódy prvého údajá a dátumu (vrátane uvedenia čísla strany, resp. strán), citovaná literatúra je v zozname bibliografických odkazov zoradená v abecednom poradi. Uvádzajú sa všetci autori, pri väčšom počte autorov ako 3 sa uvádza za menom tretieho autora skratka „et al.“.

Príklady citácie:

Monografické publikácie/knihy:

PRIEZVISKO, M. rok vydania. Názov: Podnázov. Vydanie. Miesto vydania: Názov vydavateľa, rok vydania. Počet strán. ISBN.

Kapitoly v monografiách/ knihách:

PRIEZVISKO, M. rok vydania. Názov. In Priezvisko, M. editorov. Názov monografie. Vydanie. Miesto vydania: Vydavateľ, rok vydania. ISBN, rozsah strán (strana od - do).

Článok v seriálovej publikácii:

PRIEZVISKO, M. rok vydania. Názov. In Názov zdrojového dokumentu (noviny, časopisy). ISSN, rok, ročník (číslo zväzku), číslo, rozsah strán.

Príspevok v zborníku:

PRIEZVISKO, M. rok vydania. Názov článku. In Názov zborníka [druh nosiča]. Miesto vydania : Vydavateľ, rok vydania, ISBN, rozsah strán (strana od – do).

Články v elektronických časopisoch a iné príspevky:

PRIEZVISKO, M. rok vydania. Názov. In Názov časopisu. [Druh nosiča]. rok vydania, ročník, číslo [dátum citovania]. Dostupnosť a prístup. ISSN.

Legislatívne dokumenty:

Označenie a číslo legislatívneho dokumentu/rok publikovania a skratka úradného dokumentu. Názov. Poznámky.

Rukopis je možné zaslať v elektronickej podobe na e-mailovú adresu: zdravotnicke.listy@tnuni.sk

Časopis ponúka priestor na reklamu a sponzorovanie časopisu, a to predovšetkým zameranú na zdravotnícke produkty a služby. Redakcia a vydavateľ majú právo odmietnuť reklamu alebo sponzorstvo, a to z akéhokoľvek dôvodu. Redakcia aj vydavateľ zaručujú, že edičná a reklamná činnosť sú na seba nezávislé a zadávateľa reklamy a sponzori nemôžu ovplyvňovať publikačný a recenzný proces.

Adresa redakcie:

Fakulta zdravotníctva
Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne
Študentská 2, 911 01 Trenčín

tel.: +421 32 7400611
e-mail: zdravotnicke.listy@tnuni.sk
www.fz.tnuni.sk