



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

SBORNÍK PŘÍSPĚVKŮ

ze Studentské vědecké konference

*27. listopadu 2014; objekt ZSF JU „Vltava“,
J. Boreckého 27, České Budějovice*

Editor: František Dolák

České Budějovice 2014

SBORNÍK PŘÍSPĚVKŮ

ze Studentské vědecké konference

27. listopadu 2014; objekt ZSF JU „Vltava“, J. Boreckého 27, Č. Budějovice

Konference se konala pod záštitou děkanky fakulty

prof. PhDr. Valérie Tóthové, Ph.D.,

byla určena studentům nelékařských zdravotnických a sociálních oborů

*Realizováno za finanční podpory Grantové agentury Jihočeské univerzity
v rámci projektu GAJU 120/2012/S – Odras kvality života v ošetrovatelství*

Editor:

Mgr. František Dolák, Ph.D.

ZSF JU v Českých Budějovicích,

katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Recenzentka:

Mgr. Dana Šlechtová, Ph.D.

Vyšší odborná škola zdravotnická a Střední škola zdravotnická,

Ústí nad Labem, odloučené pracoviště Teplice

ISBN 978-80-7394-494-0

OBSAH

INFORMOVANOST PŘÍBUZNÝCH PACIENTŮ S LEUKEMIÍ Alijev Renata.....	5
OŠETŘOVÁNÍ RAN A DEKUBITŮ – VLHKÁ TERAPIE, HISTORIE A SOUČASNOST Andršová Jana.....	12
FENOMÉN SOCIÁLNÍHO VYLOUČENÍ U UŽIVATELŮ DROG Brandová Nikola.....	19
PROFESNÍ PŘÍPRAVA NA PÉČI O TRUCHLÍCÍ RODIČE Buksová Zuzana, Ratislavová Kateřina.....	24
CESIUM-137 V HOUBÁCH Čadová Michaela.....	32
PRACOVNÍ ŽIVOT PACIENTŮ S REVMATOIDNÍ ARTRITIDOU Kaas Jiří, Tóthová Valérie.....	40
KOGNITIVNÍ FUNKCE JAKO DŮLEŽITÝ ASPEKT KVALITY ŽIVOTA U PACIENTŮ S CHRONICKOU OBSTRUKČNÍ PLICNÍ NEMOCÍ Kimmer David, Maňhalová Jana, Tóthová Valérie.....	46
SUBJEKTIVNÍ HODNOCENÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU SOCIÁLNĚ VYLOUČENÝMI ROMY A ROMKAMI Lidová Lenka, Kajanová Alena.....	51
BOLEST A NEPŘÍJEMNÉ POCITY JAKO ASPEKTY OVLIVŇUJÍCÍ SUBJEKTIVNĚ VNÍMANOU KVALITU ŽIVOTA U PACIENTŮ S CHRONICKOU OBSTRUKČNÍ PLICNÍ NEMOCÍ Maňhalová Jana, Kimmer David, Tóthová Valérie.....	58
KVALITA ŽIVOTA ZDRAVÉ DOSPĚLÉ POPULACE V ČESKÉ REPUBLICCE Martinek Lukáš, Tóthová Valérie.....	65
CESIUM-137 V LESNÍM EKOSYSTÉMU VE VYBRANÝCH LOKALITÁCH Seberová Pavlína.....	72
VLIV SPIRITUALITY NA SUBJEKTIVNĚ VNÍMANOU KVALITU ŽIVOTA U PACIENTŮ S CHRONICKOU OBSTRUKČNÍ PLICNÍ NEMOCÍ Schönbauerová Andrea, Tóthová Valérie.....	78
PREVENCE KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU Táborská Simona, Šípová Simona.....	83
ZNALOSTI STUDENTŮ STŘEDNÍCH ZDRAVOTNICKÝCH ŠKOL V PROBLEMATICE MULTIKULTURNÍHO OŠETŘOVATELSTVÍ Toumová Kristýna, Nováková Dita.....	90



INFORMOVANOST PŘÍBUZNÝCH PACIENTŮ S LEUKEMIÍ

Renata Alijev

Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií

Souhrn

Úvod: Práce mapuje informovanost příbuzných pacientů s leukemií. Je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část obsahuje základní data o leukemii, zmapování problematiky transplantací krvetvorné tkáně – především období po alogenní transplantaci, kapitolu věnovanou významu rodiny pro jedince a oblast poskytování informací o zdravotním stavu.

Metodika: Praktickou část tvoří kvantitativní výzkumné šetření. Ke sběru dat byla využita metoda dotazníku. Dotazník byl zcela anonymní a obsahoval celkem 25 otázek.

Výsledky: Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že nejčastějšími prvními myšlenkami příbuzných po zjištění diagnózy jsou obavy ze smrti blízké osoby, které až u tří čtvrtin blízkých přetrvávají i v průběhu léčby. Přestože panuje spokojenost s podanými informacemi od zdravotnického personálu, jsou v nadpolovičním počtu případů ke zjišťování informací použity i jiné zdroje. Přesto téměř tři čtvrtiny příbuzných informace, o které měly zájem, stejně nezískaly.

Závěr: Výzkumné šetření prokázalo, že ačkoliv mnozí příbuzní nemají o nemoci tolik informací, kolik by si přáli, odpovědi na základní teoretické otázky o leukemii znají. Za účelem zlepšení informovanosti byl vytvořen návrh informační brožury pro rodiny a blízké pacientů s leukemií.

Klíčová slova: leukemie – transplantace – léčba leukemie – informovanost

ÚVOD

Leukemie – slovo, které v lidech vyvolává strach, úzkost, bezmoc, lítost a řadu dalších negativních a nepřijemných pocitů. Leukemie bezpochyby patří mezi závažná hematologická onemocnění, nicméně pokroky v oblasti léčby jsou až neuvěřitelné. Ukazatelem neustále se zlepšujících možností léčby je paradoxně zvyšující se počet leukemických pacientů. To je dáno tím, že v dřívější době bohužel opravdu hodně nemocných na leukemii umíralo. Avšak dnešní nové postupy umí zajistit mnoha pacientům dlouho-

leté přežívání a některé typy leukemií je dnes možné zcela vyléčit. Přesto si většina společnosti pod pojmem leukemie stále představí pouze jediné – rychlou neodkladnou smrt. To je způsobené naprostou absencí informací o leukemii a již zmíněným přetrvávajícím přesvědčením, že tragické následky nemoci jsou nevyhnutelné.

A protože mě zajímalo, zda si potřebné informace o leukemii dokážou sehnat alespoň ti, kteří se s leukemií ve své blízkosti setkali, bylo hlavním cílem mé práce zmapovat informovanost příbuzných pacientů s leukemií. Vzhledem k faktu, že pracuji na alogenní transplantační jednotce hematologicko-onkologického oddělení, zaměřila jsem se ve své závěrečné práci na příbuzné pacientů s leukemií po alogenní transplantaci. Mým záměrem bylo odhalit prvotní myšlenky po zjištění diagnózy, dále zjistit, o jaké informace měli příbuzní po sdělení diagnózy zájem, kde je hledali a jestli všechny požadované informace získali.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsem se věnovala shromažďování základních dat o leukemii, kde jsem se zaměřila na čtyři hlavní typy leukemie. Součástí teoretické části je zmapování problematiky transplantací krvetvorné tkáně, především období po alogenní transplantaci. Praktickou část tvoří kvantitativní výzkumné šetření s použitím metody dotazníku.

Slovo leukemie můžeme přeložit jako bílá krev, případně bělokrevnost. Onemocnění rozpoznal a pojmenoval německý patolog Rudolf Virchow v polovině 19. století. Bělokrevnost je v podstatě rakovina bílých krvinek a zahrnuje velkou skupinu onemocnění. Dle průběhu onemocnění dělíme leukemie do dvou základních skupin. Rychlým průběhem s hrozbou až fatálních následků již během několika dnů od objevení prvních příznaků se vyznačují leukemie akutní. Pomalejší průběh je typický pro chronické leukemie, některé typy nemocnému umožňují žít i několik let bez nutnosti zahájení léčby. Dalším kritériem pro dělení leukemií je typ bílých krvinek, z nichž vznikají. Můžeme tak mluvit o leukemii myeloidní, která postihuje tvorbu monocytů a granulocytů, nebo o leukemii lymfatické postihující tvorbu lymfocytů. Spojením těchto dvou dělení získáme čtyři hlavní typy nemoci: akutní myeloidní leukemii (AML), akutní lymfatickou leukemii (ALL), chronickou myeloidní leukemii (CML) a chronickou lymfatickou leukemii (CLL) (Goldman et al., 2006; Janíková, Doubek a kol., 2012).

Při léčbě leukemií je důležité postupovat tak, aby léčba nemocnému přinesla prospěch při akceptovatelných vedlejších účincích. Základní možností léčby je chemoterapie – podávání cytostatik. Radioterapie se v léčbě leukemií užívá především doplňkově, například při extrémně zvětšené slezině. Další součástí léčebného režimu je kortikoterapie. Mimo jiné se používá při

tvorbě protilátek namířených proti vlastnímu tělu. Nejmodernější léčebnou metodou je imunoterapie, která k ničení nádorových buněk využívá schopnosti vlastního imunitního systému. Opomenout nesmíme ani biologickou léčbu. Další možností je transplantace krve tvorné tkáně, která se provádí pouze na specializovaných pracovištích. Podle dárce dělíme transplantace na autologní, alogenní a syngenní. V případě autologní transplantace je dárce krve tvorné tkáně sám pacient. Odběr se provádí před vysokodávkovanou chemoterapií, nejlépe v období remise. Při alogenní transplantaci je dárce krve tvorných buněk zdravý jedinec, který se shoduje s pacientem ve speciálních transplantačních znacích – HLA antigenech. Předpokládaný časový průběh u nemocného s indikací k alogenní transplantaci krve tvorné tkáně je následující: přípravná fáze (1–2 týdny) → transplantace → časná období po transplantaci (4–8 týdnů) → propuštění → rekonvalescence (půl roku až rok) → uzdravení (Hamplová et al., 2006; Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2006).

Po alogenní transplantaci má každý pacient výrazně sníženou obrannou schopnost, proto je na transplantační jednotce využíván systém reverzní izolace, tedy bariérové ošetřování imunitně oslabených pacientů. V režimu reverzní izolace využíváme postupy, které slouží k ochraně nemocného před infekcí přenášenou přímým kontaktem, vodou, vzduchem i potravou (Hamplová et al., 2006).

METODIKA A CHARAKTERISTIKA SOUBORU

Hlavním cílem práce bylo zmapovat informovanost příbuzných pacientů s leukemií. K tomuto cíli však náleží několik dílčích cílů: především zmapovat problematiku 4 hlavních typů leukemií a alogenní transplantace krve tvorné tkáně. Zjistit, jaké pocity u příbuzných diagnóza vyvolala. Zmapovat, o jaké informace měli příbuzní nejčastěji zájem, jaké zdroje informací využili a zda všechny informace získali. Posledním cílem bylo vytvořit na základě výsledků výzkumného šetření návrh informační brožury pro příbuzné pacientů s leukemií.

Stanovení hypotéz:

- H1: *Předpokládám, že u většiny respondentů diagnóza vyvolala obavy ze smrti.*
- H2: *Většina respondentů chtěla mít nejvíce informací o možnostech léčby.*
- H3: *Většina respondentů byla spokojena s podáním informací od zdravotnického personálu.*
- H4: *Méně než polovina respondentů bude znát správné odpovědi na teoretické otázky o leukemii.*

V práci byla použita metodika kvantitativního šetření. Sběr dat se uskutečnil metodou dotazníku. Dotazník byl zcela anonymní a obsahoval celkem 25 otázek.

Výzkumný vzorek byl tvořen příbuznými pacientů s leukemií po transplantaci krve tvorné tkáně. Záměrem bylo oslovit respondenty různého pohlaví, vzdělání i odlišného příbuzenského vztahu k nemocnému. Při výběru respondentů nerozhodovalo, zda má jejich příbuzný akutní či chronickou leukemii.

Realizaci výzkumného šetření předcházela pilotní studie k ověření srozumitelnosti otázek, během které jsem rozdala 10 dotazníků. Při jejich vyplňování si však 2 respondenti nebyli jistí, zda správně pochopili otázku, proto bylo potřeba dotazníky upravit. Po nápravě chyb byl dotazník opět předán 10 respondentům, a tentokrát se již vrátil zcela vyplněný a bez připomínek. Nebyly tudíž nutné další úpravy dotazníku.

Samotné šetření bylo realizováno od října do prosince roku 2012. Probíhalo na alogenní transplantační jednotce a potransplantační ambulanci hematologicko-onkologického oddělení ve Fakultní nemocnici v Plzni na Lochotíně. Bylo distribuováno 115 dotazníků, navrátilo se 101 dotazníků. Ze 101 dotazníků bylo dále vyřazeno 13 dotazníků pro neúplné vyplnění. Celkový počet dotazníků vhodných pro analýzu dat je 88, což je 77 % z celkového množství distribuovaných dotazníků.

VÝSLEDKY

Z výsledků je zřejmé, že šetření se zúčastnilo přibližně stejné množství mužů (47,6 %) a žen (52,4 %), tudíž by celkové výsledky neměly být ovlivněny převládajícím pohlavím; 50,0 % respondentů bylo s pacientem ve vztahu manželském, dalšími odpovídajícími respondenty byli především děti a rodiče respondenta.

Analýza hypotézy č. 1 – Hypotéza č. 1: *Předpokládám, že u většiny respondentů diagnóza vyvolala obavy ze smrti.* K potvrzení hypotézy bylo třeba, aby minimálně 51 % respondentů uvedlo obavy ze smrti blízkého.

Jako první myšlenku jednoznačně uvádí 41,7 % respondentů strach ze smrti příbuzného. Zajímavé bylo zjištění, že 9,5 % respondentů mělo již první myšlenky optimistické – vše dobře dopadne. Na druhou stranu v jiné otázce téměř všichni respondenti (95,2 %) v odpovědích přiznávají, že v nich diagnóza vyvolala obavy. I když je z výsledků zřejmé, že nejčastějšími obavami příbuzných jsou skutečně obavy ze smrti blízké osoby, při souhrnné analýze všech položek vztahujících se k hypotéze číslo 1 je jisté, že se hypotéza nepotvrdila. Důvodem jsou nesplněná stanovená kritéria k potvrzení hypotézy.

Analýza hypotézy č. 2 – Hypotéza č. 2: *Většina respondentů chtěla mít nejvíce informací o možnostech léčby.* Zvolené kritérium k potvrzení hypotézy: většina = 51 % respondentů a více.

Dle předpokladu si velká část odpovídajících (91,7 %) přála mít informace o onemocnění. Nejčastější oblastí zájmu jsou informace o možnostech léčby, po kterých pátralo 35,1 % respondentů. Téměř třetina respondentů (28,6 %) chtěla znát obvyklý průběh nemoci a 16,9 % respondentů se zajímalo především o úspěšnost léčby. K hypotéze náleží ještě kontrolní otázka, ve které respondenti odpovídali na přímý dotaz, zda chtěli mít informace o možnostech léčby; 98,7 % odpovídajících vyjádřilo svůj zájem o informace o možnostech léčby, což je v rozporu s hodnocením položky předešlé. Nicméně ačkoliv výsledky prokázaly, že největší zájem je opravdu o informace související s možnostmi léčby, nebylo splněné stanovené kritérium, a proto se hypotéza č. 2 nepotvrdila.

Analýza hypotézy č. 3 – Hypotéza č. 3: *Většina respondentů byla spokojena s podáním informací od zdravotnického personálu.* Kritéria k potvrzení H3: většina respondentů = 70 % a více respondentů. Jako spokojený je označen respondent, který v otázkách 14, 15, 16 či 18, 19, 20 (případně 14, 15, 16, 18, 19, 20) označil odpověď ANO.

Celkem 82,9 % odpovídajících uvedlo, že jim lékař zodpověděl všechny dotazy, které mu položili. Až neuvěřitelných 88,6 % respondentů má pocit, že jim lékař věnoval tolik času, kolik potřebovali. Velmi milé bylo zjištění, že 81,4 % odpovídajících uvedlo, že podaným informacím rozuměli.

Více než polovina respondentů (52,4 %) uvedla, že informace od sestry nepožadovala. Tento výsledek je překvapující, neboť se od reality dost liší. Pravděpodobně se respondenti svou negativní odpovědí snažili sestry chránit před nepříjemnostmi, neboť v médiích se poměrně často objevují případy, kdy se sestra dostala do soudních sporů z důvodu podání informací, k jejichž šíření neměla právo. Nicméně ostatním respondentům (82,5 %) byly zodpovězeny veškeré dotazy, které sestře položili; 92,5 % odpovídajících je přesvědčeno, že jim bylo věnováno tolik času, kolik potřebovali; 80 % respondentů porozumělo informacím, které jim sestra podala.

Z hodnocení otázek je zřejmé, že kritéria k potvrzení hypotézy byla splněná a většina respondentů je spokojena s informacemi od zdravotnického personálu. Hypotéza č. 3 se potvrdila.

Při zjišťování informačních zdrojů, které příbuzní využili, se objevovaly 4 hlavní skupiny odpovědí – lékař, internet, nemocný, kniha, a to v různých kombinacích. Překvapivé bylo i zjištění, že 10,4 % respondentů se spokojilo s informacemi, které jim řekl sám nemocný, a jiný zdroj informací nevyužili.

Zneklidňující je skutečnost, že pouze 14,3 % respondentů se snažilo najít část informací v knize, zatímco 39,0 % respondentů neváhalo při zjišťování informací zapojit internet.

Z výsledků je dále patrné, že většina respondentů (71,4 %) nezískala všechny informace, které ji o nemoci zajímaly. Respondenti i přes spokojenost s podanými informacemi od zdravotnického personálu využili ještě i jiné zdroje informací. V konečném výsledku přesto téměř tři čtvrtiny odpovídajících stejně nezískaly informace, které by chtěly mít.

Analýza hypotézy č. 4 – Hypotéza č. 4: *Méně než polovina respondentů bude znát správné odpovědi na teoretické otázky o leukemii.* Kritéria k potvrzení H4: méně než polovina = 49 % a méně respondentů. Jako respondent, který zná odpovědi, je považován pouze respondent, který zodpoví správně čtyři teoretické otázky ze čtyř, u otázek 24 a 25 navíc uvede vždy minimálně dva příklady.

Respondenti vybírali odpověď na otázku, co je to leukemie. Další položka zjišťovala, zda je leukemie dle respondentů infekční onemocnění. Poté respondenti odpovídali na otázku o nežádoucích účincích léčby. Poslední otázka se zajímala o fakt, zda respondent ví o režimových opatřeních, která je pacient nucen dodržovat v průběhu léčby.

Z výsledků vyplývá, že hypotéza č. 4 se nepotvrdila, neboť na otázky správně odpověděla více než polovina respondentů, respektive více než 49 %, a nebylo tak splněné kritérium, které bylo k potvrzení hypotézy stanovené. Hodnocení položek vztahující se k H4 je velice potěšující.

ZÁVĚR

Pro svou práci jsem zvolila téma Informovanost příbuzných pacientů s leukemií. Téma považuji vzhledem k neustále se zvyšujícímu počtu lidí trpících leukemií za velmi aktuální. Hlavním impulzem pro výběr uvedeného tématu pro mě bylo zjištění, že většina lidí si pod pojmem leukemie stále vybaví pouze tragické scénáře s předem zamítnutou nadějí v dobrý konec. To nasvědčuje tomu, že obdivuhodné pokroky v oblasti léčby leukemií se k laické veřejnosti nedonesly.

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že nejčastějšími prvními myšlenkami příbuzných po zjištění diagnózy jsou obavy ze smrti blízké osoby, které u tří čtvrtin dotazovaných přetrvávají i v průběhu léčby. Dále je zřejmé, že ačkoliv panuje spokojenost s podanými informacemi od zdravotnického personálu, jsou k hledání informací použity ještě i jiné zdroje, a to v nadpolovičním počtu případů. Znepokojující v tomto případě ale je, že i přesto téměř tři čtvrtiny příbuzných informace, o které měly zájem, stejně nezískaly.

Kde je tedy problém? Jedním z důvodů je pravděpodobně přetrvávající obava, že svým dotazem budou zdravotníka obtěžovat či zdržovat, proto raději mlčí. Další příčinou by mohla být neschopnost identifikovat vhodné zdroje informací, neboť poměrně velká část respondentů jako zdroj informací využívá internet a tam někdy bývá opravdu těžké získat objektivní informace. Je proto žádoucí informovat příbuzné o vhodných internetových stránkách, kde najdou informace o onemocnění.

Na druhou stranu je velmi potěšující zjištění, že i přes tento deficit informací dokážou rodinní příslušníci s přehledem správně zodpovědět dotazy na základní údaje související s leukemií.

Za účelem zlepšení informovanosti příbuzných pacientů s leukemií jsem vytvořila návrh informační brožury a pevně věřím, že bude přínosem.

POUŽITÉ ZDROJE

1. Goldman, J., Mughal, S., A Mughal, T. (2006). Understanding Leukaemias, Lymphomas and Myelomas. Oxon: Taylor&Francis, 252 s. ISBN 18-418-4409-8.
2. Hamplová, A., Koza, V., Švojgrová, M. (2006). Transplantace kostní dřeně: průvodce Vaší léčbou. 1. vyd. Plzeň: F. S. Publishing nákladem Nadace pro transplantace kostní dřeně, 127 s. ISBN 80-903-5602-8.
3. Janíková, A., Doubek, M. a kol. (2012). Jak si poradit s nádorovým onemocněním krve? Pomocník pro pacienty nejen s leukemií či lymfomem. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 135 s. ISBN 978-802-0426-949.
4. Vorlíček, J., Abrahámová, J., Vorlíčková, H. a kol. (2006). Klinická onkologie pro sestry. 1. vyd. Praha: Grada, 328 s. ISBN 80-247-1716-6.

Kontakt:

Renata Alijev, Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií
✉ rennata.mikova@gmail.com

OŠETŘOVÁNÍ RAN A DEKUBITŮ – VLHKÁ TERAPIE, HISTORIE A SOUČASNOST

Jana Andršová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta

Souhrn

Nejen ošetřování ran, ale i vlhká terapie je stará jako lidstvo samo. Ošetřování ran vycházelo vždy z poznatků a poměrů určitého historického období. Dnešní trendy moderní péče o rány a dekubity přináší nové poznatky. Je jen na nás, jaký přístup k novým informacím zvolíme a jak je využijeme v ošetrovatelské praxi.

Klíčová slova: rány – dekubity – historie – vlhká terapie – ošetrovatelství

ÚVOD

Tématu léčby a ošetřování ran a dekubitů je věnována stále pozornost. Rány a dekubity jsou jedním z indikátorů kvality péče. Mají spojitost s monitorováním hojení ran *per primam*, *per secundam*, výskytu nozokomiálních nákaz a jsou i oblastí pro zavádění nových technologií do praxe. Hojení ran je v posledních letech spojováno s moderní – vlhkou terapií, která se stala v mnoha oblastech doménou sester. Na její aplikaci v praxi se promítá ekonomická situace, mezioborová spolupráce i spolupráce mezi lékařem a sestrou.

Péče o rány má svou historii, která je stále doplňována o nové přístupy, postupy, materiály.

Historické události vztahující se k ošetřování ran

V prehistorii se k ošetřování ran používaly nejčastěji běžně dostupné prostředky, např. listí, kůra stromů, lišejníky, bláto a jiné. Starověkým Egypťanům sloužil zvířecí trus, med a pryskyřice, cukr, kadidlo, myrha, rtuť, malachit. K čištění rány byla nejvhodnějším prostředkem voda a mléko. Ránu uměli sešít nebo aplikovat stripy. Lékaři již znali přednosti vlhkých prostředků u znečištěných a infikovaných ran. Ke krytí rány používali plátěné obvazy máčené v kozím mléce, fixaci prováděli kličovým obvazem, plátěnými obvazy impregnovanými pastou z ječné mouky, smetany, medu. Naplněním hlavní teorie tehdejší doby „*pus bonum et laudabile*“ (teorii o dobrém

a chvályhodným hnisání) se snažili urychlit hojivý proces stimulací hnisání přikládáním kousku čerstvého masa. Krev z takového masa je v podstatě cizorodou bílkovinou, která působí formou popudové léčby, ránu udržuje vlhkou a současně ji chrání před mechanickými traumaty. Záznamy, popisující ošetřování ran, se dochovaly v papýru Edwina Smithe v tzv. „první učebnici chirurgie“. Léčba byla směsicí rituálních, náboženských, medicínských a magických praktik.

Hlavním představitelem řecké civilizace, která rozvinula některé z předcházejících léčebných metod, byl lékař Hippokrates (460–370 př. n. l.). Tento lékař stanovil přesná, šetrnější pravidla léčby ran, prosadil vlhký způsob hojení a kladl důraz na čištění rány pomocí teplé vody, octa nebo vína. Ve svých spisech vyzdvihl význam infekce, je autorem konceptu primárního a sekundárního hojení. Jako první pochopil roli kompresivní terapie při léčbě venózních bércových vředů a vylíčil zlepšení hojení rány po odstranění odumřelých tkání a povlaků (Pospíšilová, 2005).

Aulus Cornelius Celsus (asi 25 př. n. l. – 50 n. l.) ve středověkém Římě popsal 4 klasické známky zánětu: dolor, calor, tumor, rubor (později byla připojena pátá – functiolaesa).

Silný vliv na další léčbu ran mělo učení řeckého lékaře Galéna (129–216 n. l.), které se opíralo o teorii, že tvorba hnisu je podstatná pro průběh hojení, „*pus laudabile*“ (chvályhodný hnis) byla používána v praxi ranhojiči až do 15. století. Proto se do ran, které nejevily známky zánětu, aplikovaly cizí látky. Rána se traumatizovala žhavým železem a rozpáleným olejem. Jako antiseptikum se často používal med. Ke krytí ran sloužila pšeničná mouka a mořské houby nasáklé olejem či vínem.

Středověká medicína byla pokračováním učení zejména Galéna, který byl známým lékařem římských atletů a gladiátorů uznávaným v celém civilizovaném světě. Ve středověku se věřilo že „stříbrné mince čistí pitnou vodu“ (Pospíšilová, 2005).

V období renesance se změnila teorie o dobrém a chvályhodném hnisání za názor o udržení rány čisté. Využívají se bohaté zkušenosti západních zemí. Začaly se používat čisté obvazy, jednoduché bylinné balzámy a masti. Byla již známa protektivní funkce exsudátu rány, proto také Paracelsus (1493–1541 n. l.) prosazoval názor, že při ošetřování rány by neměla být narušena přirozená sekrece rány. K léčbě byly doporučovány koupele v minerálních vodách a byl preferován způsob vlhkého ošetřování ran. Ambroise Paré (1510–1590), hlavní chirurg Karla IX. a Jiřího III., odmítl vypalovat rány rozžhaveným železem či olejem a položil základy správného ošetřování válečných poranění a amputací. Paré se jako první zmiňuje o čištění otevřených ran larvami hmyzu. K lepšímu hojení ran používal stříbrné plátky.

Teprve v 19. století se v ošetřování ran objevily základní poznatky o infekci a hojení ran. Jako původci hnisání byly označeny bakterie. Robert Koch (1843–1910) v roce 1878 objevil stafylokoky v hnisu, Louis Pasteur (1822–1895) je kultivoval na laboratorních půdách. Objevily se nové prostředky, některá antiseptika jako např. karbol, fenol, jód, chlór, sloučeniny dusičnanu stříbrného. Carl Siegmund Franz Credé (1819–1892) objevil, že roztok AgNO₃ snižuje výskyt neonatálních infekcí oka, Joseph Lister (1827–1912) popsal antiseptické účinky fenolu. William Stewart Halsted (1852–1922) roku 1895 použil stříbrný drát při operaci hernie, jako prevenci infekce a recidivy. Používal také stříbrnou fólii ke kontrole pooperační infekce. Začala epocha zvýšeného používání antiseptik. V roce 1876 byl poprvé použit antiseptický kryt vytvořený z bavlny napuštěné jodoformem. I přes řadu odpůrců je nutno zdůraznit, že používání antiseptik před érou antibiotik bylo úspěšným krokem v léčbě infikovaných ran. Výpovědí o této době je i životní příběh Ignáce Filipa Semmelweise (1818–1865) a jeho boje s horečkou omladnic. Průmyslová revoluce a mechanizace textilního průmyslu přinesla na trh velké množství laciného materiálu k výrobě obvazů. Hlavním obvazovým materiálem byly gáza a cupanina, jako krycí i obvazový materiál se začaly používat bavlna a vlna.

Další pokrok ve vývoji obvazů byl zaznamenán v době 1. světové války. Francouzský lékař Lumier vyvinul „tyl gras“, první mastný tyl – gázový obvaz napuštěný parafínem, který byl prvním představitelem nízkoadherentních obvazů. K lokálnímu ošetřování ran se používaly převážně masti a obklady. Mnohé z nich známe i dnes, např. borová mast, borargentová mast, kafrová mast, obklady z calcariae, borové vody, persterilu, chloraminu a jiné.

Obrovský význam pro léčbu ranných infekcí má objev antibiotik. Prvním antibiotikem byl penicilín, který roku 1928 objevil Alexandr Fleming (1881–1955). Nová antibiotika začala z léčby chronických ran vytlačovat débridelement a lokální antiseptika (Pospíšilová, 2005; Stryja et al., 2011, s. 68).

Suché (tradiční) hojení ran vs. vlhké (moderní) hojení ran

Od 40. let 20. století se traduje vývoj „moderního“ krytí. První důkazy o zkrácení času při hojení ran ve vlhkém prostředí byly publikovány v práci Giljeho z roku 1948.

V letech 1962–1963 provedl George Winter řadu pokusů, které jsou dnes považovány za základ vývoje moderních materiálů. Pokusem na prasečí kůži potvrdil, že puchýř se lépe hojí, pokud není stržen, ve vlhkém prostředí. Winter porovnával hojení povrchových ran v suchém a vlhkém prostředí. Zjistil, že ve vlhkém prostředí se nová epidermis tvoří o 40 % rychleji než v prostředí suchém. Došel k závěru, že při reepitelizaci mohou nově vytvořené buňky

snadněji migrovat po vlhkém povrchu, zatímco v suchém prostředí jim v tom brání tvořící se strup, a proto hojení trvá déle. Další výzkum prokázal, že se ve vlhkém prostředí urychlí zánětlivý proces, což vede k rychlejšímu hojení, zatímco v suchém prostředí dochází k dehydrataci a zániku buněk (Miller, Collier, 2001; Stryja et al., 2011, s. 21; Pospíšilová, Samoléčení).

První skupinou krytí vlhké terapie byly hydrokoloidy, které se v praxi používaly od 70. let. V roce 1973 se setkaly s úspěchem při hojení ran, včetně bércových vředů. Od té doby pokračoval velmi rychle vývoj další moderních krycích prostředků vlhké terapie s různým materiálovým složením a různé konzistence pro podporu vlhkého prostředí v ráně.

V 80. letech vstoupily do ošetřování ran alginátové přípravky, pěnová krytí, v 90. letech krytí hydrogelová a další. Rozvoj výroby moderních prostředků souvisel s novým pohledem na hojení ran, který se v posledních třiceti letech výrazně změnil. Prohloubily se znalosti o morfolozických a biochemických pochodech při hojení ran, na molekulární úrovni je studována fyziologie rány. Jsou poznávány složité regulační mechanismy hojení, vztahy mezi jednotlivými buňkami a růstovými faktory účastníky se při hojení, které probíhá ve třech fázích (Miller, Collier, 2001).

Z důvodu narůstající rezistence bakterií vůči antibiotikům dochází na přelomu 20. a 21. století ke znovuobjevení účinků stříbra v hojení ran a nárůstu krytí s obsahem stříbra.

Rychlý rozvoj prostředků moderního krytí vedl k tomu, že farmaceutický průmysl přináší na trh stovky nejmodernějších krytí vhodných ke konzervativnímu ošetřování ran. Tato krytí jsou spojena se zcela odlišným způsobem ošetřování a postupně nahrazují prostředky „klasické“ terapie. Do praxe se dostávají s určitým časovým odstupem. Později pak probíhají jednání mezi zdravotními pojišťovkami a poskytovateli zdravotní péče týkající se způsobu hrazení nových postupů a materiálů.

Moderní krytí dělíme do několika kategorií: mezi základní patří hydrokoloidy, hydropolymery, hydrogely, algináty, antiseptika, pěnová, filmová a neadherentní krytí. S kombinacemi účinných látek a dalším vývojem vznikaly a budou vznikat další produkty (Pospíšilová, 2005; Stryja et al., 2011, s. 21).

Moderní vlhké hojení ran v ČR

Česká republika se vlhké terapii otevřela v 90. letech 20. století. Roku 1996 vstupují ve větší míře na náš trh moderní terapeutické obvazy, které využívají principu vlhkého hojení. Zájem o toto téma byl hlavně mezi sestrami, které zde viděly možnost odborného a osobního růstu. Lékaři nezareagovali tak rychle na nově vzniklé možnosti, ale při komplexním řešení této problematiky nesmí v týmu chybět. Léčba chronických ran je z hlediska medicíny

i ošetřovatelství multioborovou záležitostí, ve které je třeba zhodnotit celkově pacienta a jeho ránu z pohledu chirurga, dermatologa, diabetologa, mikrobiologa, protetika, fyzioterapeuta, ergoterapeuta, nutriční terapeutky, ošetřující sestry a dalších. Snahou všech je odstranit příčiny vzniku defektu a podpořit faktory hojení, a to jak celkové, tak lokální. Důležitou úlohu zde samozřejmě hraje poučený, spolupracující pacient. Zhojením defektu se bezesporu zlepší kvalita jeho života a sníží se rizika spojená s otevřenou ránou. V praxi se diskutuje, kdo by se měl ujmout role koordinátora celé léčby, zda lékař, nebo sestra „specialistka“ (Bureš, 2006, s. 9–10; Stryja et al., 2011, s. 17–19).

V roce 2001 vznikla Česká společnost pro léčbu rány (ČSLR), občanské sdružení, které je koncipováno jako mezioborová společnost snažící se o edukaci, předávání informací a vědeckou činnost v oblasti hojení ran. Je otevřena všem zdravotníkům i laikům se zájmem o tuto problematiku. Od roku 2003 je ČSLR kooperující organizací Evropské asociace pro léčbu ran (European Wound Management Association – EWMA). Z iniciativy ČSLR vychází nový odborný časopis, čtvrtletník, Léčba ran (ČSLR, 2014).

V rámci dalšího vzdělávání mohou nelékařští zdravotní pracovníci absolvovat certifikovaný kurz Specifická ošetřovatelská péče o chronické rány a defekty v Brně, Národním centru ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCO NZO) (Specifická ošetřovatelská péče..., 2012).

Pokud se chce sestra tomuto tématu věnovat jako sestra „specialistka“, musí se vybavit teoretickými a praktickými znalostmi, dovednostmi, studovat literaturu, odborné časopisy, účastnit se vzdělávacích akcí, stáží, přebírat zkušenosti od druhých i z vlastní činnosti.

„Umění naučit se vést ránu je totiž proces dlouhodobý. Vzniká ze sebevzdělání a z dlouhodobých praktických zkušeností, které lze urychlit přebíráním poznatků od zkušenějších“ (Bureš, 2006, s. 9).

Tip: ČSLR ve spolupráci s Fakultou zdravotnických studií Univerzity Pardubice a Pardubickou krajskou nemocnicí, a. s., pořádá ve dnech 22.–23. 1. 2015 v prostorách Univerzity Pardubice – XIII. celostátní kongres s mezinárodní účastí na téma: mezioborová spolupráce při léčbě ran a kožních defektů (ČSLR, 2014).

Nové možnosti v ošetření ran a dekubitů

Další vývoj moderního ošetřování ran směřuje k novým technologiím, jako jsou např. aplikace kmenových buněk, růstových faktorů nebo inhibitorů proteolytických enzymů. Budoucnost patří i nanomateriálům, které odborníci považují za materiál třetího tisíciletí. Unikátní technologie průmyslové přípravy polymerních nanovláken a vývoj zařízení NanoSpider je patentem

prof. RNDr. Oldřicha Jirsáka, CSc., z Technické univerzity v Liberci. Nanovlákná mají v průměru 50–500 nanometrů a vznikají tzv. elektronickým zvlákňováním, kdy z polymerního roztoku nebo taveniny pomocí elektrostatických sil vznikají jemná vlákna v průměru nanometrů, tedy v miliontinách milimetru (strunky jsou sto tisíckrát tenčí než lidský vlas). Díky tomu má vlákno velkou povrchovou plochu až tisícinásobně větší než mikrovlákná, je porézní, tuhé a houževnaté

V mnoha oblastech lidské činnosti se nanovlákná využívají např. k výrobě vysoce účinných filtrů, separačních membrán, ochranných oděvů, solárních plachet k pohonu vesmírných plavidel atd. (Kočárková, 2008a, b).

V biomedicíně mají své místo při výrobě umělých orgánů, kůže, cév nebo hojivých prostředků. Vstřebatelné biokompatibilní materiály se mohou uplatnit jako matice pro růst kmenových buněk. Nanovlákná z biopolymerů mohou sloužit ke krytí ran, obohacené např. o antibakteriální látky, mohou vést k rychlejšímu hojení defektů. Nanomateriály s antimikrobiálními peptidy bojují proti infekci u popálenin. Peptidy se pomalu a kontrolovaně uvolňují do rány, proto stačí obměnit takové krytí pouze jednou týdně, což je pro pacienty mnohem šetrnější. Ve vývoji je rovněž biodegradabilní forma, která se postupně vstřebává a stává se součástí nové kůže. Uvidíme, co nám další výzkum a studie do této oblasti v budoucnu přinesou (Inovativní krytí z nanovláken..., 2012; Nanovlákná a jejich využití v medicíně, 2012).

ZÁVĚR

Historie nám ukázala, že vlhká terapie není v dějinách ošetřování ran nic neobvyklého, prostřednictvím vědeckým podkladů se nám vrátila zpět v podobě nejrůznějších moderních krytí. V jejich vzniku můžeme zaznamenat i určité trendy a historické souvislosti. Ošetřování ran a dekubitů se stále vyvíjí, vznikají nové materiály a technologie, je to oblast, ve které se musíme stále vzdělávat. Je důležité si však uvědomit, že není univerzálních metod ani prostředků. K úspěšné léčbě náleží úzká spolupráce mezi členy zdravotnického týmu a spolupráce pacienta. K tomu všemu může přispět sestra svým zájmem, znalostmi a ošetřovatelskými dovednostmi.

POUŽITÉ ZDROJE

1. Bureš, I. (2006). *Léčba rány*, Praha: Galén, s. 78. ISBN 80-7262-413-X.
2. ČSLR – Česká společnost pro léčbu rány (2014). [online] [cit. 2014-10-27]. Dostupné z: <http://www.cslr.cz/>
3. Inovativní krytí z nanovláken pomáhá při léčbě popálenin (2012). HARTMANN – RICOa. [online] [cit. 2014-10-28]. Dostupné z: <http://www.lecbarany.cz/clanky/inovativni-kryti-z-nanovlaken-pomaha-pri-lecbe-popalenin-2>

4. Kočárková, J. (2008a). Profesor Jirsák převzal státní vyznamenání. T-UNI. Online zpravodaj technické univerzity v Liberci. [online] [cit. 2014-10-27]. Dostupné z: <http://tuni.tul.cz/archiv/id:29185/profesor-jirsak-prevzal-statni-vyznamenani>
5. Kočárková, J. (2008b). Rozhovor s prof. Oldřichem Jirsákem. Nanotechnologie.cz. [online] [cit. 2014-10-27]. Dostupné z: <http://www.nanotechnologie.cz/view.php?cislocianku=2008110005>
6. Miller, M., Collier, M. (2001). Ošetřování ran. Vzdělávací centrum pro hojení ran Johnson&Johnsom MEDICAL. Materiály ke klinickému školení v ošetřování ran. Praha.
7. Nanovláčna a jejich využití v medicíně (2012). HARTMANN – RICOB. [online] [cit. 2014-10-28]. Dostupné z: <http://www.lecbarany.cz/clanky/nanovlakna-a-jejich-vyuziti-v-medicine>
8. Pospíšilová, A. (2005). Léčba chronických ran – včera, dnes a zítra. Postgraduální medicína 6. 6. 2005 [online] [cit. 2014-10-27]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/lecba-chronicky-ran-vcera-dnes-a-zit-ra-167128>
9. Pospíšilová, A. Jak vypadá hojení ran a léčba? Samoléčení. [online] [cit. 2014-10-27]. Dostupné z: <http://www.samoleceni.cz/jak-vypada-hojeni-ran-a-lecba>
10. Specifická ošetřovatelská péče o chronické rány a defekty (2012). NCO NZO Brno. [online] [cit. 2014-10-27]. Dostupné z: <http://www.nconzo.cz/web/guest/specificka-osetrovatelska-pece-o-chronicke-rany-a-defekty>
11. Stryja, J. et al. (2011). Repetitorium hojení ran 2, Semily: GEUM, s. 371. ISBN 978-80-86256-79-5.

Kontakt:

Jana Andřšová, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta

 andrsova.jana@centrum.cz

FENOMÉN SOCIÁLNÍHO VYLOUČENÍ U UŽIVATELŮ DROG

Nikola Brandová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta

Souhrn

Příspěvek si klade za cíl představit souhrn doposud získaných poznatků o sociálním vyloučení, a to konkrétně u uživatelů návykových látek. V odborné literatuře jsou popsány dva pohledy na spojení jevu sociální exkluze a užívání návykových látek. První z nich věnuje pozornost sociálnímu vyloučení jako následku problémového užívání drog. Závislost na návykových látkách vstupuje do různých oblastí života jedince, problémy objevující se v sociální oblasti mohou dovést uživatele na okraj společnosti, k sociálnímu vyloučení. Druhý pohled se zabývá opačným sledem daných jevů. Zvažuje sociální exkluzi jako příčinu problémového užívání drog. Uživatelé návykových látek pocházejí v mnoha případech z chudých a sociálně vyloučených komunit. Jedince, které lze označit za sociálně exkludované, žene k užívání tvrdých drog pocit odtržení, odcizení a beznaděje, který zažívají.

Klíčová slova: sociální exkluze – drogy – závislost – uživatel drog

ÚVOD

Sociální vyloučení lze definovat jako proces, případně stav, který určité jedince, rodiny, skupiny či celé komunity omezuje v přístupu ke zdrojům, které jsou jinak potřebné pro participaci na sociálním, ekonomickém i politickém životě společnosti. Ve svém důsledku tak vyloučení představuje nerovné šance pro ty, kterých se dotýká. Vznik a vývoj sociální exkluze probíhá ve více dimenzích, působí zde vnitřní (nízké vzdělání, osobnostní charakteristiky, handicap atp.) i vnější (strukturální nerovnost na trhu práce, stigmatizace atp.) faktory, jejichž propojení směřuje k neustálému prohlubování stavu a snižování šancí exkludovaných se z něho vymanit (Steiner, 2004). V příspěvku se zaměřujeme na konkrétní cílovou skupinu, a to na uživatele návykových látek.

Sociální exkluze jako následek užívání drog

U této konkrétní cílové skupiny působí výrazně sociální a ekonomické faktory již v rámci formování rizikového chování. Sociální determinanty mohou

vytvořit takové životní podmínky a zdroje, které nepřímo zhoršují následky užívání drog. Například nevhodné bydlení zvyšuje pravděpodobnost přenosu infekčních chorob, sociální vztahy nabízí ochranné finanční a citové zdroje (Galea, Vlahov, 2008). Závislost na návykových látkách způsobuje změny v oblasti sociálního života, jež mohou jedince vést k okraji společnosti a sociálnímu vyloučení. To může mít podobu sebevyloučení – když je závislý člověk tak soustředěný na svou závislost, že dobrovolně přizpůsobuje celý svůj život drogám. Drogově závislý může být také vyloučen svým nejbližším okolím (hlavně rodinou), když ztratí práci nebo rezignuje na většinu rolí, které dříve plnil (Ryczkowska, 2009).

Užívání drog je „hnací silou“ přechodu od běžného života k vyloučení, kdy je závislý vzdálen od své rodiny, blízkých, předchozího životního stylu, trhu práce a je zapleten do chaotické, zničitelské pasti závislosti (MacDonald, 2006). Stigma, diskriminace a předsudky spojené s užíváním drog mohou stát za vyloučením jednotlivce z většinové společnosti. Užívání návykových látek je i nadále hluboce moralizované v mnoha společnostech a ti, kdo porušují stávající normy, čelí stigmatizaci a sociálnímu vyloučení. Například ve studii zabývající se mírou sociálního nesouhlasu s drogovou závislostí bylo zjištěno, že získala nejvyšší hodnocení na žebříčku sociálního nesouhlasu. Na závislost bylo dokonce ve většině případů pohlíženo více negativně než na fakt, že osoba má záznam v trestním rejstříku za vloupání nebo se správně nestará o své děti (Gee et al., 2007).

Ke zmírnění vlivu užívání drog na prohlubování sociální exkluze závislých by mohly přispět změny v povaze sociální kontroly. Čím stigmatizující, více trestající a vylučující společenská reakce hrozí, tím více mají uživatelé drog tendenci k sociálnímu uzavírání a tím menší vliv na jejich chování má společnost neuserů drog. Uživatelé návykových látek mají vyšší pravděpodobnost, že budou sociálně vyloučení, protože jsou často bez domova, nezaměstnaní, mají nižší úroveň vzdělání, jsou izolovaní, žijí sami. Nedostává se jim stabilního bydlení, mají chaotický životní styl. Užívání drog je jedním z rizikových faktorů, který zapříčiňuje bezdomovectví. Zvláště nestabilní bydlení a bezdomovectví mohou také vést ke zhoršení užívání návykových látek (Todd et al., 2004; March et al., 2008). Podle Glasser a Zywiak (2003) existuje historicky silná vazba mezi bezdomovectvím a užíváním drog, přičemž se jedná o vzájemně rizikové faktory.

Jak je uvedeno výše, uživatelé drog jsou často bez práce. Byquist (2006) představil výzkum, který ukazuje, že ženy-narkomanky bývají zaměstnané v menší míře než muži-narkomani. Obecně lze tvrdit, že 75 % problémových uživatelů návykových látek je bez zaměstnání. Během výzkumu zaměřeného na socializaci a sociální síť bylo zjištěno, že identita žen se rozvíjí prostřed-

nictvím vztahů s ostatními více, než je tomu u mužů. Mnoho závislých žen také žije v destruktivních partnerských vztazích. Značné množství narkomanů žije samo a jejich společenský život je omezen pouze na ostatní uživatele návykových látek.

Vyloučení jako příčina užívání

Sociální exkluzi nelze považovat pouze za následek užívání drog. V literatuře je sociální vyloučení a sociální znevýhodnění uváděno jako důležitý faktor, který předchází problémovému užívání drog. Problémoví uživatelé drog často pocházejí z chudých a sociálně vyloučených komunit. Mají omezené možnosti volby a zažívají znevýhodnění. Buchanan (2005) uvádí faktory, které jsou významné pro naše chápání problémového užívání drog. K takovým patří vliv narušeného dětství, a to zejména u těch jedinců, kteří měli problémy v oblasti vzdělávání, nepodařilo se jim dosáhnout kvalifikace nebo páchali trestnou činností. Neale (2008) kromě těchto faktorů popisuje ještě sexuální nebo fyzické zneužívání, nedostatečnou podpůrnou sociální síť, vyloučení ze školy či špatné duševní zdraví. Tvrdí také, že pro významný podíl klientů byla právě vyloučení a znevýhodnění hlavními problémy před nástupem drogové závislosti.

Sociálně exkludované jedince žene k užívání tvrdých drog pocit odtržení, odcizení a beznaděje, který zažívají (Ryczkowska, 2009). Návykové látky mohou kromě zábavy nabízet ekonomickou příležitost, zvýšení prestiže, mohou tlumit pocity nespokojenosti a bezmoci a naopak pomáhat jedinci při vytváření nové identity. Drogová kariéra může být vnímána jako náročná výzva a může sama o sobě znamenat možnost seberealizace. Zvláště pak v případě, že jsou jiné příležitosti omezené nebo nedostupné z důvodu sociálního vyloučení (Adams, 2008). Sociální vyloučení, které může být charakteristické rozpadem rodiny, špatným bydlením, špatným zdravotním stavem, omezeným vzděláním, nezaměstnaností, trestnou činností apod., zvyšuje pravděpodobnost, že jedinci začnou užívat drogy problematicky. Mezitím může problém užívání drog vést k dalšímu sociálnímu vyloučení – ve formě většího množství rodinných problémů, zvýšených problémů s bydlením, horšího zdravotního stavu, zvýšené pravděpodobnosti nezaměstnanosti, vyšší trestné činnosti atd. (Neale, 2006).

ZÁVĚR

V příspěvku jsou shrnuty poznatky týkající se tématu sociální exkluze u uživatelů drog. Autoři výzkumů věnují tomuto tématu pozornost ze dvou různých pohledů. První z nich poukazuje na fakt, že k sociální exkluzi může dojít následkem problémového užívání návykových látek, kdy se uživatel vzdaluje

od svých nejbližších, svého dřívějšího stylu života, nezvládá plnit povinnosti a závazky, čímž se může ocitnout bez zaměstnání. Dostává se tak mnohdy na okraj společnosti. Sociální vyloučení však není možné označit jen jako následek problémového užívání návykových látek, nýbrž je nutné ho zvažovat také jako faktor, který užívání předcházelo. Sami uživatelé drog vnímají sociální znevýhodnění a vyloučení jako potíže, které zaznamenali před vznikem závislosti. Sociálně exkludované jedince žene k užívání tvrdých drog pocit odtržení, odcizení a beznaděje, který zažívají. Negativní dopady drog na uživatele pocházejícího ze sociálně vyloučeného prostředí bývají závažnější než u ostatních uživatelů, a to z toho důvodu, že disponuje obvykle menšími zdroji, které by mu mohly pomoci se s problémy souvisejícími s užíváním drog vypořádat.

POUŽITÉ ZDROJE

1. Adams, P. (2008). *Fragmented intimacy: Addiction in a social world*, New York: Springer.
2. Buchanan, J. (2005). Missing links? Problem drug use and social exclusion. *The Journal of Community and Criminal Justice*. 51(4): 389–399.
3. Byquist, S. (2006). Drug-abusing women in Sweden: Marginalization, social exclusion and gender differences. *Journal of Psychoactive Drugs*. 38(4): 135–145.
4. Galea, S., Vlahov, D. (2008). Social determinants and the health of drug users: Socioeconomic status, homelessness and incarceration. *Public Health Reports*. 117(1): 135–145.
5. Gee, G., Delva, J., Takeuchi, D. (2007). Relationships between self-reported unfair treatment and prescription medication use, illicit drug use, and alcohol dependence among Filipino Americans. *American Journal of Public Health*. 97(1): 933–940.
6. Glasser, I., Zywiak, W. (2003). Homelessness and substance misuse: A tale of two cities. *Substance Use and Misuse*. 38(3-6): 551–576.
7. MacDonald, R. (2006). Social exclusion, youth transitions and criminal careers: Five critical reflections on 'risk' *The Australian and New Zealand Journal of Criminology*. 39(3): 371–383.
8. March, J. et al. (2008). Drugs and social exclusion in ten European cities. *European Addiction Research*. 12(2): 33–41.
9. Neale, J. (2006). Social exclusion, drugs and policy. In: Huges, R. (ed.). *Drugs, policy and politics*. Maidenhead: McGraw-Hill/Open University Press, s. 78–89.
10. Neale, J. (2008). Homelessness, drug use and Hepatitis C: A complex problem explored within the context of social exclusion. *International Journal of Drug Policy*. 19(1): 429–435.
11. Ryczkowska, A. (2009). Alkoholismus a sociální vyloučení. In: *Problémy sociálního vyloučení – vybrané aspekty*. Opol: Wydawnictwo i Drukarnia Św. Krzyżaw.

- [online] [cit. 2014-06-15]. Dostupné z: http://www.ropsopole.pl/pobierz/projektpradziad/Problemy_wykluczenia_spolecznego-wybrane_aspekty_CZ.pdf
12. Steiner, J. (2004). Ekonomie sociálního vyloučení. In: Jakoubek, M., Hirt, T. (eds). Romové: kulturologické etudy. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, s. 91–104.
 13. Todd, J. et al. (2004). Social exclusion in clients with comorbid mental health and substance misuse problems. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 39(2): 581–587.

Kontakt:

Nikola Brandová, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta

 nikusab@seznam.cz

PROFESNÍ PŘÍPRAVA NA PÉČI O TRUHLÍCÍ RODIČE

Zuzana Buksová, Kateřina Ratislavová

Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií

Souhrn

Úvod: Diplomová práce vychází ze zpracování projektu, který pochází z Velké Británie. Projekt je koncipován jako evaluační výzkum, který hodnotí vzdělávací program profesní přípravy zdravotníků, zaměřený na problematiku péče o rodiče se zážitkem perinatální ztráty.

Metodika: Ve vzdělávacím programu je využita nová didaktická pomůcka – interaktivní deník.

Výsledky: V České republice zatím není žádná vhodná pomůcka ani odborná literatura vztahující se k tématu péče o rodiče po perinatální ztrátě. Se souhlasem autorky deníku byla nová didaktická pomůcka využita během osmihodinového edukačního programu pro studentky porodní asistence z různých vysokých škol v ČR.

Závěr: Výsledky ukazují, že tímto edukačním programem lze zvýšit kvalitu péče.

Klíčová slova: porodní asistence – péče o truhlící – výuka – evaluace – perinatální ztráta

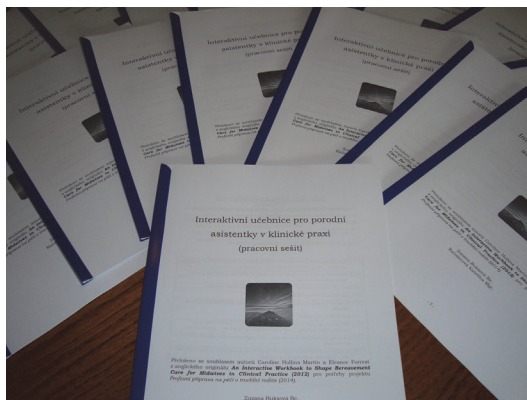
ÚVOD

Autorky v příspěvku popisují projekt profesní přípravy studentek porodní asistence na péči o truhlící rodiče a jeho evaluaci. Projekt byl vypracován v rámci studentské grantové soutěže Západočeské univerzity v Plzni a je zaměřen na problematiku perinatální ztráty a rozvoj profesních dovedností porodních asistentek, které pečují o pozůstalé rodiče. Perinatální ztráta postkává každý rok okolo 400 žen a jejich rodin. Dle výzkumu v České republice není řada žen, které prožily perinatální ztrátu, spokojena s psychosociální péčí, jež jim byla v nemocničním zařízení poskytnuta. Ratislavová et al. (2012, s. 506) uvádějí: „72 % žen po perinatální ztrátě lituje, že neviděly své dítě a 77 % žen lituje, že nemají na své dítě žádnou upomínku.“ V České republice je málo pracovišť, kde se rodiče mohou rozloučit se svým mrtvým dítětem, pořídít si fotografie nebo jinou památku po vytouženém dítěti. Je-li

tato služba přínosem pro zvládnutí tak těžké životní situace, proč bychom ji neměli rodičům poskytnout? Nejprve je však nutné, aby byl zdravotnický personál dostatečně vzdělán v doprovázení truchlících rodičů a v péči o ně. V zahraničí (Velká Británie) byl vyvinut interaktivní deník „An Interactive Workbook to Shape Bereavement Care for Midwives in Clinical Practice 2012“ pro výuku studentek porodní asistence, který je má připravovat na poskytování kvalitní péče o truchlící. Autorka této nové didaktické pomůcky, profesorka Hollins Martin z University of Salford (UK), souhlasila s překladem interaktivního deníku do českého jazyka a s jeho použitím pro evaluační výzkum u studentek porodní asistence v České republice. Navrhla také další možnou spolupráci v oblasti publikace výsledků výzkumu.

METODIKA A CHARAKTERISTIKA SOUBORU

Autorky použily přeloženou verzi interaktivního deníku k uskutečnění vzdělávacího programu ve formě osmi vyučovacích hodin u studentek bakalářského studia, oboru porodní asistence, na třech vysokých školách v ČR. Celkový počet studentek činil 134 a do vzdělávacího programu studentek se zapojila Fakulta zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni, Fakulta zdravotnických studií – Univerzita Pardubice, Vysoká škola polytechnická Jihlava, katedra zdravotnických studií. Na Západočeské univerzitě v Plzni prošlo výukovým programem 47 studentek porodní asistence, Fakulta zdravotnických studií Univerzity Pardubice disponovala s počtem 55 studentek a Vysoká škola polytechnická Jihlava umožnila výuku u 32 studentek. Každá studentka, která se zúčastnila edukačního programu, získala interaktivní deník (obr. 1), se kterým po dobu programu aktivně pracovala. Před a po skončení edukačního programu vyplnily studentky evaluační dotazník.



Obrázek 1 – Interaktivní deníky používané při výuce

Využily jsme dotazník UBET (Understanding Bereavement Evaluation Tool), který byl použit v anglické studii (Hollins Martin, Forrest, 2013). Se souhlasem autorů jsme jej přeložily do českého jazyka metodou „translation and back translation“. Dotazník tvořilo 7 výroků, které studentky hodnotily na pětistupňové škále („rozhodně souhlasím“ přes neutrální bod „nevím“ po „rozhodně nesouhlasím“). V úvodu dotazníku měly respondentky ohodnotit svoje znalosti v péči o truchlící rodiče na škále od 1 do 10. Evaluační výzkum byl hodnocen pomocí systémové analýzy, která vychází z měření vstupních a výstupních proměnných, hodnotí efektivitu a užitečnost programu na základě vytvořených kritérií validizace.

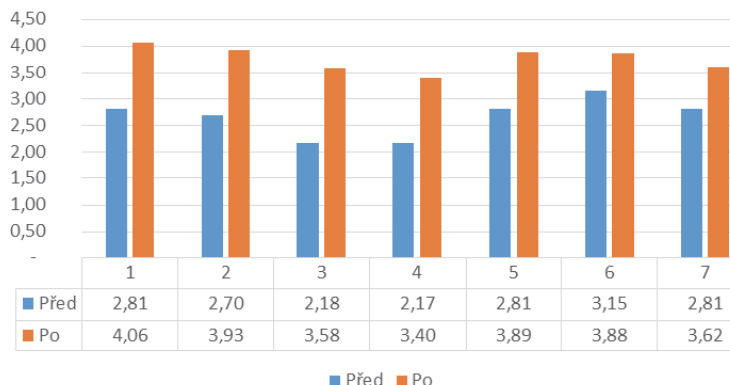
VÝSLEDKY

Výsledky dotazníků, které studentky vyplnily před a po edukaci, byly statisticky zpracovány. Pro publikaci na této konferenci jsou vybrány pouze některé výsledky. Tabulka 1 obsahuje znění otázek a výsledky, kterých respondentky dosáhly před absolvováním edukačního programu, a výsledky, kterých dosáhly po absolvování edukačního programu.

Tabulka 1 – Průměr jednotlivých otázek před a po absolvování kurzu

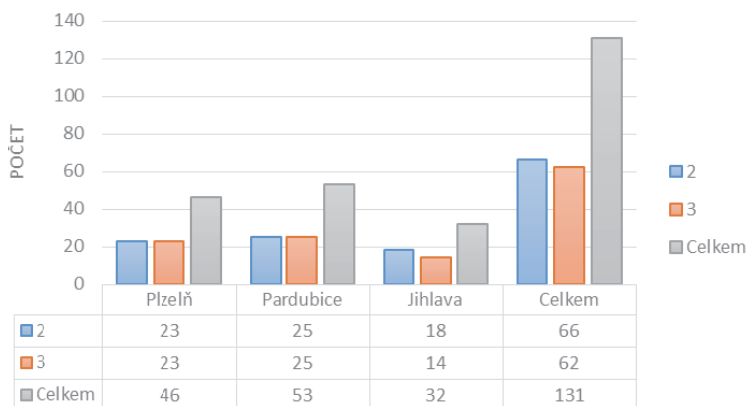
Souhrn dat		Mean (průměr)	
Otázka	Popis	Před	Po
P	Péče o truchlící rodiče	3,02	7,17
1	Mohu okamžitě vyjmenovat deset oblastí z klinické praxe porodní asistentky	2,81	4,06
2	Umím kriticky zhodnotit postupy, které spadají do plánu péče o truchlící	2,70	3,93
3	Umím vypsát a kriticky zhodnotit teoretické modely truchlení	2,18	3,58
4	Cítím se jistá v poskytování péče ženě (páru), rodině při perinatální ztrátě	2,17	3,40
5	Dokážu snadno rozpoznat případy, kdy se proces truchlení u ženy po perinatální ztrátě zkomplikoval a ona potřebuje odbornou psychologickou pomoc	2,81	3,89
6	Dokážu rozpoznat a kriticky zhodnotit situace, kdy prožitek perinatální ztráty negativně ovlivnil některého ze zaměstnanců	3,15	3,88
7	Cítím, že umím kompetentně vyhodnotit spirituální a náboženské potřeby ženy (páru), rodiny a přizpůsobit péči o truchlící jejich individuálním potřebám	2,81	3,62
Celkem		18,62	26,36

Hodnoty v grafu 1 vycházejí z dat v tabulce 1 a graficky zobrazují průměry všech respondentek z jednotlivých otázek. Graf přehledně ukazuje zvýšení průměru dosažených bodů respondentek v každé otázce.

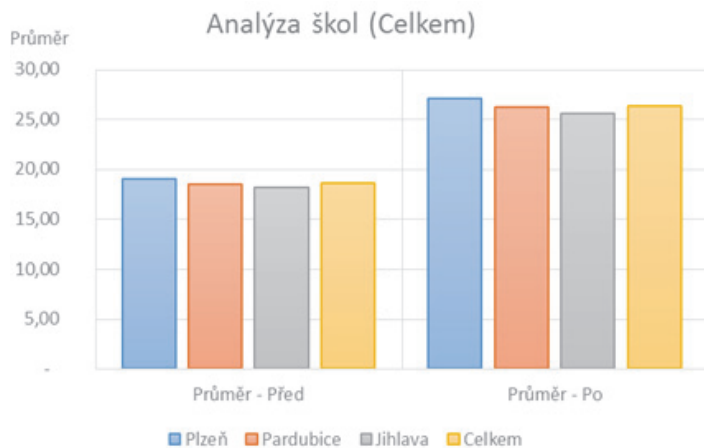


Graf 1 – Průměry z jednotlivých otázek před a po kurzu

Tabulka 2 obsahuje data rozdělená po jednotlivých univerzitách a rocích studia. V těchto skupinách uvádí průměrné hodnoty před a po absolvování edukačního programu. Tyto výsledky jsou poté znázorněny v grafech 2 a 3.



Graf 2 – Počty respondentů po jednotlivých univerzitách



Graf 3 – Průměrný počet bodů respondentů na jednotlivých univerzitách

Tabulka 2 – Počty respondentů rozdělené po městech a jejich výsledky

Město	Rok studia	Počet	Průměr – Před	Průměr – Po
Plzeň	2	23	18,00	26,96
	3	23	20,13	27,17
	<i>Celkem</i>	46	19,07	27,07
Pardubice	1	3	19,33	25,33
	2	25	17,96	25,68
	3	25	19,00	26,80
	<i>Celkem</i>	53	18,53	26,19
Jihlava	2	18	18,06	25,89
	3	14	23,21	33,29
	<i>Celkem</i>	32	18,13	25,63
Celkem	1	3	19,33	25,33
	2	66	18,00	26,18
	3	62	19,24	26,60
	<i>Celkem</i>	131	18,62	26,36

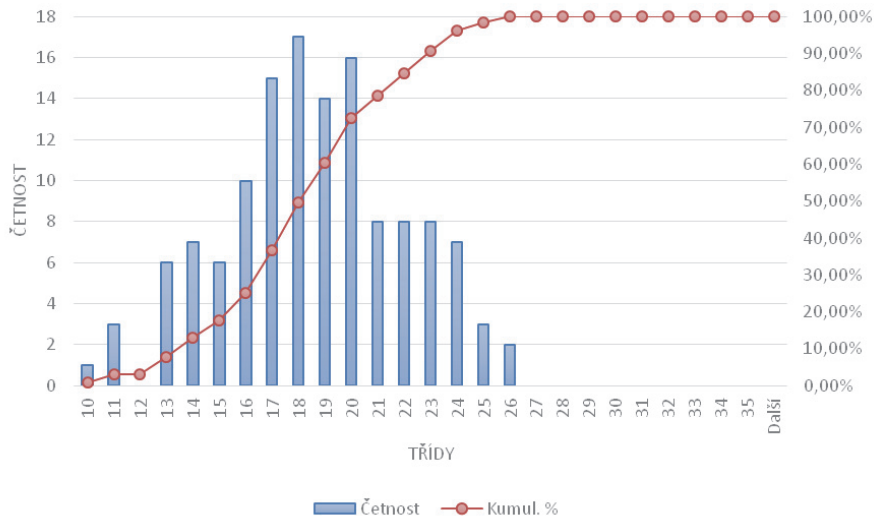
Dalším zpracovaným výsledkem bylo vytvoření tříd s určitým počtem bodů a rozdělení studentek do těchto tříd. Číslo třídy znamená počet dosažených bodů v dotazníku (např. v grafu 4 je pátá třída zprava 14 a v této třídě budou všechny studentky, které dosáhly v dotazníku výsledku 14 bodů). Sloupec „četnost“ obsahuje počet studentek, které dosáhly počtu bodů v příslušné třídě (např. četnost třídy 14 v grafu 4 je 7). V grafu 4 tedy bylo 7 studentek, které před edukací dosáhly v dotazníku počtu 14 bodů. Sloupec „kumul. %“ znázorňuje kumulativní četnost vyjádřenou v procentech. Tabulka 3 obsahuje data pro výsledky dotazníků před edukačním programem a tabulka 4 pro data po edukačním programu. Následně byly z dat vytvořeny histogramy (grafy 4 a 5), ze kterých je patrné posunutí histogramu doprava.

Tabulka 3 – Rozdělení dat pro histogram – před edukací

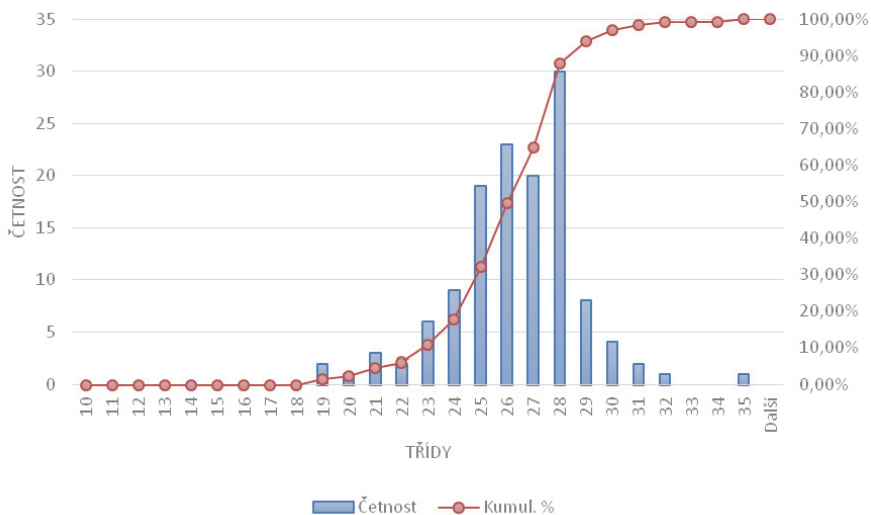
Třídy	Četnost	Kumul. %
10	1	0,76
11	3	3,05
12	0	3,05
13	6	7,63
14	7	12,98
15	6	17,56
16	10	25,19
17	15	36,64
18	17	49,62
19	14	60,31
20	16	72,52
21	8	78,63
22	8	84,73
23	8	90,84
24	7	96,18
25	3	98,47
26	2	100,00
Další	0	100,00

Tabulka 4 – Rozdělení dat pro histogram – po edukaci

Třídy	Četnost	Kumul. %
18	0	0,00
19	2	1,53
20	1	2,29
21	3	4,58
22	2	6,11
23	6	10,69
24	9	17,56
25	19	32,06
26	23	49,62
27	20	64,89
28	30	87,79
29	8	93,89
30	4	96,95
31	2	98,47
32	1	99,24
33	0	99,24
34	0	99,24
35	1	100,00
Další	0	100,00



Graf 4 - Histogram před edukací



Graf 5 - Histogram vytvořený z dat pořízených po edukaci

ZÁVĚR

Interaktivní učebnice použitá ve výuce profesní přípravy na péči o truchlící rodiče je cenným zdrojem jako výukový materiál pro porodní asistentky, neonatologické sestry a další zdravotnické profese, které se podílejí na péči o truchlící rodinu. Interaktivní učebnici mohou využít vyučující v oblasti porodnictví pro přípravu budoucích porodních asistentek. Pro kvalitní výuku studentek upravily autorky projektu dvě kapitoly, jelikož poskytovaná péče a kompetence porodních asistentek se mírně liší. Problém kvality péče o truchlící rodiče je v České republice aktuální. Pro výuku studentů porodní asistence zde není dostupná žádná kvalitní odborná literatura v oblasti péče o ženu/rodinu po perinatální ztrátě. Hlavním přínosem projektu je evaluace nové didaktické pomůcky, která pomáhá zvýšit úroveň profesní přípravy budoucích porodních asistentek a následnou kvalitu péče o truchlící rodiče.

POUŽITÉ ZDROJE

1. Hollins Martin, C., Forrest, E. (2013). Bereavement Care for Childbearing Women and their Families: An Interactive Workbook. Routledge.
2. Ratislavová, K., Beran, J., Kašová, L. (2012). Psycho-sociální péče o ženu po perinatální ztrátě. Praktický lékař. 92(9): 505–508.

Kontakt:

Zuzana Buksová, Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií

 ZuzanaBuksova@seznam.cz

CESIUM-137 V HOUBÁCH

Michaela Čadová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta

Souhrn

Úvod: Na území České republiky byly doposud pozorovány dva hlavní zdroje kontaminace cesiem-137, a to zkoušky jaderných zbraní v atmosféře a havárie v jaderné elektrárně v Černobylu. Vzhledem k oblibě sběru lesních plodin a zejména hub patří houby k významným zdrojům vnitřní kontaminace.

Cíle práce: Porovnání obsahu cesia-137 v závislosti na jednotlivých druzích hub ve vybraných lokalitách na Šumavě, kde byl v roce 1986 vyšší radioaktivní spád.

Metodika: Hmotnostní aktivita cesia-137 byla stanovována pomocí polovodičové spektrometrie gama. Pro porovnání byl stanoven také obsah draslíku-40, který je přírodním radionuklidem a podílí se na vnitřním ozáření člověka.

Výsledky: Hmotnostní aktivita cesia v odebraných vzorcích hub vykazuje velký rozptyl naměřených hodnot (stovky až tisíce $\text{Bq}\cdot\text{kg}^{-1}$) stejně jako hmotnostní aktivita K-40. Na základě získaných výsledků byly následně stanoveny hodnoty úvazků efektivních dávek, které by osoby obdržely v případě jejich konzumace, a jsou porovnány se stanovenými limity.

Závěr: Měřením bylo zjištěno, že naměřené hodnoty jsou relativně nízké. Nejvyšší naměřená hodnota byla zjištěna u hříbu smrkového z lokality Zadov na Šumavě. Avšak při zkonzumování 10 kg této houby bychom obdrželi menší dávku záření, než kterou obdržíme z důvodu přírodního záření za jeden rok.

Klíčová slova: cesium-137 – kontaminace – houby – gamaspektrometrie – hmotnostní aktivita

ÚVOD

Radionuklidy, které způsobují ozáření, se k člověku dostávají různými expozičními cestami (Österreicher, Vávrová, 2003). Z hlediska vnitřní kontaminace je vzhledem ke svému poločasu rozpadu 30,07 let a množství, které uniklo do životního prostředí, nejdůležitější izotop cesium-137. Cesium-137

je radioaktivní izotop cesia, který vzniká jako jeden ze štěpných produktů jaderného štěpení v jaderných reaktorech a v jaderných zbraních (Škrkal et al., 2013). Jelikož se cesium-137 snadno pohybuje a šíří v přírodě a vzhledem k jeho vysoké rozpustnosti ve vodě patří k nejvýznamnějším radionuklidům z hlediska dlouhodobé kontaminace životního prostředí.

Cesium-137 se do životního prostředí dostává z různých zdrojů. Na území České republiky byly doposud pozorovány dva hlavní zdroje kontaminace Cs-137: zkoušky jaderných zbraní v atmosféře a havárie jaderné elektrárny Černobyl (Rulík, Helebrant, 2011). Nejmasivnější vnitřní kontaminace obyvatelstva vznikla v důsledku zkoušek jaderných zbraní v ovzduší koncem padesátých a začátkem šedesátých let minulého století. Po dlouhá léta přetrvávala kontaminace životního prostředí a tedy i potravního řetězce (Škrkal et al., 2013). Tímto testováním byla zasažena především severní polokoule, jelikož právě tam probíhalo nejvíce testů (Eikenberg et al., 2004). Druhým zmíněným zdrojem cesia-137 na našem území byla havárie reaktoru v jaderné elektrárně v ukrajinském Černobylu v roce 1986 (Bučina et al., 1988). Cesium se do ovzduší dostalo ve formě aerosolu nebo s částicemi rozprášeného jaderného paliva. Tento prvek se vstřebává jak do živých organismů, tak do bylin a dřevin. Jedná se především o lesní plody a houby, které pak potravním řetězcem kontaminují maso lesní zvěře. Proto se jedná o prvek důležitý z hlediska případné vnitřní kontaminace (Havránek, Havránková, 2008). Schopnost hub akumulovat Cs-137 je ovlivněna řadou faktorů. Mezi nejvýznamnější patří druh houby, druh půdy a její vlhkost, míra kontaminace a doba, která uplynula od kontaminace půdy a s ní související vertikální distribuce (Škrkal et al., 2012b). Cs-137 je nerovnoměrně distribuováno v jednotlivých částech hub (Henrich, 1993). Zdrojem kontaminace mohou být i přírodní radionuklidy. Mezi nejvýznamnější se řadí izotop draslíku K-40.

Hlavním cílem práce bylo porovnat obsah Cs-137 v závislosti na jednotlivých druzích hub ve vybraných lokalitách.

METODIKA A CHARAKTERISTIKA SOUBORU

Jelikož byl radioaktivní spad při průchodu kontaminovaných mas nerovnoměrný, lokality sběru byly vybrány na základě konzultace na Státním úřadě pro jadernou bezpečnost (SÚJB) s panem Ing. Janem Matznerem, který se podílel na měření po havárii v Černobylu, aby byly zahrnuty oblasti, kde byla v roce 1986 zjištěna nejvyšší kontaminace. Jednalo se o lokality Churáňov, Zadov a Kvilda na Šumavě. Pro srovnání byl sběr proveden také v dalších lokalitách, kde radioaktivní spad nebyl až tak významný – Jemčina na Třeboňsku, okolí obce Příbraz (obr. 1).



Obrázek 1 – Lokality odběru vzorků hub

Celkem bylo zpracováno a změřeno 17 vzorků hub z pěti lokalit. Houby bylo nejdříve potřeba očistit nožem od nečistot a zbavit se červivých vzorků. Všechny vzorky hub byly nejprve zváženy v nativním stavu na běžných kuchyňských vahách. Poté byly nakrájeny na několikamilimetrové plátky a rozloženy na rám se silonovým pletivem, aby je bylo možné co nejlépe usušit. Samotné sušení probíhalo při pokojové teplotě několik dní. Následně byly zváženy již v usušeném stavu, aby bylo možné stanovit usychací poměr. Jednotlivé druhy hub byly měřeny odděleně. Pro stanovení hmotnostní aktivity Cs-137 byla použita polovodičová spektrometrie gama. Odebrané vzorky byly měřeny na Regionálním centru SÚJB v Českých Budějovicích. Měřicí doba byla v případě vzorků hub obvykle 24 hodin. Získaná spektra byla vyhodnocena pomocí softwaru GAMAT (Matzner, 2003).

Pro srovnání byla v odebraných vzorcích stanovena i hmotnostní aktivita přírodního radionuklidu K-40, který je obsažen homogenně v celém ekosystému.

VÝSLEDKY

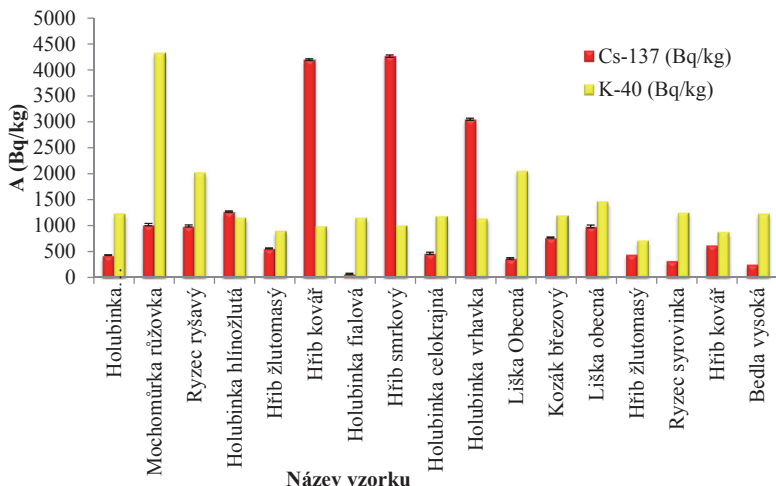
Výsledky hmotnostní aktivity Cs-137 odebraných vzorků v jednotlivých lokalitách jsou uvedeny v tabulce 1. V tabulce jsou dále uvedeny hmotnosti vzorků před (m1) a po uschnutí (m2) a z nich spočítaný usychací poměr, pomocí kterého byla spočtena aktivita Cs-137 v nativním stavu.

Tabulka 1 – Hmotnosti, usychací poměry a obsah Cs-137 v houbách ve vybraných lokalitách

Lokalita / druh houby		m1 (kg)	m2 (kg)	Usychací poměr	Cs-137 (Bq.kg ⁻¹) sušina	Cs-137 (Bq.kg ⁻¹) nativní stav
<i>Kvilda</i>	Ryzec ryšavý	0,131	0,017	7,71	1565	203,09
	Hřib kovář	0,173	0,009	19,22	4199	218,45
	Holubinka fialová	0,089	0,013	6,85	68,82	10,05
	Liška obecná	0,108	0,014	7,71	982,8	127,40
<i>Churáňov</i>	Holubinka hlínožlutá	0,03	0,004	7,50	1270	169,33
	Hřib žlutomasý	0,083	0,02	4,15	559,7	134,87
	Hřib smrkový	0,032	0,004	8,00	4265	533,13
	Holubinka celokrajná	0,042	0,006	7,00	466,8	66,69
	Liška obecná	0,046	0,003	15,33	365,8	23,86
<i>Zadov</i>	Holubinka akvamarínová	0,224	0,025	8,96	429,3	47,91
	Holubinka vrhavka	0,041	0,004	10,25	3050	297,56
	Kozák březový	0,1	0,01	10,00	768,9	76,89
<i>Příbraz</i>	Muchomůrka růžovka	0,117	0,009	13,00	1018	78,31
	Hřib žlutomasý	0,134	0,012	11,17	452,3	40,50
	Ryzec syrovinka	0,088	0,01	8,8	325,4	36,98
<i>Jemčina</i>	Hřib kovář	0,068	0,006	11,33	632,5	55,81
	Bedla vysoká	0,102	0,008	12,75	259	20,31

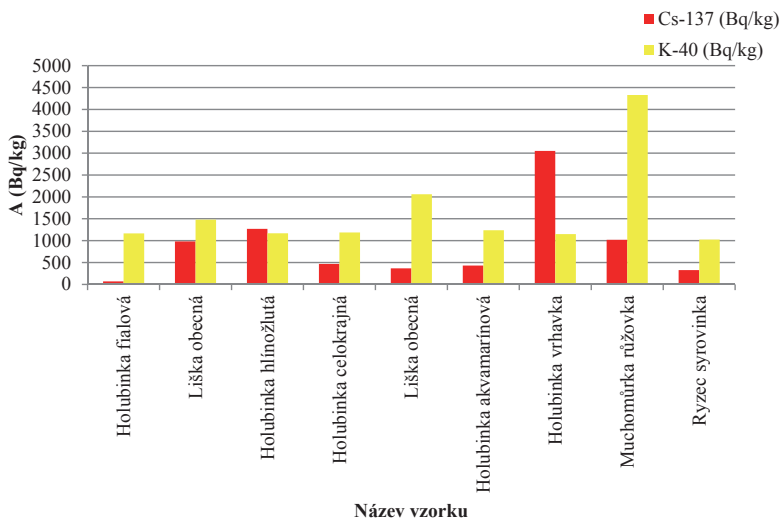
Hmotnostní aktivita cesia v odebraných vzorcích hub vykazuje velký rozptyl naměřených hodnot, a to i v rámci jednotlivých lokalit. Obsah Cs-137 se pohybuje od 429,3 Bq.kg⁻¹ do 4 265 Bq.kg⁻¹ sušiny. Největší obsah Cs-137 byl zjištěn u hříbu smrkového pocházejícího z Churáňova (4 265 Bq.kg⁻¹) a hříbu kováře (4 199 Bq.kg⁻¹), který byl nasbírán také na Šumavě v lokalitě Churáňov. Poměrně vysokou aktivitu vykazuje také vzorek holubinky vrhavky ze Zadova (3 050 Bq.kg⁻¹).

Porovnání obsahu Cs-137 a přírodního radionuklidu K-40 v odebraných vzorcích je patrné na grafu 1. Nejvyšší hodnoty hmotnostní aktivity K-40 byly naměřeny u muchomůrky růžovky nalezené v okolí obce Příbraz (1 018 Bq.kg⁻¹).

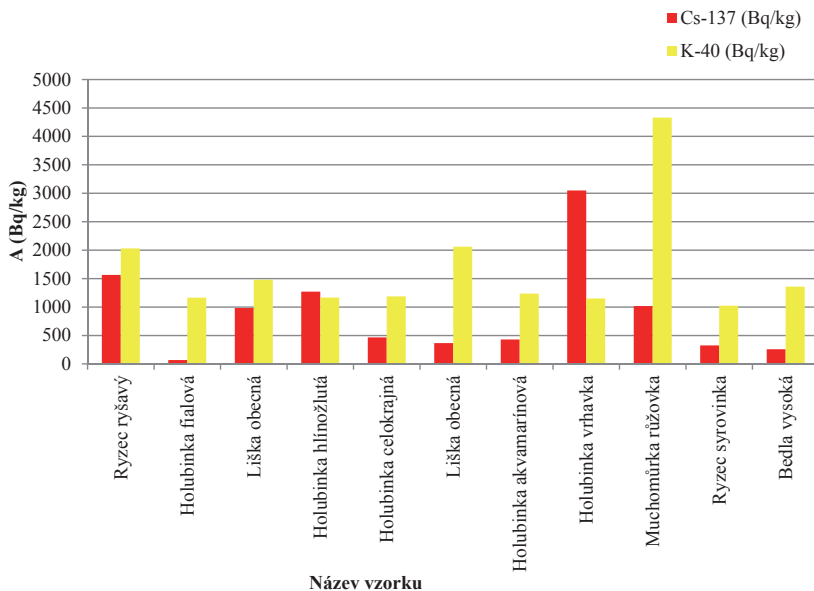


Graf 1 – Hmotnostní aktivita Cs-137 a K-40 v houbách (v sušině)

Na grafech 2 a 3 je vidět rozdíl obsahu Cs-137 mezi hřibovitými a lupenatými houbami. Jak již bylo zmíněno, z výsledků vyplývá, že hřibovité houby akumulují více Cs-137 než houby lupenaté.



Graf 2 – Hmotnostní aktivita Cs-137 a K-40 v hřibovitých houbách (v sušině)



Graf 3 – Hmotnostní aktivita Cs-137 a K-40 v lupenatých houbách (v sušíně)

Zjištěné výsledky jsou v souladu s dalšími provedenými studiemi (Dvořák et al., 2006; Havránek, Havránková, 2008; Škrkal et al., 2012a, b, 2013), které potvrzují významné rozdíly v jednotlivých druzích hub, stejně tak skutečnost, že se nejvíce cesia-137 nachází v nejoblíbenějších hříbovitých houbách (Dvořák et al., 2006).

Schopnost hub akumulovat cesium-137 je ovlivněna řadou faktorů. Mezi nejvýznamnější patří druh houby, druh půdy a její vlhkost, míra kontaminace a doba, která uplynula od kontaminace půdy a s ní související vertikální distribuce (Škrkal et al., 2012a). Již zmíněná druhová závislost je nejvíce diskutovaným faktorem ovlivňujícím schopnost akumulace cesia-137 (Dvořák et al., 2006; Havránek, Havránková, 2008; Škrkal et al., 2012a, b, 2013). Kontaminace hub pak přes potravní řetězec může kontaminovat maso lesní zvěře.

Výpočet úvazku efektivní dávky pro jednoho obyvatele, který zkonsumoval 10 kg hub za 1 rok:

- *Konverzní faktor pro přepočet příjmu radionuklidů (¹³⁷Cs) požitím na úvazek efektivní dávky pro dospělé = $1,3 \cdot 10^{-8} \text{ Sv/Bq}$.*

- Předpokládaná průměrná roční spotřeba hub na 1 obyvatele = 10 kg/1 rok.
- Největší naměřená hmotnostní aktivita ^{137}Cs v houbách (lokalita Zadov – hřib smrkový) = 533 Bq/kg (v nativním stavu).

$$E = 1,3 \cdot 10^{-8} \text{Sv/Bq} \cdot 10 \text{ kg} \cdot 533 \text{ Bq/kg} = 6,929 \cdot 10^{-5} \text{Sv} = 0,069 \text{ mSv}$$

ZÁVĚR

Celkově lze říci, že naměřené hodnoty jsou relativně nízké a vzhledem k ostatním zdrojům ionizujícího záření je jeho vliv na zdraví naší populace zanedbatelný. Naměřené hodnoty hmotnostní aktivity se pohybovaly ve stovkách až tisících Bq.kg⁻¹ sušiny. Nejvyšší naměřené hodnoty byly zjištěny u hřibovitých hub, což potvrdilo dřívější studie. Z důvodu kontaminace obyvatel konzumací hub, které obsahují Cs-137, byl spočítán úvazek efektivní dávky. V případě, že by člověk zkonsumoval za 1 rok 10 kg hub, u kterých byla naměřena nejvyšší hodnota Cs-137 (v tomto případě hříbu smrkového), obdržel by dávku 0,069 mSv. Pro srovnání průměrná hodnota z přírodního ozáření činí 3 mSv za rok. Při CT vyšetření hrudníku pacient obdrží dávku 8 mSv a na zubních pracovištích se typické profesionální expozice pohybují kolem hodnoty 0,7 mSv za rok.

POUŽITÉ ZDROJE

1. Bučina, I. et al. (1988). Radionuklidy z černobylské havárie v půdě na území ČSSR: jejich původ, depozice a distribuce. In: Některé výsledky monitorování následků černobylské havárie v ČSSR. Praha: Československá komise pro atomovou energii, s. 5–22.
2. Dvořák, P. et al. (2006). Radiocesium in mushrooms from selected locations in the Czech Republic and Slovak republic. *Radiat Environ Biophys.* 45: 145–151.
3. Eikenberg, J., Beer, H., Bajo, S. (2004). Anthropogenic radionuclid emissions into the environment. In: Gieré, R., Stille, P. (eds.). *Energy, Waste and the Environment: A Geochemical Perspective*. London: Geological Society Special Publication 236. The Geological Society, s. 143–151, ISBN 1-86239-167-X.
4. Havránek J., Havránková, R. (2008). Obsah cesia-137 v lesním ekosystému v lokalitě Újezd. *Kontakt, ZSF JU.* 10(3–4): 368–373.
5. Henrich, G. (1993). Distribution of radiocesium in the different parts of mushrooms. *Radiat Environ Biophys.* 31: 39–49.
6. Matzner, J. (2003). Gamat: Interaktivní systém pro spektrometrii gama. Verze 4.0 G. Praha: SUJB.
7. Österreicher, J., Vávrová, J. (2003). *Přednášky z radiobiologie*. 1. vyd., Praha: Manus, s. 116.

8. Rulík, P., Helebrant, J. (2011). Mapa kontaminace půdy České republiky ^{137}Cs po havárii JE Černobyl. Zpráva SÚRO č. 22/2011. [online] [cit. 2014-10-31]. Dostupné z: <https://www.suro.cz/cz/publikace/cernobyl/plosna-aktivita-radionuklidu-zjistena-ve-vzorcich-odebranych-pud/Zprava%202011%20-%202022%20-%20Kontaminace%20pudy%20Ceske%20republiky%20137Cs%20-%20Mapa.pdf>
9. Škrkal, J. et al. (2012a). Mapa kontaminace lupenatých hub lesního ekosystému České republiky ^{137}Cs v letech 2004–2011. Zpráva SÚRO č. 25/2012. [online] [cit. 2014-10-29]. Dostupné z: <http://www.suro.cz/cz/rms/monitorovani-slozek-zivotniho-prostredi/Mapa-kontaminace-lupenatych-hub-CR-Zprava-SURO-2012-25.pdf/view>
10. Škrkal, J. et al. (2012b). Mapa kontaminace hřibotvarých hub lesního ekosystému České republiky ^{137}Cs v letech 2004–2011. Zpráva SÚRO č. 24/2012. [online] [cit. 2014-10-29]. Dostupné z: <http://www.suro.cz/cz/rms/monitorovani-slozek-zivotniho-prostredi/Mapa-kontaminace-hribotvarech-hub-CR-Zprava-SURO-2012-24.pdf/view>
11. Škrkal, J. et al. (2013). Long-term ^{137}Cs activity monitoring of mushrooms in forest ecosystem of the Czech Republic. *Radiation Protection Dosimetry*. 157(4): 579–584.

Kontakt:

Michaela Čadová, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta

 misinka.Ca@seznam.cz

PRACOVNÍ ŽIVOT PACIENTŮ S REVMATOIDNÍ ARTRITIDOU

Jiří Kaas, Valérie Tóthová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta

Souhrn

Úvod: Revmatoidní artritida je chronické zánětlivé onemocnění pohybového aparátu, které nemocnému přináší různě intenzivní funkční omezení. Toto funkční omezení je následně příčinou řady negativních důsledků jak v osobním, tak pracovním životě. Cílem tohoto příspěvku je představit subjektivně vnímanou kvalitu života pacientů s revmatoidní artritidou v oblastech „pracovní výkonnost“ a „finanční situace“ a zjistit, zda mezi nimi existuje statisticky významný vztah.

Metodika: Výzkumné šetření bylo realizováno v rámci výzkumného projektu Grantové agentury Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích s využitím dvou standardizovaných dotazníků – WHOQOL-100 a HAQ. Výzkumný soubor tvořilo 200 nemocných s revmatoidní artritidou z celé České republiky, sběr dat byl realizován v období od ledna do května 2013.

Výsledky: Na základě šetření bylo zjištěno, že 43,5 % nemocných s revmatoidní artritidou považuje svou pracovní schopnost za dobrou až velmi dobrou a 36,5 % ji hodnotí neutrálně. Zbýlých 20 % není se svou pracovní schopností spokojeno a popisuje ji jako špatnou až velmi špatnou. Na základě porovnání facety 12 „pracovní výkonnost“ a facety 18 „finanční situace“ nebyl prokázán statisticky významný vztah mezi těmito veličinami.

Závěr: U části nemocných byl prokázán negativní dopad revmatoidní artritidy na kvalitu života v oblasti pracovní výkonnosti. V rámci multidisciplinárního přístupu je proto nezbytné řešit i tuto problematiku, neboť nemožnost vykonávat dosavadní zaměstnání může mít značný negativní dopad na život nemocného.

Klíčová slova: revmatoidní artritida – revmatologie – pracovní schopnost – zaměstnání – finance

ÚVOD

Revmatoidní artritida je jedním z nejrozšířenějších zánětlivých onemocnění pohybového systému. Prevalence této choroby se dle nejnovějších údajů

pohybuje v rozmezí 0,5–1 % celosvětové populace, s přibližně třikrát častějším výskytem u ženského pohlaví (Češka et al., 2010; Luqmani et al., 2010). Etiologie onemocnění je stále z velké části neprobádanou oblastí, z patogenetického hlediska se však jedná o chorobný stav, na jehož rozvoji a udržování se podílejí různé autoimunitní pochody v těle nemocného (Dítě, 2007; Klener, 2011). Mezi prvotní projevy choroby patří nespecifické příznaky jako neurčité bolesti pohybového aparátu, nevykonnost, únava a slabost, někdy doplněné zvýšenou tělesnou teplotou. V pozdějších fázích dochází k rozvoji charakteristického kloubního poškození, typicky v podobě polyartritidy (Da Silva, Woolf, 2010). V souvislosti s autoimunitní, systémovou povahou choroby však může dojít k poškození i dalších tzv. „mimokloubních struktur“ jako šlach, tíhových váčků, kůže i některých vnitřních orgánů (Pavelka, 2010). Typickým znakem nemoci je její chronický průběh se střídáním akutních vzplanutí a různé dlouhých remisí (Adebajo, 2010). Vzhledem k nevyléčitelné a progresivní povaze onemocnění je cílem terapie hlavně zpomalit jeho průběh a zajistit tak nemocnému co nejvyšší kvalitu života (Pavelková, 2009). Velkou nadějí pro tyto nemocné představuje v současné době biologická terapie, u které byly prokázány velice dobré výsledky především v oblasti bolesti a fyzického fungování jedince (Olejárová, 2010; Závada et al., 2013). I přesto však revmatoidní artritida stále patří k onemocněním s velice širokým negativním dopadem na každodenní život člověka (Hill et al., 2006). Nejprve se pro nemocného stává problémem větší fyzická aktivita, postupně však i zátěž menší. Pro nemocného se může stát překážkou jeho zaměstnání, později například běžné domácí práce, mnohdy se musí vzdát nejrůznějších volnočasových aktivit. V nejdůležitějších případech dochází k narušení soběstačnosti v základních úkonech sebepečce. Všechny tyto negativní důsledky jsou pak příčinou značných sociálních a psychických problémů (Olejárová, Korandová, 2011; Olejárová, 2012). Jedním z dílčích cílů výzkumu bylo zmapovat subjektivně vnímanou kvalitu života ve facetách „pracovní vykonnost“ a „finanční situace“. Dalším cílem bylo zjistit, zda existuje statisticky významná závislost mezi těmito facetami.

METODIKA A CHARAKTERISTIKA SOUBORU

Vlastní výzkumné šetření probíhalo prostřednictvím sady dvou standardizovaných dotazníků WHOQOL-100 a HAQ, v rámci výzkumného grantového projektu číslo 120/2012/S „Odras kvality života v ošetrovatelství“. Tento článek prezentuje pouze vybrané výsledky získané na základě dotazníku WHOQOL-100. Dotazník je rozdělen do šesti domén – fyzický stav, prožívání, nezávislost, sociální vztahy, prostředí a spiritualita, které jsou dále

členěny do 24 facet. Každá z facet obsahuje čtyři konkrétní otázky, u kterých respondent uvádí jednu z odpovědí na pětistupňové škále, podle toho, která z možností nejvíce odpovídá jeho stavu v posledních čtrnácti dnech. Součástí dotazníku jsou též čtyři otázky zaměřené na celkové hodnocení kvality života a zdravotního stavu. V závěru dotazníku jsou uvedeny základní identifikační údaje – pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání, rodinný stav a současný zdravotní stav.

Výzkumný soubor tvořilo 200 pacientů trpících revmatoidní artritidou z celé České republiky. Velikost souboru byla statisticky vypočítána ze základního souboru nemocných s revmatoidní artritidou, který se dle údajů v nejnovější dostupné literatuře pohybuje mezi 0,5–0,8 % české populace s přibližně třikrát častějším výskytem u ženského pohlaví. Soubor lze tedy považovat za reprezentativní vzhledem k demografickým podmínkám České republiky. Vlastní výběr respondentů probíhal na základě kvótního výběru, kdy jako jediné kvóty byly stanoveny „přítomnost diagnózy revmatoidní artritida“ a „pohlaví“. Poměr pohlaví byl stanoven na 75 % žen a 25 % mužů, což je opět v souladu s přibližným poměrem pohlaví v celkové české populaci osob s tímto onemocněním. Věk a region dotazovaných nebyl stanoven. Při vlastní konstrukci výzkumného souboru byly předně osloveny organizace, které zajišťují vysoký výskyt pacientů s revmatoidní artritidou, konkrétně Revmatologický ústav v Praze a sdružení Revma-liga ČR. Sběr dat probíhal v období od ledna do května roku 2013. Celkem bylo distribuováno 214 dotazníků, než bylo dosaženo požadované návratnosti 200. Návratnost činila 93,5 %.

Statistická analýza dat probíhala ve dvou fázích. První stupeň třídění byl proveden v programu SASD, kde byly provedeny výpočty absolutních i relativních četností získaných odpovědí a dále výpočet jejich středních hodnot a míry variability. Druhý stupeň třídění byl proveden v programu SPSS, verzi 15.0 a zahrnoval provedení několika statistických testů. Nejprve bylo provedeno srovnání subjektivně vnímané kvality života mezi souborem pacientů s revmatoidní artritidou a kontrolní zdravou populací a dále porovnání z hlediska pohlaví a subjektivně vnímaného aktuálního zdravotního stavu. Pro tyto účely bylo využito Mann-Whitneyova U testu a neparametrického Wilcoxonova párového testu. Následně byl u vybraných dat vypočítán pořadový Spearmanův koeficient korelace a koeficient determinace s cílem nalézt vztahy u vybraných facet. Výběr facet pro statistické porovnání byl záměrný, vybrány byly facet, u kterých jsme určitou souvislost předpokládali a chtěli jsme ji ověřit, případně vyvrátit.

VÝSLEDKY

Ve faceti „pracovní výkonnost“ byli respondenti dotazováni, zda jsou schopni pracovat, zda mají pocit, že dokážou plnit své povinnosti, nakolik jsou spokojeni se svým pracovním výkonem a jak hodnotí svou pracovní schopnost. V první z otázek označila největší část respondentů (42 %) možnost „většinou ano“; 27,5 % využilo odpověď „středně“ a 15 % „spíše ne“. Krajní možnost „zcela“ označilo 12 % dotázaných a opačnou variantu „vůbec ne“ 3,5 %; 39 % respondentů vyjádřilo spokojenost se svým pracovním výkonem, 4,5 % dokonce spokojenost výraznou; 31 % dotázaných zaujímá v této otázce neutrální postoj a označilo odpověď „ani spokojen, ani nespokojen“; 21 % označilo odpověď „nespokojen“ a 4,5 % „velmi nespokojen“. Svou pracovní schopnost hodnotí jako dobrou 38 % výzkumného souboru a 36,5 % jako „ani dobrou, ani špatnou“. Jako špatnou hodnotí svou pracovní schopnost 16,5 % a 3,5 % jako velmi špatnou. Možnost „velmi dobrá“ využilo pouze 5,5 % dotázaných.

V druhé zkoumané oblasti, tedy ve faceti „finanční situace“, odpovídali respondenti na to, zda mají finanční potíže, nakolik si dělají starosti kvůli penězům, zda mají dostatek finančních prostředků k uspokojení svých potřeb a nakolik jsou spokojeni se svou finanční situací; 37,5 % respondentů uvedlo, že má finanční potíže „trochu“; 22 % využilo možnost „středně“, 7 % „hodně“ a 0,5 % maximálně; 33 % výzkumného souboru odpovědělo, že nemá finanční potíže vůbec; 23 % respondentů si nedělá kvůli penězům žádné starosti, 35 % trochu, 29 % středně, 12 % hodně a 1 % maximálně. Spokojenost se svou finanční situací pociťuje 49 % dotázaných, z toho 5 % spokojenost výraznou; 12 % využilo odpověď „nespokojen“ a 0,5 % možnost „velmi nespokojen“. Zbýlých 38,5 % zaujalo neutrální postoj a využilo možnost „ani spokojen, ani nespokojen“.

Tabulka 1 znázorňuje výpočet Spearmanova koeficientu korelace na hladině významnosti $p < 0,01$ a koeficientu determinace, prostřednictvím kterých byl zjišťován vztah mezi facetou 12 „pracovní výkonnost“ a facetou 18 „finanční situace“.

Tabulka 1 - Vztah facet „pracovní výkonnost“ a „finanční situace“

Spearmanův koeficient korelace		faceta 18 „finanční situace“
faceta 12 „pracovní výkonnost“	Koeficient korelace	0,277
	Sig. (2-tailed)	0,000
	<i>N</i>	200
Koeficient determinace		7 %

Mezi těmito facetami byla na základě statistické analýzy prokázána velmi nízká lineární závislost. Koeficient determinace byl vypočítán na 7 %. Lze tedy říci, že finanční situace pacientů s revmatoidní artritidou není závislá na úrovni pracovních schopností těchto nemocných, případně s nimi souvisí jen okrajově. Statisticky významný vztah mezi těmito veličinami nebyl prokázán.

ZÁVĚR

Cílem příspěvku bylo představit kvalitu života nemocných s revmatoidní artritidou v oblastech pracovní výkonnost a finanční situace a prokázat, zda mezi nimi existuje statisticky významný vztah. Z výsledků vyplynulo, že nadpoloviční většina pacientů s revmatoidní artritidou považuje svou pracovní výkonnost za dobrou, případně ji hodnotí neutrálně. Z toho lze usoudit, že pro tuto značnou část nemocných nepředstavuje choroba výraznou překážku ve výkonu jejich zaměstnání. Nicméně zde existuje nemalá část (20 % dotázaných), která svou pracovní schopnost považuje za špatnou až velmi špatnou. I přesto, že se jedná o menší část výzkumného souboru, jde o neklamný důkaz toho, že je revmatoidní artritida onemocněním, které může výrazně komplikovat profesní život jedince. Lze předpokládat, že jakékoliv zamezení ve výkonu zaměstnání s sebou dále přináší řadu komplikací v běžném životě nemocného. Samotný dopad onemocnění na profesní život jedince pak pochopitelně závisí na charakteru vykonávané práce. Pokud člověk vykonává klidné, sedavé zaměstnání, nemusí choroba představovat žádný problém. Nicméně pro nemocného, který se žije fyzicky náročnější prací, může nemoc představovat nepřekonatelnou komplikaci. Další dopad těchto komplikací pak jistě závisí na společenské podpoře, kterou nemocný ve svém osobním životě má. Není tedy pochyb, že dopad choroby na výše popsané dimenze života je značně individuální, a je proto třeba pomýšlet na jeho existenci. V rámci komplexního a především multidisciplinárního přístupu k nemocnému s revmatoidní artritidou by proto neměla být tato oblast opomíjena.

Příspěvek se vztahuje k výzkumnému grantovému projektu číslo 120/2012/S, který je realizován za finanční podpory Grantové agentury Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

POUŽITÉ ZDROJE

1. Adebajo, A. (2010). ABC of Rheumatology, 4. vyd., Chichester: Wiley-Blackwell, s. 71–72.
2. Da Silva, J. A. P., Woolf, A. D. (2010). Rheumatology in Practice, 1. vyd., London: Springer.

3. Dítě, P. (2007). Vnitřní lékařství, 2. vyd. Praha: Galén, s. 464.
4. Češka, R. et al. (2010). Interna, 1. vyd. Praha: Triton, s. 582–583.
5. Hill, J. et al. (2006). Rheumatology nursing: a creative approach, 2. vyd. Chichester: John Wiley and Sons, Ltd.
6. Klener, P. (2011). Vnitřní lékařství, 4. vyd., Praha: Galén, s. 816.
7. Luqmani, R., Pincus, T., Boers, M. (2010). Rheumatoid Arthritis, 1. vyd. Oxford: Oxford University Press, s. 1–2.
8. Olejárová, M. (2010). Biologická léčba v revmatologii, 1. vyd. Praha: Mladá fronta, s. 9–11.
9. Olejárová, M. (2012). Revmatoidní artritida: čtení o nemoci severoamerických indiánů, slavných malířů i vaší, 1. vyd., Praha: Mladá fronta, s. 22–25.
10. Olejárová, M., Korandová, J. (2011). Lexikon revmatologie pro sestry, 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2011. s. 129–131.
11. Pavelka, K. (2010). Revmatologie, 2. vyd. Praha: Galén, s. 25–26.
12. Pavelková, A. (2009). Revmatoidní artritida a biologická léčba, 1. vyd. Praha: Maxdorf, s. 27.
13. Závada, J. et al. (2013). Zdravím podmíněná kvalita života u pacientů s revmatoidní artritidou v průběhu prvního roku anti-TNF léčby. Česká revmatologie. 21(3): 123–130, 125–127.

Kontakt:

Jiří Kaas, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta

 kaasji00@zsf.jcu.cz

KOGNITIVNÍ FUNKCE JAKO DŮLEŽITÝ ASPEKT KVALITY ŽIVOTA U PACIENTŮ S CHRONICKOU OBSTRUKČNÍ PLICNÍ NEMOCÍ

David Kimmer, Jana Maňhalová, Valérie Tóthová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta

Souhrn

Úvod: Chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN) je onemocnění, u kterého dochází k obstrukci dýchacích cest, jež vzniká na základě chronické bronchitidy nebo plicního emfyzému. Jelikož veškeré příznaky, které se s tímto onemocněním pojí, ovlivňují fyzickou i psychickou stránku člověka, je bezesporu zásadním krokem věnovat dostatečnou pozornost kvalitě života jedinců s tímto onemocněním.

Metodika: Výzkum byl realizován na základě kvantitativní metody. Ke sběru dat byl použit standardizovaný dotazník WHOQOL-100. Výzkumný soubor tvořilo celkem 503 respondentů trpících CHOPN z celé České republiky, kteří byli vybíráni na základě kvótního výběru. Získaná data byla v prvním stupni třídění zpracována statistickým programem SASD. Ve druhém stupni třídění byla data vyhodnocena programem SPSS za pomoci Mann-Whitneyova U testu, Spearmanova koeficientu korelace a koeficientu determinace.

Výsledky: Na základě analýzy výsledků bylo zjištěno, že v rámci kognitivních funkcí hodnotí 16,1 % pacientů s CHOPN svoji paměť jako špatnou až velmi špatnou. Dále bylo zjištěno, že 14,3 % pacientů není spokojeno se svojí schopností učit se nové věci. Na základě další analýzy bylo zjištěno, že existuje statisticky významný vztah mezi oblastí „myšlení, učení, paměť a soustředění“ a oblastí „sebedůvěry a pracovní výkonnosti“.

Závěr: Na základě šetření bylo zjištěno, že určitá část pacientů s CHOPN vykazuje problémy v oblasti kognitivních funkcí.

Klíčová slova: chronická obstrukční plicní nemoc – kvalita života – kognitivní funkce

ÚVOD

Kvalita života, která se stává bohatým zdrojem pro mnoho vědeckých disciplín, včetně medicíny a ošetrovatelství, je v dnešní společnosti jedním z ústředních témat. Lze konstatovat, že čím náročnější situace na jedince

působí, tím více může být ovlivněna kvalita jeho života (Gurková, 2011, s. 21–22). Jednou z náročných situací může být například chronické onemocnění, které s sebou nese po celý život člověka spoustu nesnází (Mandincová, 2011, s. 20). Příkladem tohoto onemocnění může být také chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN). Chronická obstrukční plicní nemoc je onemocnění, které je charakterizováno obstrukcí dýchacích cest, jež je způsobena chronickou bronchitidou nebo plicním emfyzémem. Mezi hlavní projevy onemocnění řadíme gradující produktivní kašel a namáhovou dušnost. Odhaduje se, že chronickou obstrukční plicní nemocí trpí cca 58 milionů obyvatel planety a zaujímá druhé nejrozšířenější místo v neinfekčních chorobách (Vondra et al., 2011, s. 5–6). V České republice je prevalence tohoto onemocnění odhadována na 8 % dospělé populace a 2 000 osob ročně na tuto chorobu umírá. Prevalence onemocnění neustále stoupá. Veškeré příznaky tohoto onemocnění mohou být velmi závažné až život ohrožující a ovlivňují jak fyzickou, tak i psychickou stránku člověka. Z tohoto důvodu je velmi důležité se zaměřit na kvalitu života těchto jedinců. Nejen samotné dechové obtíže, ale také další faktory do značné míry ovlivňují celkový průběh onemocnění. Mezi tyto faktory řadíme vyšší míru stresu, kognitivní funkce, poruchy přizpůsobení a sníženou pozornost (Salajka, 2006, s. 21).

Do kognitivních funkcí lze mimo jiné zařadit i oblasti paměti a učení, které jsou předmětem tohoto příspěvku. Paměť je schopnost mozkové tkáně ukládat informace do nervové soustavy a následně je využívat a uplatňovat v každodenním životě (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011, s. 38). Pojem učení můžeme chápat jako proces, který vede k získávání vědomostí, schopností, dovedností, postojů a návyků (Hroník, 2007, s. 30). Změny kognitivních funkcí mohou být ovlivněny nedostatečným okysličením mozkové tkáně, což u pacientů s CHOPN může představovat jeden z faktorů pro sníženou kvalitu života (Viček, Vytřísalová, 2014, s. 31).

Cílem příspěvku je zmapovat dílčí výsledky grantového projektu 120/2012/S, který nese název „Odras kvality života v ošetrovatelství“. Tento příspěvek je zaměřen na subjektivně vnímanou kvalitu života u nemocných s CHOPN v oblasti prožívání, ve které jsme se podrobněji zabývali problematikou kognitivních funkcí.

METODIKA A CHARAKTERISTIKA SOUBORU

Výzkumný soubor tvořilo 503 osob trpících CHOPN z celé České republiky, z nichž bylo 296 mužů (58,8 %) a 207 žen (41,2 %). Základním kritériem pro zařazení respondentů do souboru bylo diagnostikované onemocnění CHOPN, minimální věk 20 let a ochota spolupracovat. Sběr dat probíhal v období od února do října 2013. Celkově bylo distribuováno 651 dotazníků,

z nichž se vrátilo 503. Návrstnost tedy činila 77,3 %. Ke sběru dat byl použit standardizovaný dotazník WHOQOL-100 v české verzi, který zjišťuje subjektivně vnímanou kvalitu života, zdraví a ostatních životních oblastí. Jedná se o stopoložkový sebesposuzovací dotazník, který je rozčleněn do šesti domén: „fyzický stav“, „prožívání“, „nezávislost“, „sociální vztahy“, „prostředí“ a „spiritualita“. Těchto šest domén se dále dělí do 24 definovaných facet (podoblastí) a jedné nespecifické podoblasti sdružující položky hodnotící celkovou kvalitu života a celkové zdraví. Každá faceta se skládá z několika otázek, u kterých si respondent vybírá odpověď na pětistupňové škále. Statistická analýza dat probíhala ve dvou fázích. V první fázi byla získaná data podrobena analýze v programu SASD, pomocí kterého byly stanoveny absolutní a relativní četnosti získaných odpovědí a míra variability. Ve druhé fázi došlo na základě analýzy chybějících hodnot jednotlivých položek dotazníku WHOQOL-100 k úbytku počtu respondentů na konečný počet 449. Ke zpracování získaných hodnot byl využit program SPSS ve verzi 15.0, s jehož pomocí bylo provedeno hned několik statistických testů. Subjektivně vnímaná kvalita života u pacientů s CHOPN a zdravé populace byla srovnána na základě Mann-Whitneyova U testu a neparametrického Wilcoxonova párového testu. Ke zjištění vztahů mezi jednotlivými facetami byl využit Spearmanův koeficient korelace a koeficient determinace.

VÝSLEDKY

Předkládaný příspěvek prezentuje dílčí výsledky facetu „myšlení, učení, paměť a soustředění“, v rámci které jsme zjišťovali, jak respondenti hodnotí svou paměť a jak jsou spokojeni se svou schopností učit se nové věci. Z výsledků vyplývá, že 44,1 % respondentů hodnotí svou paměť jako „dobrou“ a 35,4 % dotazovaných zvolilo neutrální odpověď, že jejich paměť není „ani špatná, ani dobrá“; 15,9 % respondentů ohodnotilo svou paměť jako „špatnou“. Pouze zanedbatelná část respondentů (0,2 %) hodnotí svou paměť jako „velmi špatnou“ a na druhou stranu 3 % respondentů hodnotí svou paměť jako „velmi dobrou“. Sedm respondentů (1,4 %) na položenou otázku neodpovědělo.

Následující otázkou jsme zjišťovali, do jaké míry jsou respondenti spokojeni se svou schopností učit se nové věci. Zde byla nejčastější odpověď „spokojen/a“, kterou si vybralo 40,6 % respondentů. Přibližně stejný počet dotázaných (38,8 %) si zvolilo odpověď „ani spokojen/a, ani nespokojen/a“. Pouze menší část respondentů si vybrala odpověď „nespokojen/a“, konkrétně 13,9 %. Krajní možnosti odpovědí využila jen malá část dotázaných, kdy odpověď „velmi nespokojen/a“ zvolilo 0,4 % respondentů a odpověď „velmi spokojen/a“ 4 %. Celkem 12 respondentů (2,4 %) na otázku neodpovědělo.

Tabulka 1 prezentuje výsledky Spearmanova koeficientu korelace na hladině významnosti $p < 0,01$ a koeficientu determinace. Na základě těchto testů byly hodnoceny vztahy mezi facetou „myšlení, učení, paměť a soustředění“ a facetami „sebedůvěra“ a „pracovní výkonnost“. Mezi facetou 5 „myšlení, učení, paměť a soustředění“ a facetou 6 „sebedůvěra“ existuje statisticky významný vztah, který se jeví jako vysoká lineární závislost obou veličin. Na základě těchto zjištění lze konstatovat, že čím lepší mají pacienti myšlení, učení, paměť a soustředění, tím vyšší je jejich sebedůvěra. Koeficient determinace zde činil 51 %. Následující srovnání facet 5 „myšlení, učení, paměť a soustředění“ s facetou 12 „pracovní výkonnost“ se jeví jako vysoká lineární závislost, to znamená, že i zde byl prokázán statisticky významný vztah. Lze tedy konstatovat, že čím lepší mají pacienti myšlení, učení, paměť a soustředění, tím lepší je jejich pracovní výkonnost. Koeficient determinace zde činil 50 %.

Tabulka 1 – Vztahy mezi facetou „myšlení, učení, paměť a soustředění“ a dalšími vybranými facetami WHOQOL-100

<i>Spearmanův koeficient korelace</i>		faceta 6 „sebedůvěra“	faceta 12 „pracovní výkonnost“
faceta 5 – „myšlení, učení, paměť a soustředění“	Koeficient korelace	0,712	0,706
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000
	N	449	449

V tabulce 2 jsou uvedeny výsledky srovnání středních hodnot facetových skóre ve facetě „myšlení, učení, paměť a soustředění“. Tyto výsledky byly získány za pomoci Mann-Whitneyova U testu, který byl proveden na hladině významnosti $p < 0,05$. Test prokázal, že neexistují statisticky významné rozdíly mezi muži a ženami. Z výše uvedeného vyplývá, že kvalita života v oblasti „myšlení, učení, paměť a soustředění“ u pacientů s CHOPN nezávisí na pohlaví. Výsledky našeho výzkumu jednoznačně prokazují, že nemalá část pacientů vykazuje určitá omezení v oblasti kognitivních funkcí.

Tabulka 2 – Srovnání středních facetových skóre WHOQOL-100 u respondentů s chronickou obstrukční plicní nemocí vzhledem k pohlaví (s pomocí Mann-Whitneyova U testu na $p < 0,05$)

	<i>Průměr</i>		<i>Medián</i>		Sig.
	muži (N = 260)	ženy (N = 189)	muži	ženy	
faceta 5 „myšlení, učení, paměť a soustředění“	13,69	13,38	14,00	13,00	0,214

ZÁVĚR

Na základně šetření bylo zjištěno, že určitá část pacientů s CHOPN vykazuje problémy v oblasti kognitivních funkcí. Z toho vyplývá, že se nejedná pouze o onemocnění postihující fyzickou stránku jedince. Pro zajištění skutečně efektivní ošetrovatelské péče je tedy nezbytné k těmto pacientům přistupovat komplexně a obsáhnout tak veškeré stránky nemocného.

Příspěvek se vztahuje k výzkumnému grantovému projektu č. 120/2012/S, který je realizován za finanční podpory Grantové agentury Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

POUŽITÉ ZDROJE

1. Gurková, E. (2011). Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. Praha: Grada, 223 s. ISBN 80-247-3625-X.
2. Hroník, F. (2007). Rozvoj a vzdělávání pracovníků. 1. vyd. Praha: Grada, 233 s. ISBN 978-80-247-1457-8.
3. Mandincová, P. (2011). Psychosociální aspekty péče o nemocného. 1. vyd. Praha: Grada, 128 s. ISBN 80-247-3811-2.
4. Salajka, F. (2006). Hodnocení kvality života u nemocných s bronchiální obstrukcí. 1. vyd. Praha: Grada, 146 s. ISBN 80-247-1306-3.
5. Vlček, J., Vytřisalová, M. (2014). Klinická farmacie II. 1. vyd. Praha: Grada, 255 s. ISBN 978-802-4745-329.
6. Vondra, V. et al. (2011). Jak žít s CHOPN? 1. vyd. Praha: Vltavín, 54 s. ISBN 978-80-86587-41-7.
7. Zacharová, E., Šimíčková-Čížková, J. (2011). Základy psychologie pro zdravotnické obory. Praha: Grada, 288 s. ISBN 978-80-247-4062-1.

Kontakt:

David Kimmer, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta

 kimmed00@zsf.jcu.cz

SUBJEKTIVNÍ HODNOCENÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU SOCIÁLNĚ VYLOUČENÝMI ROMY A ROMKAMI

Lenka Lidová, Alena Kajanová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta

Souhrn

Úvod: Předložený příspěvek prezentuje dílčí výsledky z výzkumu, který je podpořen účelově vázanými prostředky Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích pro rozvoj vědy a výzkumu, číslo SDZ2012_002, jehož cílem bylo zjistit zdravotní stav romských obyvatel v sociálně vyloučených lokalitách v Jihočeském kraji. Text je zaměřen na subjektivní hodnocení zdravotního stavu romskou minoritou v návaznosti na sociodemografické charakteristiky (věk, pohlaví a ekonomická situace).

Metodika: Pro výzkum jsme si zvolily kvantitativní strategii, konkrétně techniku dotazníku. Pro účely tohoto příspěvku jsme z dotazníku vybraly demografické údaje a odpovědi na otázku subjektivního hodnocení zdravotního stavu za posledních 6 měsíců. Získaná data byla nadále statisticky zpracovávána v programu SPSS za pomoci chí-kvadrát testu.

Výsledky: Hlavním zjištěním v rámci tohoto příspěvku bylo, že Romové v sociálně vyloučených lokalitách mají zhoršený zdravotní stav. Bylo zjištěno, že věk a ekonomická situace ovlivňují subjektivní hodnocení, pohlaví však nikoli.

Závěr: Ve vyloučených lokalitách je potřeba speciálních intervencí v oblasti prevence přenosných chorob a také v oblasti péče o vlastní zdraví.

Klíčová slova: zdravotní stav – sociální exkluze – sociálně vyloučené skupiny – Romové

ÚVOD

Zdravotní stav člověka je obecně jedním z nejzásadnějších determinantů jeho života. To, jak se cítí, ovlivňuje jeho náladu, následně vztahy a v podstatě celý život. Toto tvrzení platí pro každého člověka bez ohledu na pohlaví, věk, náboženské vyznání či národnostní příslušnost. O zdravotním stavu romské populace toho bylo napsáno a publikováno mnoho, je však důležité zabývat se touto problematikou i u romských sociálně vyloučených skupin.

Zdravotní stav Romů

Zdraví člověka lze popisovat jako vyvážený fyzický i duševní stav, který provází pocit celkové spokojenosti. Člověk je subjektivně bez potíží a objektivně bez lékařského nálezu (Špatenková, Sýkorová, 2004). Zdravotní stav je ovlivňován mnoha faktory. Mezi ty základní řadíme: genetický základ jedince (ten se na zdravotním stavu podílí z 20 %), životní způsob (50 %), životní prostředí spolu s pracovním ovlivňují zdravotní stav jedince z 20 % a nesmíme opomenout zdravotnické služby, které se podílejí z 10 % (Kernová, 2009).

Subjektivní hodnocení a vnímání vlastního zdravotního stavu nám ukazuje nejen faktickou tělesnou kondici, ale odráží také celkové životní pocity a postoje člověka. To, jak člověk sám vnímá a pociťuje svůj zdravotní stav, mnohdy podstatněji ovlivňuje jeho každodenní život než lékařem objektivně získané nálezy a stanovené diagnózy.

Mnoho studií upozorňuje na horší zdravotní stav romské populace v porovnání s populací majoritní. Důvody lze shledávat v externích i interních faktorech. Externí faktory souvisí s nerovnosti ve zdraví (Janevic et al., 2011), interní faktory zahrnují například skutečnost, že zdraví je u Romů až na třetí pozici v hodnotovém žebříčku (Ivanová et al., 2005). V následujícím textu se dotkneme konkrétních rozdílů ve zdraví mezi romskou a českou populací. Například střední délka života Romů je o 10 let kratší, proočkovanost romské populace je nižší, kojenecká úmrtnost je u Romů dvojnásobná (Ptáček, Bartůněk, 2011). V porovnání s majoritní populací se u Romů vyskytuje častější částečná i plná invalidita a změněná pracovní schopnost (Davidová a kol., 2010). V romské populaci je vyšší výskyt obezity a s tím související zvýšené riziko hypertenze. Romové jsou rovněž častěji kuřáci (tři pětiny Romů starších šestnácti let kouří denně), kdy nikotinismus je rizikovým faktorem celé řady chorob (Babinska et al., 2013). Problematické jsou i další faktory životního stylu, jako jsou pasivní trávení volného času či nezdravé stravovací návyky (Davidová a kol., 2010).

Nerovnost ve zdraví vychází z diskriminačních strukturálních přístupů (Van Cleemput, 2012), kdy Romové mají například problém sehnat ošetřujícího lékaře, informace o zdravotní prevenci jsou jim podávány pro ně nevyhovující formou či informace zcela absentují (Davidová a kol., 2010).

Sociální exkluze jako determinant zdravotního stavu

Sociální exkluze (vyloučení) je definována jako proces vylučující konkrétní osoby (nebo skupiny osob/obyvatel) v přístupu ke zdrojům, které jsou v populaci jinak běžně dostupné (Byrne, 2005). Dle Wilkinsona a Marmota (2005) patří sociální exkluze mezi 10 determinant zdraví (sociální gradient,

dětství, stres, doprava, nezaměstnanost, práce, sociální opora, závislosti, sociální exkluze, výživa). V současné době má sociální vyloučení (a s ním spojené špatné ekonomické a bytové podmínky) Romů negativní dopady na jejich zdravotní stav (Kajanová, 2009). Hlavní podíl exkluze na zdravotním stavu můžeme vidět v nedostatku finančních prostředků pro přístup ke kvalitní zdravotní péči nebo stravě. Dále pak je nutno zmínit špatné bytové podmínky v sociálně exkludovaných lokalitách, které zahrnují přelidněné místnosti v nevyhovujícím technickém stavu, v nesouladu s hygienickými standardy. V těchto podmínkách se pak často objevují přenosné choroby, které se projevují dýchacími potížemi nebo alergiemi (Kebza, 2005). V rámci projektu „*Sastipen ČR – Zdravotně sociální pracovníci v sociálně vyloučených lokalitách*“, který měl za úkol snížit dopady sociálního vyloučení konkrétně na oblast péče o zdraví, bylo zjištěno, že zdravotně sociální pracovníci nejčastěji se svými klienty (Romy) řešili problematiku prevence, zejména pak prevenci obezity, pohlavně přenosných chorob a kardiovaskulárních obtíží (Šimíková, Kratochvíl, 2006).

V podmínkách sociální exkluze se u obyvatel častěji objevují i psychické obtíže na úrovni depresivity a anxiózy, které pramení z chudoby a bytových podmínek, kde absentuje soukromí či není možné zajistit kvalitní spánek (Kajanová, 2009). Tento stav lze pozorovat již u dětí, kde se objevuje hyperaktivita a nepřipravenost pro započítí povinné školní docházky (Šimíková, Kratochvíl, 2006).

Život v sociálně vyloučené lokalitě s sebou přináší mnoho stresu, jehož důsledky pak mají velký dopad na duševní zdraví jedinců, kteří jsou ohroženi předčasným úmrtím (Wilkinson, Marmot, 2005). Dále jsou také zjištěny údaje, které hovoří o vyšším výskytu kardiovaskulárních chorob, diabetu mellitu nebo také obezity právě u osob žijících v sociálně vyloučených lokalitách (Bruthans, 2008).

METODIKA A CHARAKTERISTIKA SOUBORU

V rámci našeho výzkumu byla zvolena kvantitativní výzkumná strategie, technika dotazníku. Jednalo se o kombinaci několika standardizovaných dotazníků. V tomto příspěvku je používána pouze část týkající se demografických údajů (uzavřené otázky na pohlaví, věk, vzdělání a současnou ekonomickou situaci) a otázka na subjektivní hodnocení zdravotního stavu za posledních 6 měsíců, kde respondent vybíral na Likertově škále, zda svůj zdravotní stav hodnotí jako výborný, spíše dobrý, průměrný, spíše špatný či velmi špatný.

Výběrový výzkumný soubor byl tvořen celkem 284 obyvateli sociálně vyloučených lokalit nacházejících se v Jihočeském kraji. Tento reprezentativní

vzorek byl vybrán z celkové populace 1 101 osob, které jsou starší 15 let. Konkrétně jsme čerpaly z Analýzy sociálně vyloučených romských lokalit a absorpční kapacity subjektů působících v této oblasti, což je jediný dostupný dokument, který plošně mapuje sociálně vyloučené osoby. Reprezentativní vzorek a jeho výběr odrážel poměrový podíl počtu osob žijících v konkrétních lokalitách. Nejvíce respondentů (103) jsme získaly ve vyloučených lokalitách v Českých Budějovicích, v Českém Krumlově bylo osloveno 49 osob, ve Větrní celkem 35, v Písku 30, v Milevsku a Českých Velenicích 13 osob, v Jindřichově Hradci 12, v Prachaticích 11, v Táboře 10, v Malonětech 5 a v Podhorské Vsi byli osloveni 3 respondenti.

Data, která jsme od respondentů získaly, byla dále statisticky zpracována v programu SPSS.

VÝSLEDKY

Výsledky prezentují vztahy mezi sociodemografickými proměnnými respondenta (pohlaví, věk, ekonomická situace) a subjektivním hodnocením zdravotního stavu za posledních šest měsíců.

Tabulka 1 prezentuje vztahy mezi proměnnými, jako jsou věk (rozdělený do čtyř kategorií) a subjektivní hodnocení zdravotního stavu. Pomocí chí-kvadrát testu jsme zjistili, že mezi těmito proměnnými je statisticky významný vztah (sig. = 0,000). Můžeme tedy konstatovat, že věk ovlivňuje subjektivní hodnocení zdravotního stavu, a to konkrétně tím způsobem, že čím jsou jedinci starší, tím hůře hodnotí svůj zdravotní stav.

Tabulka 1 – Věkové kategorie X hodnocení zdravotního stavu za posledních 6 měsíců

Věkové kategorie	Hodnocení zdravotního stavu za posledních 6 měsíců					celkem
	výborný	spíše dobrý	ani dobrý, ani špatný	spíše špatný	velmi špatný	
do 25 let	32	26	16	8	5	87
26–35 let	12	23	15	5	5	60
36–50 let	7	18	32	19	11	87
51 a více let	3	4	16	17	10	50
celkem	54	71	79	49	31	284

Zdroj: Výzkumné šetření SDZ2012_002

Tabulka 2 zobrazuje, jak ovlivňuje ekonomická situace subjektivní hodnocení zdravotního stavu. Ekonomická situace byla rozdělena do pěti skupin: nezaměstnan, zaměstnan, rodičovská/mateřská, studuje, invalidní důchod. I v tomto případě nám chí-kvadrát test ukázal statisticky významné vztahy mezi těmito proměnnými (sig. = 0,000). Takže můžeme tvrdit, že i ekonomická situace romských jedinců ovlivňuje subjektivní hodnocení jejich zdravotního stavu. Nezaměstnaní jedinci subjektivně hodnotí svůj zdravotní stav v pozitivní rovině (68 odpovědí z celkových 154). Zaměstnaní jedinci také odpovídali pozitivně (27 z 55), i jedinci na rodičovské/mateřské dovolené subjektivně hodnotí svůj zdravotní stav pozitivně (17 z 23). Studující jedinci také subjektivně hodnotí svůj zdravotní stav v pozitivním směru (8 z 39).

Tabulka 2 – Ekonomická situace X hodnocení zdravotního stavu za posledních 6 měsíců

<i>Ekonomická situace</i>	Hodnocení zdravotního stavu za posledních 6 měsíců					
	výborný	spíše dobrý	ani dobrý, ani špatný	spíše špatný	velmi špatný	celkem
nezaměstnan	33	35	46	26	14	154
zaměstnan	8	19	21	6	1	55
rodičovská/mateřská	8	9	2	4	0	23
studuje	3	5	4	0	1	13
invalidní důchod	2	3	6	13	15	39
celkem	54	71	79	49	31	284

Zdroj: Výzkumné šetření SDZ2012_002

Tabulka 3 – Pohlaví X hodnocení zdravotního stavu za posledních 6 měsíců

<i>Pohlaví</i>	Hodnocení zdravotního stavu za posledních 6 měsíců					
	výborný	spíše dobrý	ani dobrý, ani špatný	spíše špatný	velmi špatný	celkem
žena	27	37	45	32	15	156
muž	27	34	34	17	16	128
celkem	54	71	79	49	31	284

Zdroj: Výzkumné šetření SDZ2012_002

Tabulka 3 prezentuje subjektivní hodnocení zdravotního stavu dle pohlaví. V tomto případě výsledky statistického testu ukázaly, že mezi těmito dvěma proměnnými žádný statisticky významný vztah neexistuje ($\text{sig.} = 0,469$). Můžeme tedy konstatovat, že subjektivní hodnocení zdravotního stavu není nijak podmíněné pohlavím.

ZÁVĚR

V tomto příspěvku jsme se zabývaly tím, jak subjektivně hodnotí zdravotní stav Romové žijící ve vyloučených lokalitách v Jihočeském kraji. Konkrétně nás zajímaly vztahy mezi sociodemografickými proměnnými a subjektivním hodnocením zdravotního stavu. Již z dostupné literatury, která se zabývá touto problematikou, víme, že Romové a také obyvatelé sociálně exkludovaných lokalit mají zdravotní stav zhoršený oproti Neromům a neexkludovaným Romům (Davidová a kol., 2010).

V tuto chvíli je nutno zmínit, že by bylo třeba do těchto míst zaměřit nejen přístupnější a dostupnější zdravotní péči, ale také například preventivní programy zaměřené na prevenci chorob, které se v těchto exkludovaných lokalitách nejčastěji objevují. Dalším návrhem, který by mohl vzejít z tohoto výzkumu, je zaměřit se v rámci komunitního plánování na osvětovou činnost v těchto lokalitách orientovanou na péči o vlastní duševní a tělesné zdraví.

POUŽITÉ ZDROJE

1. Babinska, I., Veselska, Z. D., Bobakova, D., Pella, D., Panico, S., Reijneveld, S. A. et al. (2013). Is the cardiovascular risk profile of people living in Roma settlements worse in comparison with the majority population in Slovakia? *International Journal Public Health*. [online]. 6. 4. 2013. [cit. 2014-11-06]. Dostupné z: DOI 10.1007/s00038-013-0463-4
2. Bruthans, J. (2008). Úloha sociálních a ekonomických faktorů v prevenci kardiovaskulárních onemocnění. *Cor Vasa*. 50(7–8): 309–312. ISSN 0010-8650.
3. Byrne, D. (2005). *Social exclusion*. Berkshire: Open University Press. ISBN 978-0335215942.
4. Davidová, a kol. (2010). *Kvalita života a sociální determinanty zdraví u Romů v České a Slovenské republice*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-428-5.
5. Ivanová, K., Špirudová, L., Kuthonorská, J. (2005). *Multikulturní ošetrovatelství I*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-802-4712-123.
6. Janevic, T., Sripad, P., Bradley, E., Dimitrievska, V. „There’s no kind of respect here.“ A qualitative study of racism and access to maternal health care among Romani women in the Balkans. (2011). „There’s no kind of respect here.“ A qualitative study of racism and access to maternal health care among Romani women in the Balkans. *International Journal for Equity in Health*. [online] [cit. 2014-11-06]. Dostupné z: doi:10.1186/1475-9276-10-53

7. Kajanová, A. (2009). Sociální determinanty zdraví vybraných romských komunit. Dizertační práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
8. Kebza, V. (2005). Psychosociální determinanty zdraví. Praha: Academia. ISBN 80-200-1307-5.
9. Kernová, V. (2009). Zdravotní stav populace v ČR a EU. Praha: Státní zdravotní ústav Praha. [online] [cit. 2014-10-25]. Dostupné z: [www: http://www.vychova-kezdрави.cz/download/file/zdravotni-stav-populace.pdf](http://www.vychova-kezdрави.cz/download/file/zdravotni-stav-populace.pdf)
10. Ptáček, R., Bartůněk, P. (2011). Etika a komunikace v medicíně. Praha: Grada, 528 p. ISBN 978-802-4739-762.
11. Šimíková, I., Kratochvíl, M. (2006). Analýza zdravotně sociální pomoci za rok 2006. [online] [cit. 2014-10-16]. Dostupné z: <http://www.drom.cz/cs/drom-romske-stredisko/aktuality/analyza-zdravotne-socialni-pomoci-za-rok-2006.html>
12. Špatenková, N., Sýkorová, D. (2004). Senioři a zdraví. In: Autonomie ve stáří: strategie jejího zachování. Vyd. 1. v Ostravě: Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity. ISBN 978-807-3260-262.
13. Van Cleemput, P. (2012). Social exclusion of Gypsies and Travellers: health impact. *Journal of Health Services Research & Policy*. 17(1): 173–180. ISSN 1355-8196.
14. Wilkinson, R., Marmot, M. (2005). *Social Determinants of Health*. 2nd ed. Oxford: OUP Oxford. ISBN 978-019-1578-489, 92-890-1371-0.

Kontakt:

Lenka Lidová, Alena Kajanová, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta

 lenkalidova@seznam.cz; ali.kajanova@email.cz

BOLEST A NEPŘÍJEMNÉ POCITY JAKO ASPEKTY OVLIVŇUJÍCÍ SUBJEKTIVNĚ VNÍMANOU KVALITU ŽIVOTA U PACIENTŮ S CHRONICKOU OBSTRUKČNÍ PLICNÍ NEMOCÍ

Jana Maňhalová, David Kimmer, Valérie Tóthová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta

Souhrn

Úvod: Hodnocení kvality života se v posledních letech stalo nepostradatelnou součástí ošetrovatelské profese. Symptomy, které s sebou chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN) přináší, nejsou omezeny pouze na dýchací cesty a dýchání, ale jsou velmi často spojeny s bolestí a nepříjemnými pocity. CHOPN je charakterizována obstrukcí dýchacích cest, jež je způsobena chronickou bronchitidou nebo plicním emfyzémem.

Metodika: Výzkumné šetření bylo realizováno na základě kvantitativní metody v rámci výzkumného projektu Grantové agentury Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích s využitím standardizovaného dotazníku WHOQOL-100. Výzkumný soubor tvořilo 503 respondentů trpících CHOPN z celé České republiky. Sběr dat probíhal v období březen–říjen 2013.

Výsledky: Z výsledků vyplynulo, že 95,2 % pacientů někdy pociťuje bolest a nepříjemné pocity, které jsou doprovázeny diagnózou CHOPN; 93,8 % respondentů uvedlo, že jim nějakým způsobem bolest brání ve vykonávání běžných záležitostí. Výsledky dále ukázaly, že kvalita života v oblasti „bolest a nepříjemné pocity“ u pacientů s CHOPN není závislá na pohlaví.

Závěr: Z výsledků vyplynulo, že většina pacientů s CHOPN pociťuje bolest a nepříjemné pocity a že existuje statisticky významný vztah mezi facetami „bolest a nepříjemné pocity“, „spánek a odpočinek“ a „pohyblivost“.

Klíčová slova: *chronická obstrukční plicní nemoc – kvalita života – bolest – nepříjemné pocity*

ÚVOD

Hodnocení kvality života se v posledních letech stalo nepostradatelnou součástí ošetrovatelské profese (Gurková, 2011, s. 24). Koncept kvality života je ovlivněn nepřeberným množstvím faktorů (Salajka, 2006, s. 14),

kteře souvisejí s životní spokojeností a osobní pohodou člověka (Gillernová, Kebza, Rymeš a kol., 2011, s. 12). Spokojenost vychází z celkové životní situace a lze ji chápat jako zážitkový fenomén, který je v interakci s očekáváním a hodnotovým žebříčkem jedince (Paulík, 2010, s. 129). Chronicky nemocní jedinci mohou mít odlišnou hierarchii hodnot, a proto se může výrazně snižovat jejich osobní i životní spokojenost. Mezi závažná chronická onemocnění patří i chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN), kterou trpí cca 58 milionů obyvatel naší planety (Šeblová, Knor, 2013, s. 156). O závažnosti onemocnění svědčí i stanovení Světového dne boje proti CHOPN, který připadá na 19. listopadu (Nováková, 2011, s. 104). Jasná formulace tohoto onemocnění neexistuje (Vlček, Vytřísalová, 2014, s. 31). Definiční nejasnosti jsou primárně spojeny s nejistým vývojem choroby (Fanta et al., 2004, s. 17).

CHOPN je charakterizována obstrukcí dýchacích cest, jež je způsobena chronickou bronchitidou nebo plicním emfyzémem. Nemoc se projevuje produktivním kašlem a námahovou dušností, která neustále graduje (Skalická, 2007, s. 71). Závažnost zdravotního stavu se odvíjí od stupně stadia onemocnění. Následkem obstrukce dýchacích cest a poškození plic se zhoršuje oxidace tkání a celková prognóza tohoto onemocnění není dobrá (Šafránková, Nejedlá, 2006, s. 78). Symptomy, které s sebou CHOPN přináší, nejsou omezeny pouze na dýchací cesty a dýchání (Vlček, Vytřísalová, 2014, s. 169), ale jsou velmi často spojeny s bolestí a nepříjemnými pocity (Dobiáš, 2013, s. 60). Bolest, která je charakterizována jako nepříjemný zážitkový fenomén (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2006, s. 138), je nejčastěji dělena dle délky jejího trvání na akutní a chronickou. Bolesti a nepříjemným pocitům je v ošetrovatelské péči věnováno mnoho prostoru, neboť se jedná o faktory, které mohou způsobovat poruchy spánku a chování, deprese, změny osobnosti, sociální izolaci a tím výrazně snižovat kvalitu života (Rokyta et al., 2009, s. 32).

Cílem tohoto příspěvku je analyzovat dílčí výsledky grantového projektu 120/2012/S s názvem „Odras kvality života v ošetrovatelství“. Tento příspěvek je zaměřen na zmapování bolesti a nepříjemných pocitů v souvislosti se subjektivně vnímanou kvalitou života u pacientů s chronickou obstrukční plicní nemocí. Dalšími cíli bylo zjistit, zda existuje rozdíl ve vnímání bolesti a nepříjemných pocitů ve vztahu k pohlaví a zda existuje statisticky významný vztah mezi facetami „bolest a nepříjemné pocity“, „spánek a odpočinek“ a „pohyblivost“. Posledním cílem bylo zjistit, zda existuje rozdíl ve vnímání kvality života u pacientů s CHOPN a zdravou populací.

METODIKA A CHARAKTERISTIKA SOUBORU

Výzkumné šetření bylo realizováno na základě kvantitativní metody. Ke sběru dat byl využit standardizovaný dotazník WHOQOL-100 v české verzi, který zjišťuje subjektivně vnímanou kvalitu života, zdraví a ostatních životních oblastí. Jedná se o stopoložkový sebesposuzovací dotazník, který je rozčleněn do šesti domén: fyzický stav, prožívání, nezávislost, sociální vztahy, prostředí a spiritualita. Těchto šest domén se dále dělí do 24 definovaných facet (podoblastí) a jedné nespécifické podoblasti sdružující položky hodnotící celkovou kvalitu života a celkové zdraví. Každá faceta se skládá z několika otázek, u kterých si respondent vybírá odpověď na pětistupňové škále. Distribuce dotazníků probíhala u pacientů s CHOPN v celé ČR. Velikost výzkumného souboru byla statisticky stanovená na 500 pacientů. Výzkumný soubor byl konstruován na základě kvótního výběru při stanovení dvou kvót, kterými byly diagnóza CHOPN a pohlaví respondentů. Výzkumný soubor tvořilo 503 osob trpících CHOPN z celé České republiky, z nichž bylo 296 mužů (58,8 %) a 207 žen (41,2 %). Základním kritériem pro zařazení respondentů do souboru bylo diagnostikované onemocnění CHOPN, minimální věk 20 let a ochota spolupracovat. Statistická analýza dat probíhala ve dvou fázích.

V první fázi byla získaná data podrobena analýze v programu SASD, pomocí kterého byly stanoveny absolutní a relativní četnosti získaných odpovědí a míra variability. Ve druhé fázi došlo na základě analýzy chybějících hodnot jednotlivých položek dotazníku WHOQOL-100 k úbytku počtu respondentů na konečný počet 449. Ke zpracování získaných hodnot byl využit program SPSS ve verzi 15.0, s jehož pomocí bylo provedeno hned několik statistických testů. Subjektivně vnímaná kvalita života u pacientů s CHOPN a zdravé populace byla srovnána na základě Mann-Whitneyova U testu a neparametrického Wilcoxonova párového testu. Ke zjištění vztahů mezi jednotlivými facetami byl využit Spearmanův koeficient korelace a koeficient determinace. Sběr dat probíhal v období březen–říjen 2013. Předkládaný příspěvek obsahuje pouze vybraná data z domény „fyzické zdraví“ a „nezávislost“.

VÝSLEDKY

Výsledky, zde uvedené, se vztahují k oblastem „fyzické zdraví“ a „nezávislost“. Zajímalo nás, jak často respondenti pociťují bolest. Z výsledků vyplynulo, že 95,2 % pacientů někdy pociťuje bolest, která je doprovázena diagnózou CHOPN. Více než polovina respondentů (50,9 %) uvedla, že pociťuje bolest „někdy“, 25,8 % respondentů pociťuje bolest „středně“, 16,9 % dotazovaných trápí bolesti „celkem často“ a 1,6 % respondentů trápí bolesti „ne-

ustále“. Na tuto otázku neodpovědělo 1,4 % respondentů. Krajní možnost „nikdy“ uvedlo 3,4 % respondentů.

Dále nás zajímalo, do jaké míry brání bolest respondentům vykonávat každodenní činnosti; 93,8 % respondentů uvedlo, že jim nějakým způsobem bolest brání ve vykonávání činností, které potřebují dělat. Krajní možnost „vůbec ne“ označilo 5,8 % respondentů. Odpověď „trochu“ zvolilo 28,2 % dotazovaných, „středně“ 37,8 % respondentů, odpověď „hodně“ označilo 25,0 % respondentů a „maximálně“ 2,8 % dotazovaných. Na tuto otázku neodpovědělo 0,4 % dotazovaných.

Tabulka 1 prezentuje výsledky Spearmanova koeficientu korelace na hladině významnosti $p < 0,01$ a koeficientu determinace. Na podkladě těchto testů byly hodnoceny vztahy mezi facetou „bolest a nepříjemné pocity“ a facetami „spánek a odpočinek“ a „pohyblivost“. Mezi facetou 1 „bolest a nepříjemné pocity“ a facetou 3 „spánek a odpočinek“ existuje statisticky významný vztah, který se jeví jako střední lineární závislost obou veličin. Na základě těchto zjištění lze konstatovat, že čím intenzivnější je bolest a nepříjemné pocity, tím pociťují pacienti s CHOPN nižší kvalitu v oblasti spánku a odpočinku. Koeficient determinace zde činil 47 %. Následující srovnání facety 1 „bolest a nepříjemné pocity“ s facetou 9 „pohyblivost“ se jeví opět jako střední lineární závislost, to znamená, že i zde byl prokázán statisticky významný vztah. Lze tedy konstatovat, že čím intenzivněji pacienti pociťují „bolest a nepříjemné pocity“, tím je jejich pohyblivost horší. Koeficient determinace zde činil 45 %.

Tabulka 1 – Vztahy mezi facetou „bolest a nepříjemné pocity“ a dalšími vybranými facetami WHOQOL-100

<i>Spearmanův koeficient korelace</i>		faceta 3 „spánek a odpočinek“	faceta 9 „pohyblivost“
faceta 1 „bolest a nepříjemné pocity“	Koeficient korelace	0,688	0,672
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000
	<i>N</i>	449	449

Tabulka 2 uvádí výsledky srovnání středních hodnot facetových skóre ve facetě „bolest a nepříjemné pocity“. Tyto výsledky byly získány za pomoci Mann-Whitneyova U testu, který byl proveden na hladině významnosti $p < 0,05$. Test prokázal, že neexistují statisticky významné rozdíly mezi muži a ženami. Z výsledků tedy vyplývá, že kvalita života v oblasti „bolest a nepříjemné pocity“ u pacientů s CHOPN nezávisí na pohlaví.

Tabulka 2 – Srovnání středních hodnot facetových skóre WHOQOL-100 u respondentů s chronickou obstrukční plicní nemocí vzhledem k pohlaví (s pomocí Mann-Whitneyova U testu na $p < 0,05$)

	<i>Průměr</i>		<i>Medián</i>		Sig.
	muži (N = 260)	ženy (N = 189)	muži	ženy	
faceta 1 „bolest a nepříjemné pocity	11,08	11,26	11,00	11,00	0,422

Tabulka 3 prezentuje výsledky srovnání středních hodnot facetových skóre ve facetě „bolest a nepříjemné pocity“. Tyto výsledky byly získány za pomoci Mann-Whitneyova U testu, který byl proveden na hladině významnosti $p < 0,05$. Test prokázal, že pacienti s CHOPN udávají vzhledem k aktuálnímu zdravotnímu stavu vyšší kvalitu života než jedinci zdravé populace. Z výsledků tedy vyplývá, že kvalita života vzhledem k aktuálnímu zdravotnímu stavu není závislá na zdraví či nemoci.

Tabulka 3 – Srovnání středních hodnot facetových skóre WHOQOL-100 u respondentů s chronickou obstrukční plicní nemocí vzhledem k aktuálnímu zdravotnímu stavu (s pomocí Mann-Whitneyova U testu na $p < 0,05$)

	<i>Průměr</i>		<i>Medián</i>		Sig.
	muži (N = 192)	ženy (N = 227)	nemocný	zdravý	
faceta 1 „bolest a nepříjemné pocity“	12,52	10,05	12,00	10,00	0,000

ZÁVĚR

Cílem příspěvku bylo představit bolest a nepříjemné pocity jako důležité aspekty ovlivňující subjektivně vnímanou kvalitu života u pacientů s chronickou obstrukční plicní nemocí a prokázat, zda existuje statisticky významný vztah mezi facetou „bolest a nepříjemné pocity“ a facetami „odpočinek a spánek“ a „nepohodlí“.

Z výsledků vyplynulo, že většina pacientů s CHOPN pociťuje bolesti a nepříjemné pocity a že existuje statisticky významný vztah mezi prezentovanými facetami.

Tímto onemocněním trpí více muži, proto nás zajímalo, zda existuje rozdíl ve vnímání bolesti a nepříjemných pocitů mezi pohlavím. Z výsledků vyplynulo, že vnímání bolesti a nepříjemných pocitů není závislé na pohlaví. Překvapující výsledky se nám naskytly při porovnání kvality života u pacien-

tů s CHOPN a zdravé populace vzhledem k jejich aktuálnímu zdravotnímu stavu. Zjistili jsme, že zdravá populace vnímá svou kvalitu života vzhledem k aktuálnímu stavu o něco hůře než nemocní s CHOPN. Tento stav připisujeme zejména tomu, že chronicky nemocní pacienti žijí se svým onemocněním mnohdy i celý život a na nepříjemné pocity si již zvykli. Příznaky, které jim zprvu ovlivňovaly subjektivní vnímání kvality života, dnes mnohdy ani nevnímají, neboť se na ně již adaptovali.

Dopad tohoto onemocnění na fyzické zdraví je značný, a proto je zapotřebí se touto problematikou i nadále komplexně zabývat, neboť toto závažné onemocnění může velkou měrou ovlivňovat subjektivně vnímanou kvalitu života jedinců s tímto onemocněním.

Příspěvek se vztahuje k výzkumnému grantovému projektu č. 120/2012/S, který je realizován za finanční podpory Grantové agentury Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

POUŽITÉ ZDROJE

1. Dobiáš, V. (2013). Klinická propedeutika v urgentnej medicíne. 1. vyd. Praha: Grada, 208 s. ISBN 80-247-8490-4.
2. Fanta, J., Votruba, J., Neuwirth, J. (2004). LVRS – Chirurgická léčba emfyzému plic. 1. vyd. Praha: Grada, 100 s. ISBN 80-247-6048-7.
3. Gillernová, I., Kebza, V., Rymeš, M. a kol. (2011). Psychologické aspekty změn v české společnosti: Člověk na přelomu tisíciletí. 1. vyd. Praha: Grada, 256 s. ISBN 978-80-247-2798-1.
4. Gurková, E. (2011). Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. 1. vyd. Praha: Grada, 223 s. ISBN 80-247-3625-X.
5. Hroník, F. (2007). Rozvoj a vzdělávání pracovníků. 1. vyd. Praha: Grada, 233 s. ISBN 978-80-247-1457-8.
6. Mandincová, P. (2011). Psychosociální aspekty péče o nemocného. 1. vyd. Praha: Grada, 128 s. ISBN 80-247-3811-2.
7. Nováková, I. (2011). Zdravotní nauka 2. díl: Učebnice pro obor sociální činnost. 1. vyd. Praha: Grada, 208 s. ISBN 80-247-7101-2.
8. Paulík, K. (2010). Psychologie lidské odolnosti. 1. vyd. Praha: Grada, 240 s. ISBN 80-247-8160-3.
9. Rokyta, R. et al. (2009). Bolest a jak s ní zacházet: Učebnice pro nelékařské zdravotnické obory. 1. vyd. Praha: Grada, 184 s. ISBN 80-247-6710-4.
10. Salajka, F. (2006). Hodnocení kvality života u nemocných s bronchiální obstrukcí. 1. vyd. Praha: Grada, 146 s. ISBN 80-247-1306-3.
11. Skalická, H. (2007). Předoperační vyšetření – návody pro praxi. 1. vyd. Praha: Grada, 149 s. ISBN 80-247-1079-X.

12. Šafránková, A., Nejedlá, M. (2006). Interní ošetřovatelství. 1. vyd. Praha: Grada, 280 s. ISBN 80-247-1148-6.
13. Šeblová, J., Knor, J. (2013). Urgentní medicína v klinické praxi lékaře. 1. vyd. Praha: Grada, 400 s. ISBN 80-247-4434-1.
14. Vlček, J., Vytřísalová, M. (2014). Klinická farmacie II. 1. vyd. Praha: Grada, 255 s. ISBN 978-802-4745-329.
15. Vondra, V., Musil, J. (2004). Máte CHOPN?: chronická obstrukční plicní nemoc: návod jak žít s CHOPN. Praha: Vltavín, 50 s. ISBN 80-865-8707-X.
16. Vondra, V. et al. (2011). Jak žít s CHOPN? 1. vyd. Praha: Vltavín, 54 s. ISBN 978-80-86587-41-7.
17. Zacharová, E., Šimíčková-Čížková, J. (2011). Základy psychologie pro zdravotnické obory. 1. vyd. Praha: Grada, 288 s. ISBN 978-80-247-4062-1.

Kontakt:

Jana Maňhalová, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta

 manhalova@zsf.jcu.cz

KVALITA ŽIVOTA ZDRAVÉ DOSPĚLÉ POPULACE V ČESKÉ REPUBLICE

Lukáš Martinek, Valérie Tóthová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta

Souhrn

Úvod: Kvalita života se v současnosti stává nedílnou součástí společnosti. Je dostupná celá řada výzkumů, které prokazují nižší kvalitu života u nemocné populace. Jako kontrolní skupina pro porovnání těchto výzkumů slouží vždy zdravá populace. Jak se ale u zdravé populace mění kvalita života s odstupem měsíců nebo let, není příliš známo.

Metodika: Výzkumné šetření probíhalo ve všech krajích České republiky pomocí standardizovaného dotazníku WHOQOL-100. Výběrový vzorek tvořilo 1 441 subjektivně zdravých respondentů ve věkovém rozmezí 20 až 70+ let. Tento soubor byl statisticky označen jako reprezentativní pro celou Českou republiku.

Výsledky: Výsledky výzkumného šetření prezentují téměř neměnnou kvalitu života u sledované populace. Z výsledků je patrné, že úroveň kvality života u zdravé dospělé populace je za posledních 16 let bez významných změn.

Závěr: Vzhledem k nedostatečně prozkoumané kvalitě života zdravé populace pomocí dotazníku WHOQOL-100 považujeme za důležité zvýšení frekvence těchto výzkumů.

Klíčová slova: Česká republika – kvalita života – zdravá dospělá populace – životní styl

ÚVOD

Kvalita života se do jisté míry stala fenoménem současné společnosti (Kučera, 2004). Při prozkoumání vědecké databáze Science Direct nalezneme více než 1 milion odkazů, které kvalitu života zmiňují. Kvalita života velmi úzce souvisí s koncepty, jakými jsou duševní zdraví, well being nebo optimální a zralá osobnost (Walters, 2009). Jedna z posledních definic kvality života pojednává o kvalitě života jako o těžce jednoznačně uchopitelném a nezávislém existujícím fenoménu, kterému se však lze přiblížit pomocí vhodně zvolených ukazatelů a metod. Jedná se v podstatě o kvalitativní hodnocení

lidského života, subjektivně vyjádřené pocitem štěstí a spokojenosti, který je výsledkem vlivu a vzájemné interakce externích (sociálních, ekonomických a environmentálních) a interních (psychologických) skutečností na život člověka (Andráško, 2008). Kvalita života se dále odráží i v definici zdraví, která představuje zdraví jako subjektivně vnímaný tělesný, sociální, psychický i duševní stav jedince (WHO, 1974). Dopady bio-psycho-socio-spiritua dle zmíněné definice formují abstraktní, avšak velmi intenzivně vnímaný stav, kterým je zdraví. Pro „měření“ možnosti využití zdravotního potenciálu, respektive kvality života, byla vyvinuta databáze, nazývaná se QOLID (Quality of Life Instrument Databases). Trend zavádění instrumentů z databáze QOLID je v současnosti dobře viditelný nejen ve zdravotnictví. Dalšími vědními disciplínami, v hojně míře využívajícími výše zmíněné instrumenty, jsou sociologie, psychologie, ekologie, pedagogika atd. (Heřmanová, 2012). Vzhledem k odlišnosti vnímání zdraví diametrálně odlišnými vědními disciplínami se mění i teoretické vymezení, co kvalita života znamená a jaké oblasti bio-psycho-socio-spiritua kvalitativně a kvantitativně reflektuje (Payne, 2002). Tomuto faktu do značné míry napomáhá možnost chápat kvalitu života ze subjektivního a objektivního prostoru (Fayers et al., 2007). Odborníci se však přiklánějí k možnosti subjektivního chápání, především u populace, která nejeví žádné známky snížené kvality zdraví (Křivohlavý, 2003). I přes četné filozofické úvahy, zdali se zdraví a s ním související kvalita života dá měřit, bylo vyvinuto mnoho nástrojů, pomocí kterých je možné subjektivní a objektivní kvalitu života měřit. Jedním z téměř pěti set instrumentů, nacházejících se v databázi QOLID, je dotazník WHOQOL-100, kterým je možno měřit skupinovou, ale i individuální kvalitu života nejen jedinců s určitým typem zdravotních potíží (Dragomirecká, Bartoňová, 2006). Tento dotazník je účinným nástrojem užitečným na úrovni populačních šetření kvality života (Dragomirecká, Bartoňová, 2006). Dotazník se skládá ze šesti základních domén, které analyzují bio-psycho-socio-spirituální stránku respondenta. Jsou to domény „fyzický stav“, „prožívání“, „nezávislost“, „sociální vztahy“, „prostředí“ a „spiritualita“. Každá doména obsahuje přesný počet facet. Facety jsou hlouběji analyzovány jednotlivými doménami pomocí konkrétních otázek, zabývajících se základní problematikou (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

Výsledky populačních výzkumů kvality života objektivizují rizikové skupiny obyvatelstva a slouží jako podklad pro preventivní programy a plánování zdravotní a sociální péče (Dragomirecká, Bartoňová, 2006). Právě zdravotní péči, mířené (shoda p+p) na subjektivně zdravou populaci, se ve značné míře věnuje i ošetřovatelství v podobě komunitní péče (Kutnohorská, 2010). Potřeba upevňování zdraví prostřednictvím politického spektra až

po individuální snahu jednotlivců se objevuje už od roku 1974 „LaLondova zpráva“ (Marková, 2012). V současné době jsou význam primární prevence civilizačních chorob a s tím související potenciálně snižující se kvalita života ukotveny v programu WHO „Zdraví 2020“, který byl předložen na 62. zasedání regionálního výboru pro Evropu 10.–13. září 2012 (Zdraví 2020, 2013). Už z tohoto hlediska pokládáme za potřebné sledovat zdravou populaci a zjišťovat změny v kvalitě života, které by se s velkou pravděpodobností mohly odrážet na zdravotním stavu obyvatelstva. Jedním z cílů našeho výzkumu bylo porovnání kvality života námi sledované populace se skupinou, která tvoří normu pro výzkumy provedené pomocí dotazníkového šetření WHOQOL-100.

METODIKA A CHARAKTERISTIKA SOUBORU

Pro sběr dat byl použit standardizovaný dotazník WHOQOL-100, který komplexně mapuje subjektivně vnímanou kvalitu života. Rozdáno bylo 2 200 dotazníků a jeho návratnost byla 65,5 %. Výzkumný vzorek tedy tvořilo 1 441 respondentů obojího pohlaví vybraných pomocí určených kvót, které byly pomocí kvótního výběru za pomoci snowball samplingu naplněny zdravými dospělými jedinci. Respondenti byli rozděleni do 6 věkových skupin v rozmezí od 20 po 70 let a více. Poměrně byly zastoupeny všechny kraje v České republice. Soubor „zdravá dospělá populace“ byl statisticky označen jako reprezentativní pro Českou republiku. Sběr dat proběhl v průběhu ledna až května 2013. Podmínkou vyplnění dotazníku byla respondentova subjektivní pohoda v oblasti zdravotního stavu, to znamená, že v den vyplňování dotazníku se respondent musel cítit zdravý. Data byla analyzována pomocí programu SPSS 15.0. V první fázi vyhodnocení dotazníků byla provedena předběžná deskriptivní analýza. Byla provedena analýza chybějících hodnot, v rámci níž byl soubor čištěn a nahrazovány chybějící hodnoty. Následně byl soubor kontrolován na duplicitu jednotlivých respondentů. Další fází představoval výpočet šesti doménových skóre WHOQOL-100 pro zdravou dospělou populaci. V neposlední řadě byl soubor zdravé dospělé populace porovnán se stanovenou normou pro uvedenou populaci. Konečným krokem bylo provedení samostatné analýzy rozdílů středních hodnot. K tomu byl použit Kolomogorov-Smirnovův test na $p < 0,05$.

VÝSLEDKY

V našem příspěvku jsou předkládány výsledky prezentující kvalitu života zdravé dospělé populace v České republice. Domény dotazníku WHOQOL-100 jsou skórovány od minima 4 do maxima 20, přičemž vyšší hodnota pouka-

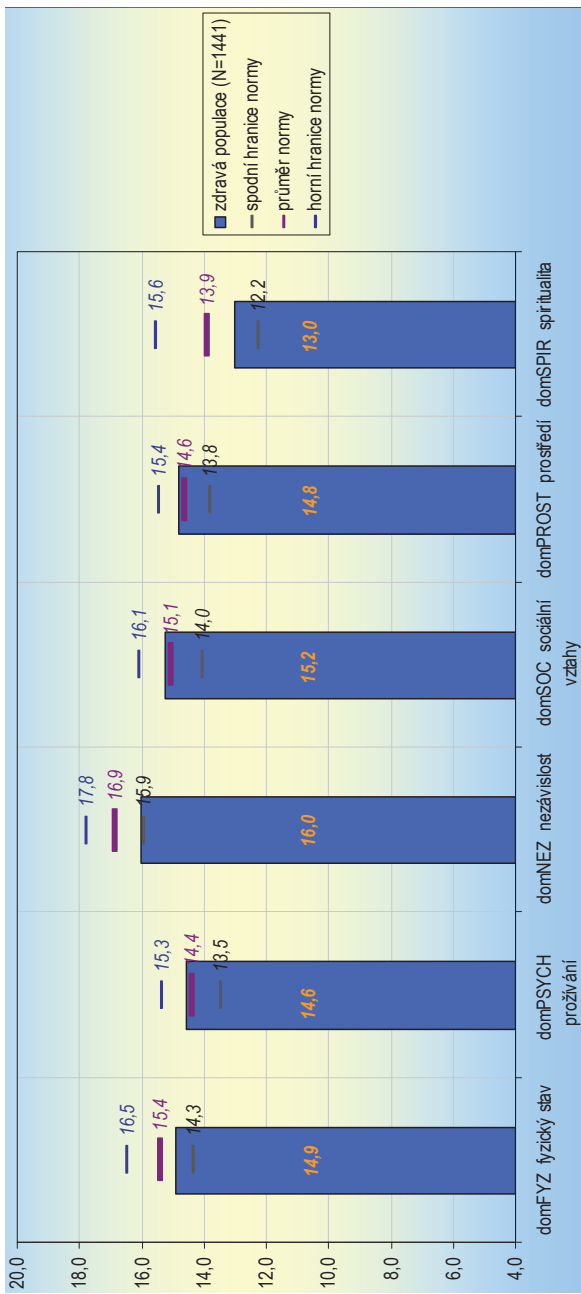
zuje na lepší kvalitu života v jednotlivých doménách (Dragomirecká, Bartoňová, 2006). Podstatným zjištěním bylo porovnání skóre námi provedeného výzkumu na výběrovém vzorku ($N = 1\,441$) se skóre normy udávané pro zdravou populaci ($N = 324$). Jednotlivé domény se skládají z určitého počtu facet, které však nebyly porovnány. I přesto dle grafu, ve kterém je znázorněna námi sledovaná populace proti normě pro běžnou populaci, je patrné, že kvalita života se za posledních 16 let nemění. Lze říci, že ve všech doménách, to znamená domény „fyzický stav“, „prožívání“, „nezávislost“, „sociální vztahy“, „prostředí“ a „spiritualita“, se ve skóre uvedené normy shodujeme (graf 1).

V grafu 1 jsou znázorněny rozdíly v doménách u respondentů námi sledované zdravé populace a normou pro zdravou populaci. Pouze skóre domény „nezávislost“ je na spodní hranici uváděné normy. Jak je graficky znázorněno, norma pro doménu „nezávislost“ je v rozmezí 15,9 až 17,8 bodu. Námi sledovaná populace zastává v doméně „nezávislost“ hodnotu 16 bodů. Dále je znázorněna doména „fyzický stav“. Norma pro tuto doménu je v rozpětí od 14,3 po 16,5 bodu. Námi sledovaná populace zastává v doméně „fyzický stav“ hodnotu 14,9 bodu. Doména „psychické prožívání“ je normována v rozpětí od 13,5 bodu po 15,3 bodu, kdy námi sledovaná populace zastává v této doméně hodnotu 14,6 bodu. Následuje doména „sociální vztahy“, kde norma pro zdravou populaci je v rozpětí od 14 bodů po 16,1 bodu. V doméně „sociální vztahy“ námi sledovaná populace zastává hodnotu 15,2 bodu. Doména „prostředí“ je normována v rozmezí od 13,8 bodu do 15,4 bodu. Námi sledovaná populace v doméně „prostředí“ zastává hodnotu 14,8 bodu. Konečně doména „spiritualita“ je normována hodnotami od 12,2 bodu do 15,6 bodu. Námi sledovaná populace v doméně „spiritualita“ zastává hodnotu 13 bodů.

Z výsledků je tedy patrné, že žádné hodnoty v jednotlivých doménách nevyčňují mimo průměrné hodnoty normy. Z toho důvodu tedy nebylo třeba analyzovat další facetu ani konkrétní otázky.

ZÁVĚR

Vzhledem k nedostatku výzkumů mapujících kvalitu života zdravé populace považujeme za podstatné rozšířit badatelské zájmy do této oblasti. Kvalita života odráží nejen žádoucí změny v životě zdravých jedinců. Pokud budou hodnoty kvality života klesat, je pravděpodobné, že stejným směrem se bude ubírat i zdravotní stav populace. O to více je důležité sledování kvality života u zdravé populace z pohledu právě poskytované primární prevence, potažmo komunitní péče. Právě komunitní péče má možnost rychle a flexibilně reagovat na průběžné změny kvality života u zdravé populace



Graf 1 – Srovnání doménových skóre WHOQOL-100 populační normy v České republice a průměrných hodnot skóre u zdravé populace

a tím předcházet hrozbám, jakými mohou být globálně vyskytující se nemoci (Mastiliaková, 2004).

Příspěvek se vztahuje k výzkumnému grantovému projektu číslo 120/2012/S, který je realizován za finanční podpory Grantové agentury Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

POUŽITÉ ZDROJE

1. Andráško, I. (2008). XI. mezinárodní kolokvium o regionálních vědách. Brno: Masarykova univerzita, Ekonomicko-správní fakulta. ISBN 9788021046252.
2. Dragomirecká, E., Bartoňová, J. (2006). Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace. Psychiatrické centrum Praha.
3. Fayers, D., Machin, P. (2007). Quality of life the assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes. Hoboken, N. J. Wiley. ISBN 11-186-9945-9.
4. Ginter, E., Simko, V., Wsolova, L. (2009). Fall of the iron curtain: male life expectancy in Slovakia, in the Czech Republic and in Europe. Central European Journal of Public Health. 17(4): 171–174.
5. Gullotta, T., Bloom, M. (2003). Encyclopedia of primary prevention and health promotion. New York: Kluwer Academic/Plenum, xi, 1179 p. ISBN 03-064-7296-1.
6. Heřmanová, E. (2012). Kvalita života a její modely v současném sociálním výzkumu. Sociológia: Slovak Sociological Review. 44(4): 456–477. ISSN 0049-1225.
7. Křivohlavý, J. (2003). Psychologie zdraví. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-807-1787-747.
8. Kučera, Z. (2004). Kvalita života: sborník příspěvků z konference konané dne 25. 10. 2004 v Třeboni, Kongresový sál hotelu Aurora. Ed. Hnilicová, H. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 120 s. ISBN 80-866-2520-6.
9. Kutnohorská, J. (2010). Historie ošetřovatelství. 1. vyd. Praha: Grada, 206 s. ISBN 978-802-4732-244.
10. Marková, M. (2012). Determinanty zdraví. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 54 s. ISBN 978-807-0135-457.
11. Mastiliaková, D. (2002). Úvod do ošetřovatelství: systémový přístup. 1. vyd. Praha: Karolinum, 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
12. Payne, J. (2002). Zdraví: hodnota a cíl moderní medicíny. 1. vyd. Praha: Triton, 124 s. ISBN 80-725-4293-1.
13. Walters, S. J. (2009). Quality of life outcomes in clinical trials and health-care evaluation: a practical guide to analysis and interpretation. Chichester, U. K.: John Wiley, xii, 365 p. ISBN 04-707-5382-X.

14. Wld Hlth Org.: Basic Documents. Twenty-fourth Edition (1974). WHO, Geneva, 164 s.
15. Zdraví 2020: rámcový souhrn opatření připravených s cílem pomoci vládám a všem společenským aktivitám, aby přispívaly ke zdraví a životní pohodě obyvatel evropského regionu (2013). Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky ve spolupráci se Státním zdravotním ústavem a Kanceláří WHO v České republice. VIII: 12 s. ISBN 978-80-85047-45-5.

Kontakt:

Lukáš Martinek, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta

 Lu.martinek@seznam.cz

CESIUM-137 V LESNÍM EKOSYSTÉMU VE VYBRANÝCH LOKALITÁCH

Pavλίna Seberová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta

Souhrn

Úvod: Černobylský reaktor je vedle zkoušek jaderných zbraní druhým zdrojem radioaktivních izotopů, které významným způsobem kontaminovaly životní prostředí. Z hlediska vnitřní kontaminace je nejvýznamnějším radionuklidem cesium-137. Jednou z nejvíce kontaminovaných lokalit je také Šumava (konkrétně Zadov, Kvilda a Churáňov), kde probíhal odběr složek lesního ekosystému (půda, mech, kůra, šišky).

Metodika: Na základě polovodičové spektrometrie gama byly stanoveny a následně porovnány hodnoty hmotnostní aktivity cesia-137 v jednotlivých odebraných vzorcích. Pro porovnání byla stanovena také hmotnostní aktivita přírodního radioizotopu draslíku-40.

Výsledky: Stanovené hodnoty odpovídají nerovnoměrné kontaminaci, která je v souvislosti s radioaktivním spadem z Černobylu popisována.

Závěr: V odebraných vzorcích lesního ekosystému byly zjištěny nejvyšší hodnoty hmotnostní aktivity v půdě a mechu.

Klíčová slova: cesium-137 – kontaminace – lesní ekosystém – gama-spektrometrie

ÚVOD

Cesium má 11 hlavních izotopů, například Cs-133, Cs-134 a Cs-137. Přírodní cesium je tvořeno izotopem Cs-133; Cs-134 a Cs-137 jsou syntetické radioizotopy. Cesium-137 má poločas rozpadu 30,07 let a poté se rozkládá na baryum-137 metastabilní, při rozpadu dochází k vyzáření beta a gama záření. Radioaktivní cesium-137 vzniká většinou štěpením uranu-235 nebo plutonia (Ullmann, 2002).

Lesní ekosystémy se ukazují jako místa, kde je deponováno nejvíce Cs-137. Cesium-137 pochází jednak z atmosférických zkoušek jaderných zbraní z 50. a 60. let minulého století, kdy byla kontaminace víceméně homogenní, a potom z havárie jaderné elektrárny Černobyl. Tato havárie kontaminovala

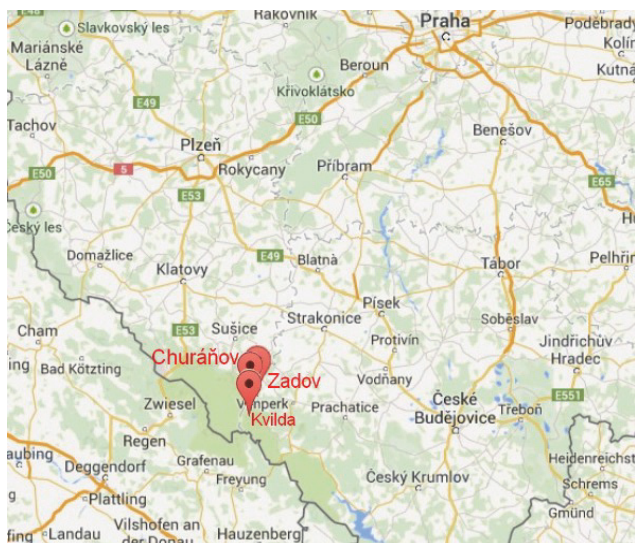
la zejména severní Evropu. Závažnost kontaminace povrchu území České republiky Cs-137 z havárie v Černobylu značně závisela na dešťových srážkách během průchodu kontaminovaných vzdušných mas přes naše území. Výsledná kontaminace byla značně nehomogenní, existují tedy místa, kde je obsah Cs-137 v životním prostředí několikanásobně vyšší než v jiných lokalitách (Bučina et al., 1988).

Už v 60. letech minulého století bylo zjištěno v souvislosti se zkouškami jaderných zbraní z 50. a 60. let ukládání cesia v povrchových vrstvách půdy. Jedná se o půdu s vysokým obsahem organických látek. V některých oblastech České republiky došlo k většímu radioaktivnímu spadu z černobylské havárie v důsledku většího počtu srážek, jedná se zejména o Jeseníky a Šumavu. Ke kontaminaci člověka dochází vnější i vnitřní cestou. Do organismu se cesium může dostat vdechováním nebo požitím vody, ovoce, zeleniny či hub. Dále může ke kontaminaci dojít prostřednictvím masa či mléka pocházejícího ze zvířat, která pozřela ozářenou vegetaci. I přes to, že je průměrná spotřeba u obyvatel České republiky malá, byly tyto produkty od 80. let zařazeny do sledování v rámci radiační monitorovací sítě (SÚRO, 2012).

Cílem práce bylo porovnat obsah cesia-137 ve vybraných lokalitách v jednotlivých složkách lesního ekosystému.

METODIKA A CHARAKTERISTIKA SOUBORU

Na základě konzultace na Státním úřadě pro jadernou bezpečnost byly vytypovány oblasti, kde byl radioaktivní spad po černobylské havárii nejvyšší, jednalo se o oblasti na Šumavě – Kvilda, Zadov a Churáňov (obr. 1). V těchto lokalitách pak byly odebrány vzorky půdy, mechu, kůry a šišek.

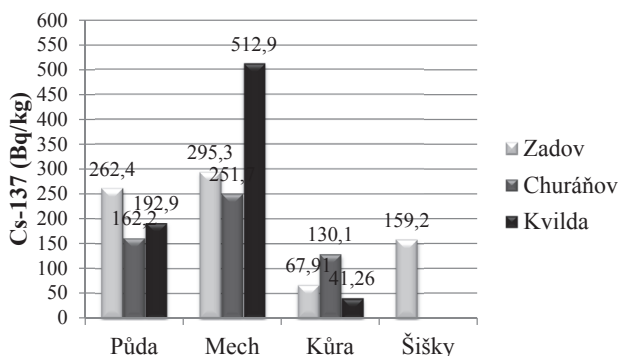


Obrázek 1 – Lokality odběru vzorků

Vzorky v dané lokalitě byly odebrány na jednom místě, co nejbližší u sebe. Sběr půdy probíhal tak, že se metrem naměřil čtverec o rozměru 20 × 20 cm, půda se vykopala do hloubky 5 cm a následně byla odebrána druhá vrstva v hloubce 5–20 cm. Kůra byla sesbírána v okolí stromů na zemi a stejně tak šišky. Mech byl vyříznut ze země nožem. Všechny vzorky byly zváženy a sušeny při pokojové teplotě do té doby, až se jejich hmotnost dále nezmenšovala. Odebrané vzorky byly měřeny na Regionálním centru Státního úřadu pro jadernou bezpečnost v Českých Budějovicích. Pro stanovení hmotnostní aktivity Cs-137 v odebraných vzorcích byla použita polovodičová spektrometrie gama. Měřicí doba byla obvykle 24 hodin (půda) nebo 48 hodin (mech, kůra, šišky). Získaná spektra byla vyhodnocena pomocí softwaru GAMAT (Matzner, 2003). Pro srovnání byla v odebraných vzorcích stanovena i hmotnostní aktivita přírodního radionuklidu draslíku K-40, který je obsažen homogenně v celém ekosystému.

VÝSLEDKY

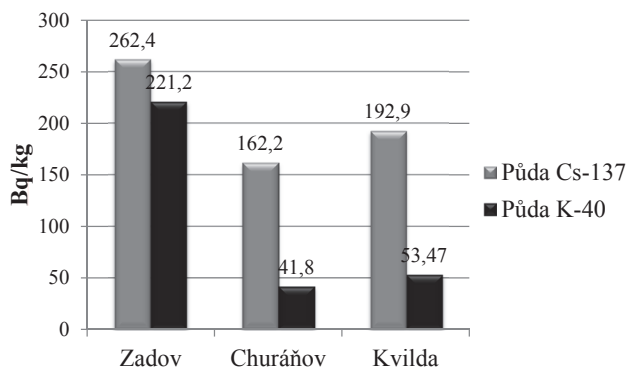
Naměřené hodnoty hmotnostní aktivity cesia-137 v lokalitách Zadov, Churáňov a Kvilda jsou patrné z grafu 1.



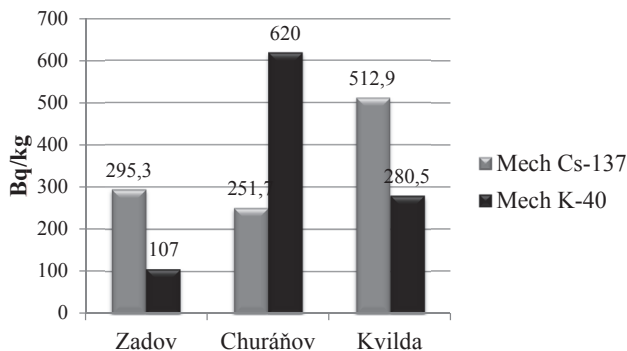
Graf 1 – Hmotnostní aktivita Cs-137 v odebraných vzorcích

Množství Cs-137 je u většiny odebraných vzorků řádově ve stovkách Bq.kg⁻¹. Výjimkou jsou vzorky kůry, ve kterých byla zjištěna ve dvou případech hmotnostní aktivita o řád nižší. Obsah Cs-137 vykazuje rozdílné hodnoty ať už v rámci jednotlivých lokalit, tak v rámci druhu vzorku. Nejvyšší obsah cesia-137 byl zjištěn v mechu, kde se hodnoty pohybovaly od 295 do 512 Bq.kg⁻¹, dále pak v půdě (162 do 264 Bq.kg⁻¹). Minimální hodnoty hmotnostní aktivity Cs-137 byly naměřeny v kůře (41 až 130 Bq.kg⁻¹) a šiškách (159 Bq.kg⁻¹). Šišky bylo možné odebrat pouze v lokalitě na Zadově.

Na grafech 2, 3 a 4 je vidět porovnání obsahu Cs-137 a K-40 v odebraných vzorcích v jednotlivých lokalitách. Nejvíce Cs-137 v půdě se nachází na Zadově (259 Bq.kg⁻¹). Mech má největší aktivitu na Kvildě (512 Bq.kg⁻¹) a kůra na Churáňově (130 Bq.kg⁻¹). V porovnání s draslíkem je vidět, že v půdě je větší obsah cesia než draslíku, stejně tak i v mechu. Výjimkou je mech na Churáňově, který obsahuje vysoké množství draslíku.

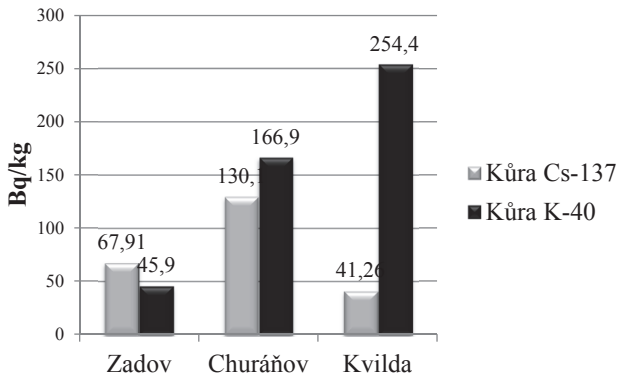


Graf 2 – Hmotnostní aktivita Cs-137 a K-40 v půdě



Graf 3 – Hmotnostní aktivita Cs-137 a K-40 v mechu

Přestože je počet vzorků nízký, je vidět, že obsah Cs-137 v rámci jedné lokality může být rozdílný. To odpovídá výsledkům jiných prací a skutečnosti, že kontaminace našeho území Cs-137 je výrazně nerovnoměrná, stejně



Graf 4 – Hmotnostní aktivita Cs-137 a K-40 v kůře

jako jeho obsah v lesním ekosystému. Závěry práce jsou v souladu s výsledky dalších autorů (Tecl, Schlesingerová, 2004; Kaňková, 2007; Pilátová et al., 2010; Rulík, Helebrant, 2011) a potvrzují, že maximum aktivity se stále nachází ve svrchní vrstvě půdy, odkud se jen pomalu dostává do větších hloubek. Rychlost vertikální migrace závisí na mnoha činitelích, zejména na typu půdy, obsahu vody a organických látek v ní, které ale v této fázi výzkumu nebyly sledovány. Jelikož se Cs-137 nachází v kořenové oblasti rostlin, dostává se přes kořeny do rostlin a dřevin, kde se ukládá, tedy i do mechu a kůry. Přes potravní řetězec se pak cesium-137 může dostat až k člověku a může se podílet na vnitřní kontaminaci.

Nerovnoměrnost potvrzuje i zpráva Státního ústavu radiační ochrany č. 28/2011, kde naměřené hodnoty Cs-137 ve smrkové kůře byly vyšší v Jihočeském a Středočeském kraji oproti ostatním oblastem České republiky (Pilátová et al., 2010).

ZÁVĚR

Z naměřených hodnot vyplývá, že kontaminace našeho území Cs-137 je výrazně nerovnoměrná, stejně jako jeho obsah v lesním ekosystému. Nejvyšší hmotnostní aktivita Cs-137 byla zjištěna v případě vzorků mechu a půdy, což je v souladu s výsledky dalších autorů. Obsah Cs-137 vykazují rozdílné hodnoty ať už v rámci jednotlivých lokalit, tak v rámci druhu vzorku, což je dáno různou akumulací Cs-137 jednotlivými komoditami.

POUŽITÉ ZDROJE

1. Bučina, I. et al. (1988). Radionuklidy z černobylské havárie v půdě na území ČSSR: jejich původ, depozice a distribuce. In: Některé výsledky monitorování následků černobylské havárie v ČSSR. Praha: Československá komise pro atomovou energii, s. 5–22.
2. Kaňková, J. (2007). Cesium 137 v lesním ekosystému. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
3. Matzner, J. (2003). Gamat: Interaktivní systém pro spektrometrii gama. Verze 4.0 G., Praha: SUJB.
4. Pilátová, H. et al. (2011). Mapy obsahu 137Cs ve smrkových kůrách lesního ekosystému České republiky v roce 2010, s. 1–8. [online] [cit. 2014-10-30]. Dostupné z: <https://www.suro.cz/cz/rms/monitorovani-slozek-zivotniho-prostredi/mapy-obsahu-137cs-ve-smrkovych-kurach-v-2010/view>
5. Problematika kontaminace prasete divokého v ČR (2012). [online] [cit. 2014-10-29]. Dostupné z: <https://www.suro.cz/cz/publikace/aktuality/problematika-kontaminace-prasete-divokeho-v-cr-1>
6. Rulík, P., Helebrant, J. (2011). Mapa kontaminace půdy České republiky 137Cs po havárii JE Černobyl. [online] [cit. 2014-10-30]. Dostupné z: <https://www.suro.cz/cz/publikace/cernobyl/plosna-aktivita-radionuklidu-zjistena-ve-vzorcich-odebranych-pud/Zprava%202011%20-%202022%20-%20Kontaminace%20pudy%20Ceske%20republiky%20137Cs%20-%20Mapa.pdf>
7. SÚRO. Deset let od havárie jaderného reaktoru v Černobylu – důsledky a poučení (1996). [online] [cit. 2014-10-30]. Dostupné z: https://www.suro.cz/cz/publikace/cernobyl/10let_od_cernobylu.pdf
8. Tecl, J., Schlesingerová, E. (2004). Distribuce 137Cs v půdách ČR. In Sborník rozšířených abstraktů. XXVI. Dny radiační ochrany. Praha: ČVUT, s. 335–338.
9. Ullmann, V. (2002). Jaderná fyzika a fyzika ionizujícího záření. Ostrava. [online] [cit. 2014-10-31]. Dostupné z: <http://AstroNuklFyzika.cz/Fyzika-NuklMed.htm>

Kontakt:

Pavína Seberová, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta

 paja.seberova@seznam.cz

VLIV SPIRITUALITY NA SUBJEKTIVNĚ VNÍMANOU KVALITU ŽIVOTA U PACIENTŮ S CHRONICKOU OBSTRUKČNÍ PLICNÍ NEMOCÍ

Andrea Schönbauerová, Valérie Tóthová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta

Souhrn

Úvod: Chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN) je na celém světě významnou příčinou morbidit a mortality. Spiritualita se řadí mezi základní oblasti celkové kvality života. Jedním z dílčích cílů studie bylo zjistit, do jaké míry ovlivňuje spiritualita a osobní přesvědčení subjektivně vnímanou kvalitu života u nemocných s CHOPN.

Metodika: Pro sběr dat byl použit standardizovaný dotazník WHOQOL-100 v české verzi. Výzkumný soubor tvořilo 449 osob. Základním kritériem pro zařazení respondentů do souboru bylo diagnostikované onemocnění CHOPN, minimální věk 20 let a ochota spolupracovat. K analýze dat jsme použily program SPSS 15.0, neparametrický Mann-Whitneyův U test na $p < 0,05$ a Wilcoxonův párový test na $p < 0,05$.

Výsledky: Kvalita života v doméně „spiritualita“ se u nemocných s CHOPN pohybovala pod spodní hranicí populační normy ČR. Facetu „spiritualita“ hodnotí ženy statisticky významně lépe než muži. Neexistuje žádný statisticky významný vztah mezi facetou „spiritualita“ a „bolest a nepohodlí“. Naopak statisticky významný vztah byl odhalen mezi facetami „spiritualita“ a „sebedůvěra“, „negativní pocity“ a „finanční prostředky“, který se však jeví jako velmi nízká lineární závislost obou veličin. Statisticky významný vztah byl prokázán pouze u facetu „spiritualita“ a „osobní vztahy“ (na $p < 0,01$).

Závěr: Spiritualita sehrává důležitou roli v subjektivním hodnocení kvality života u pacientů s CHOPN.

Klíčová slova: *chronická obstrukční plicní nemoc – kvalita života – spiritualita – sestra*

ÚVOD

Chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN) označuje chronickou bronchitidu v kombinaci s plicním emfyzémem, pro kterou je typický zvýšený odpor

v dýchacích cestách při výdechu. Z toho je odvozen klinický obraz pacienta, který je charakterizován dechovými obtížemi, které narůstají v průběhu několika let a významně omezují jeho pracovní aktivitu. Velmi obtěžujícím příznakem je dušnost, která je provázena produktivním kašlem. V souvislosti s chronickým a nevyčísitelným charakterem onemocnění je patrný jeho negativní dopad na subjektivně vnímanou kvalitu života (Navrátil, 2008, s. 100).

Duchovnost neboli spiritualita je pojem odvozený z latinského slova *spiritus*, které znamená duch. Na duchovnost můžeme hledět v jejím širším i užším pojetí. Širší pojetí spirituality zahrnuje oblast, která je součástí každého člověka. Představuje problémy, otázky i celkové naladění osobnosti na to, co svým způsobem člověka přesahuje, trvá věčně a nemá materiální hodnotu. U pacienta, který se potýká s chronickým onemocněním, pozitivně koreluje se schopností zvládat těžkosti a významně podporuje pocit duševní a tělesné pohody. Užším pojetím spirituality se myslí její souvislost s religiozitou. Pro člověka, který vyznává některou z forem náboženství, bývá chronické onemocnění důvodem k přehodnocování jeho víry (Raudenská, Javůrková, 2011, s. 215). Existuje spojitost mezi spiritualitou a lidskými vztahy, neboť se tyto aspekty společně prolínají do oblasti vztahových citů. Přesto byla tato dimenze člověka v ošetřovatelství dlouhou dobu opomíjena. Spiritualita může nemocným pomáhat vyrovnat se s životními problémy, odpovědět na otázky po smyslu života a poskytnout útěchu. Sestry by měly v rámci holistického přístupu k nemocným umět pracovat se spirituálními potřebami pacientů a naučit se tyto potřeby vhodně saturovat (Plevová, 2011, s. 120).

Pojem „subjektivně vnímaná kvalita života“ označuje psychologickou konstrukci, která popisuje tělesné, psychické, mentální, sociální a funkční aspekty pacientova stavu z pohledu jeho samotného. Takto specifikovanou kvalitu života může ovlivnit onemocnění a jeho léčba. Spiritualita je vnímána jako jedna ze základních oblastí celkové kvality života a v žádném případě se neomezuje jen na náboženské vyznání, ale je součástí každé osobnosti, ať už se řadí mezi věřící, agnostiky či ateisty (Salajka, 2006, s. 13). Jedním z dílčích cílů studie bylo zjistit, do jaké míry ovlivňuje spiritualita a osobní přesvědčení subjektivně vnímanou kvalitu života u nemocných s CHOPN.

METODIKA A CHARAKTERISTIKA SOUBORU

Výzkumné šetření bylo realizováno v rámci výzkumného grantového projektu číslo 120/2012/S „Odras kvality života v ošetřovatelství“. Pro sběr dat byl použit standardizovaný dotazník WHOQOL-100 v české verzi. Výzkumný soubor respondentů s CHOPN tvořilo 449 osob z celé České republiky,

260 mužů (57,9 %) a 189 žen (42,1 %). Základním kritériem pro zařazení respondentů do souboru bylo diagnostikované onemocnění CHOPN, minimální věk 20 let a ochota spolupracovat. Průměrný věk respondentů byl 59,7 let, minimum 23 let a maximum 86 let. Sběr dat probíhal v období od února do října 2013. Celkově bylo distribuováno 651 dotazníků, z nichž se vrátilo 503. Návratnost tedy činila 77,3 %. Po analýze chybějících hodnot byl konečný počet validně vyplněných dotazníků 449. K analýze dat jsme použili program SPSS 15.0, kterým byly stanoveny absolutní a relativní četnosti získaných odpovědí, výpočet středních hodnot a míry variability. K deskripci středních hodnot doménových skóre WHOQOL-100 a testování jejich rozdílů mezi zdravou populací a respondenty s CHOPN byl použit neparametrický Mann-Whitneyův U test na $p < 0,05$. Ke srovnání doménových skóre WHOQOL-100 populačních norem ČR a průměrných hodnot skóre u respondentů s CHOPN byl použit neparametrický Wilcoxonův párový test na $p < 0,05$.

VÝSLEDKY

Z výsledků šetření je patrné, že pacienti s CHOPN mají oproti zdravé populaci rozdílný přístup ke spiritualitě. Kvalita života v doméně „spiritualita“ se u nemocných s CHOPN pohybovala pod spodní hranicí populační normy ČR. Při porovnávání facetových skóre podle pohlaví bylo zjištěno, že facetu „spiritualita“ hodnotí ženy statisticky významně lépe než muži. Podobný výsledek potvrzuje i studie Janošové (2004) která uvádí, že vyšší skóre u žen v oblasti prožívání spirituality může být způsobeno rozdílným sociokulturálním očekáváním. Zatímco ženy mívají tendenci spirituální prožitky zveličovat, muži naopak mají problém projevit sentiment.

V otázce „Dává vaše osobní víra smysl vašemu životu?“ označilo 29,6 % respondentů odpověď „trochu“, 25,4 % „středně“ a 20,5 % „hodně“. Podle Ptáčka, Bartůňka a kol. (2011) se spiritualita sama často chápe jako uvažování a zabývání se smyslem a účelem života. Každý člověk, který prožívá krizi vyvolanou dlouhodobou nemocí, hledá smysl života a v té souvislosti může spiritualita ovlivňovat pacienta při rozhodování o další léčbě (Ptáček, Bartůňek, 2011, s. 34).

V rámci porovnávání facetu „spiritualita“ s dalšími vybranými facetami bylo prokázáno, že neexistuje žádný statisticky významný vztah mezi facetou „spiritualita“ a „bolest a nepohodlí“.

Naopak statisticky významný vztah byl odhalen mezi facetami „spiritualita“ a „sebedůvěra“, „negativní pocity“ a „finanční prostředky“, který se však jeví jako velmi nízká lineární závislost obou veličin. Nicméně hladina praktické použitelnosti tohoto koeficientu je taková, že dosahuje minimálně 0,40.

Z toho plyne i velmi nízký koeficient determinace, který dosahuje 4 %. Pravděpodobně faceta „spiritualita“ souvisí s facetami „sebedůvěra“, „negativní pocity“ a „finanční prostředky“ jen okrajově.

Existence statisticky významného vztahu byla prokázána pouze u facety „spiritualita“ a „osobní vztahy“ (na $p < 0,01$), který se jeví jako střední lineární závislost obou veličin; tj. čím více v něco „věří“, tím lepší mají „osobní vztahy“. Koeficient determinace je 21 %. Vztahy mezi facetou „spiritualita“ a dalšími vybranými facetami shrnuje tabulka 1.

Tabulka 1 – Vztahy mezi facetou „spiritualita/náboženství/víra“ a dalšími vybranými facetami WHOQOL-100

		faceta 1 „bolest a nepohodlí“	faceta 4 „pozitivní pocity“	faceta 6 „sebedůvěra“	faceta 8 „negativní pocity“	faceta 13 „osobní vztahy“	faceta 18 „finanční prostředky“
faceta 24 „spiritualita/ náboženství/ víra“	Koeficient korelace	-0,079	0,349	0,202	-0,181	0,456	0,226
	Sig. (2-tailed)	0,096	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	449	449	449	449	449	449

ZÁVĚR

Výsledky šetření prokázaly důležitou úlohu spirituality v subjektivním hodnocení kvality života u pacientů s chronickou obstrukční plicní nemocí. Bylo odhaleno, že v souvislosti se závažným chronickým onemocněním dochází ke změnám ve spirituálních potřebách. Tato zjištění významně podporují důležitost komplexního řešení otázky uspokojování spirituálních potřeb chronicky nemocných pacientů s aktivním zapojením všech členů multidisciplinárního týmu.

Příspěvek se vztahuje k výzkumnému grantovému projektu číslo 120/2012/S, který je realizován za finanční podpory Grantové agentury Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

POUŽITÉ ZDROJE

1. Janošová, P. (2004). Současná spirituální orientace mužů a žen – empirická studie. In: Psychologické dny 2004: Svět žen a svět mužů. Polarita a vzájemné obohacování. Sborník příspěvků a abstraktů z národní konference. Olomouc: Českomoravská psychologická společnost, s. 1-12.

2. Navrátil, L. (2008). Vnitřní lékařství: pro nelékařské zdravotnické obory. 1. vyd. Praha: Grada, 424 s. ISBN 978-802-4723-198.
3. Plevová, I. (2011). Ošetřovatelství II. 1. vyd. Praha: Grada, 223 s. ISBN 978-802-4735-580.
4. Ptáček, R., Bartůněk, P. a kol. (2011). Etika a komunikace v medicíně. 1. vyd. Praha: Grada, 528 s. ISBN 978-802-4739-762.
5. Raudenská, J., Javůrková, A. (2011). Lékařská psychologie ve zdravotnictví. 1. vyd. Praha: Grada, 304 s. ISBN 978-802-4722-238.
6. Salajka, F. (2006). Hodnocení kvality života u nemocných s bronchiální obstrukcí. 1. vyd. Praha: Grada, 146 s. ISBN 80-247-1306-3.

Kontakt:

Andrea Schönbauerová, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta

 vagnea00@zsf.jcu.cz

PREVENCE KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU

Simona Táborská, Simona Šípová

Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií

Souhrn

Úvod: Kolorektální karcinom představuje globálně stále obrovský problém, přičemž rozvinutí nádoru do pokročilého stadia lze předcházet poměrně jednoduchým screeningovým vyšetřením. Navíc dodržováním zdravého životního stylu lze účinně snížit riziko vzniku tohoto zhoubného onemocnění.

Metodika: Tento příspěvek mapuje úroveň znalostí veřejnosti o prevenci kolorektálního karcinomu (dále jen KRCA) a vychází z bakalářské práce, která byla napsána na toto stále aktuální téma. Data potřebná pro vyhodnocení problematiky byla získána explorační výzkumnou metodou, tedy dotazníkem, který byl sestaven na základě 4 stanovených hypotéz.

Výsledky: Výsledky potvrzují předpoklad, že veřejnost nemá dostatečné informace o prevenci kolorektálního karcinomu, zejména o jeho účinném screeningovém programu. U většiny dotazovaných se navíc vyskytují alespoň 3 rizikové faktory podporující vznik tohoto zhoubného nádoru.

Závěr: V reakci na tuto zjištěnou skutečnost byl vytvořen edukační materiál, který si klade za cíl zvýšit informovanost veřejnosti o problematice kolorektálního karcinomu. Jedná se o krátkou edukační brožuru, která srozumitelnou formou informuje laickou veřejnost o prevenci vzniku kolorektálního karcinomu.

Klíčová slova: *prevence – kolorektální karcinom – screening – okultní krvácení do stolice (TOKS)*

ÚVOD

V souvislosti s dostupností nejnovějších dat (Dušek et al., 2005) lze říci, že téma kolorektálního karcinomu je celosvětově stále aktuální a ve vyspělých státech jeho incidence trvale narůstá. Jedná se o jednu z nejčastějších onkologických diagnóz vůbec. V ČR bylo v roce 2011 nově diagnostikováno 8 176 případů kolorektálního karcinomu, přičemž 3 961 lidí na toto zhoubné onemocnění zemřelo. Poprvé od roku 1990 se ČR podařilo pokořit hranici 4 000 úmrtí na kolorektální karcinom za jeden rok. I přesto jsou tato čísla

stále hrozbou, proto ČR od 1. 1. 2014 změnila formu screeningového programu kolorektálního karcinomu z oportunní formy na formu plošnou. Cílem této „akce“ je zvýšit účast veřejnosti na screeningovém testování okultního krvácení do stolice (dále jen TOKS) nebo screeningové kolonoskopii až na 55 %. Vyšetření doposud využívalo pouze 25 % cílové populace. Účinnost tohoto kroku lze očekávat cca do 5 let, kdy by měla mortalita pozvolna dále klesat (Dušek et al., 2014).

METODIKA A CHARAKTERISTIKA SOUBORU

Výzkumné šetření si kladlo za cíl zmapovat povědomí veřejnosti o prevenci kolorektálního karcinomu. Po nastudování odborné literatury a dalších validních zdrojů byly stanoveny 4 hypotézy, a to na principu dedukce. Po stanovení hypotéz byla provedena pilotní studie s 20 respondenty, která poskytla zpětnou vazbu a pomohla k finálnímu přeformulování některých otázek. Po této úpravě zjištěných nedostatků bylo provedeno samotné pozorování (shromažďování dat). V další fázi byla získaná data vyhodnocena pomocí programu MS Excel. V dotazníku se objevily jednak otázky identifikační (věk, pohlaví), ale své zastoupení zde měly i otázky otevřené, polouzavřené či uzavřené, které se vyskytovaly nejčastěji. Téměř 55 % všech respondentů tvořili muži. Nejpočetnější skupinu představovali respondenti ve věkové kategorii 41–50 let (25 %).

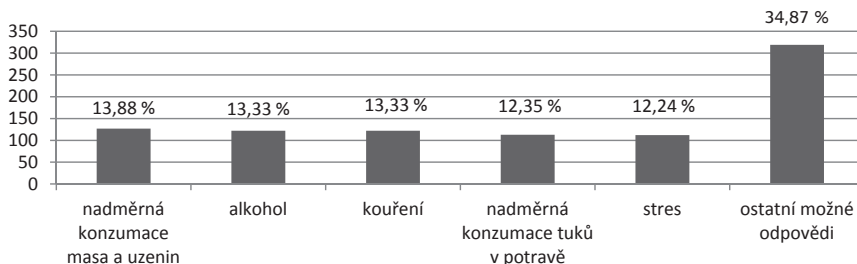
Rozdáno bylo celkem 215 dotazníků, z nichž bylo 200 navraceno. Pět dotazníků bylo vyřazeno kvůli jejich nedostatečnému vyplnění. Konečný počet respondentů činil 195. Návratnost tudíž byla stanovena na 91 %.

VÝSLEDKY

Hypotéza č. 1 byla stanovena takto: „Předpokládám, že většina respondentů nezná rizikové faktory vzniku kolorektálního karcinomu.“ Pro potvrzení této hypotézy jsme si stanovily kritérium: „Většina (alespoň 51 %) dotazovaných správně neoznačí 5 z 12 nabízených rizikových faktorů.“

Graf 1 zobrazuje odpovědi respondentů, kteří měli za úkol označit 5 rizikových faktorů podílejících se na vzniku KRCA nejvíce. Nejčastěji volené odpovědi byly: nadměrná konzumace masa a uzenin, konzumace alkoholu, kouření, nadměrná konzumace tuků v potravě a stres.

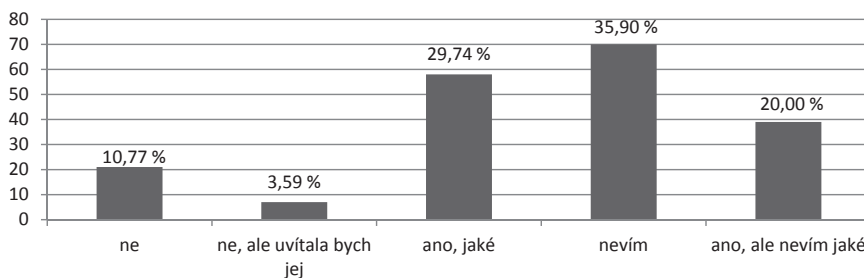
Protože odpovědi na tuto otázku byly ve většině případů správné, hypotéza č. 1 se nepotvrdila. Na základě získaných dat lze konstatovat, že veřejnost zná rizikové faktory vzniku KRCA. K této skutečnosti dle mého názoru přispělo i to, že dotazovaní měli na výběr z několika uvedených možností, jednalo se tedy o uzavřenou otázku. Pokud by byla otázka koncipována jako otevřená, skutečnost by mohla být jiná.



Graf 1 – Pět nejvýznamnějších rizikových faktorů, které se podílejí na vzniku KRCA

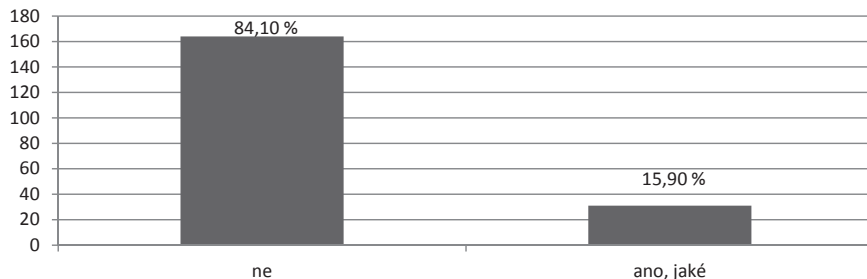
Hypotéza č. 2 byla stanovena takto: „Předpokládám, že většina respondentů nezná screeningové metody, které se využívají v prevenci kolorektálního karcinomu.“ Pro potvrzení této hypotézy bylo nutné stanovit si kritérium: „Většina (alespoň 51 %) dotazovaných nevyjmenuje ani jedno ze dvou screeningových vyšetření (TOKS, screeningová kolonoskopie).“

Graf 2 mapuje názor respondentů, zda v ČR existuje nějaké celorepublikově prováděné preventivní vyšetření, které je zaměřené na včasný záchyt kolorektálního karcinomu. Pouze 30 % dotazovaných správně uvedlo alespoň jedno ze dvou screeningových vyšetření. Pokud jde o zobrazení v detailní podobě, více respondentů odpovědělo TOKS.



Graf 2 – Znalost screeningových vyšetření

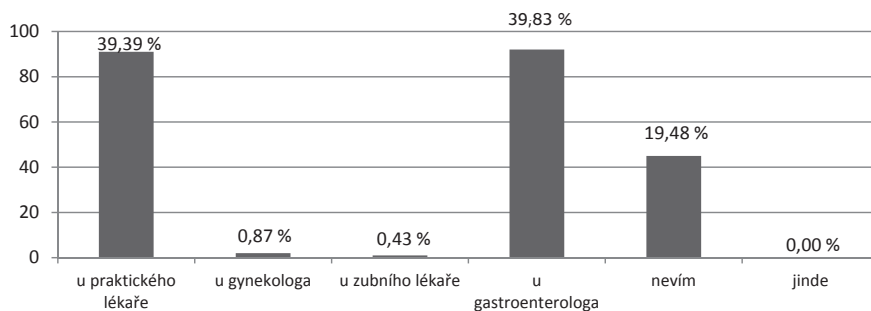
Graf 3 poukazuje na alarmující fakta: 84 % dotazovaných nikdy žádné screeningové vyšetření na kolorektální karcinom nevyužilo. Tato data jsou hrozná zejména proto, že dle věkové struktury respondentů má téměř 38 % z nich nárok alespoň na jedno ze dvou screeningových vyšetření.



Graf 3 – Využití screeningových vyšetření

Graf 4 zobrazuje odpovědi respondentů na otázku, kde lze některá ze screeningových vyšetření podstoupit (získat). Výsledky vyjadřuje podrobněji graf 4. Dotazovaní mohli volit více možných odpovědí. Nejčetnější odpovědi byly voleny správně, a to u gastroenterologa a u praktického lékaře – pokaždé téměř 40 % všech odpovědí. Překvapením byla četnost odpovědí u gynekologa. Pouze 2 respondentky dokázaly v tomto případě odpovědět správně. Zarážející je fakt, že celých 45 % dotazovaných tvořila skupina žen, u které je větší pravděpodobnost, že zvolí variantu u gynekologa. Dle mého názoru je tato neznalost způsobená i tím, že gynekologové byli do screeningového programu kolorektálního karcinomu zařazeni později, a to až v roce 2009, tudíž se tato skutečnost ještě nestihla dostatečně vrýt do povědomí oslovené veřejnosti. Navíc je známo, že gynekologové jsou odpovědní pouze za necelých 14 % všech provedených TOKS (Seifert, 2012).

Hypotéza číslo 2 byla potvrzena.

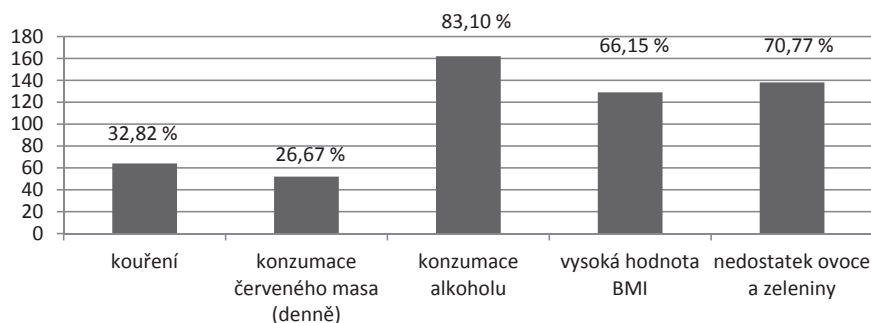


Graf 4 – Místa, kde lze screeningová vyšetření KRCA podstoupit (získat)

Třetí hypotéza byla stanovena takto: „Většina (alespoň 51 %) respondentů prokazuje alespoň 3 rizikové faktory vzniku kolorektálního karcinomu.“

Graf 5 prezentuje odpovědi získané z několika otázek. Vyplývá z něj, že 33 % dotazovaných kouří. Přičemž přesně 50 % z nich uvádí, že by tuto skutečnost rádi změnili. Další zkoumanou oblastí byla hodnota BMI. Existuje pozitivní vztah mezi energetickým příjmem a vznikem kolorektálního karcinomu. Vysoká hodnota BMI (nadváha a obezita) je prokázána jako rizikový faktor v mnoha studiích (Joukalová et al., 2007; Vyzula, Žaloudík, 2007, s. 32). Hrozivých 66 % dotazovaných prokazuje rizikovou hodnotu BMI. Pokud se zaměříme na rozčlenění rizikových respondentů dle pohlaví, zjistíme, že ze 129 rizikových jedinců 98 představují muži. Další zkoumanou oblastí je konzumace dostatečného množství ovoce a zeleniny. I když odborná literatura (Joukalová et al., 2007; Vyzula, Žaloudík, 2007, s. 32) doporučuje dostatečnou konzumaci ovoce a zeleniny jako jedno z nejdůležitějších preventivních opatření v prevenci nádorů vůbec, výsledky však ukazují, že pouhých 29 % dotazovaných konzumuje ovoce a zeleninu denně. Přitom dostatečný příjem ovoce a zeleniny snižuje riziko vzniku nádorových chorob obecně až o 20 %. S životním stylem dotazovaných respondentů souvisí i otázka, která zkoumá požívání alkoholu. Ten konzumuje (ať už pravidelně nebo příležitostně) 83 % dotazovaných, a to i navzdory tomu, že existuje prokazatelně vyšší riziko vzniku kolorektálního karcinomu v souvislosti s konzumací alkoholu. Toto riziko potvrzuje téměř 60 % studií.

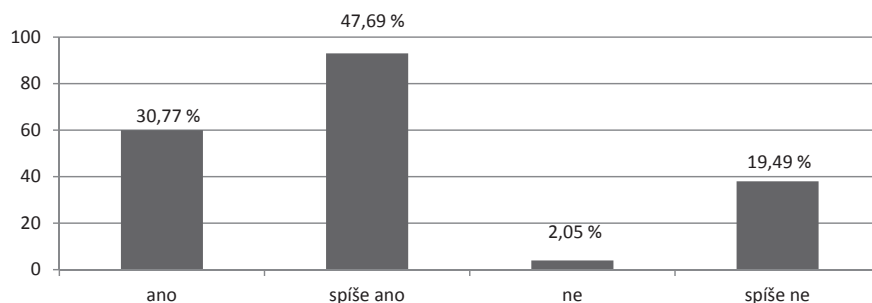
Hypotéza číslo 3 byla potvrzena.



Graf 5 – Rizikové faktory

Hypotéza č. 4 byla stanovena takto: „Většina (více než 51 %) respondentů není ochotna změnit svůj životní styl vzhledem k ovlivnitelným rizikovým faktorům KRCA.“

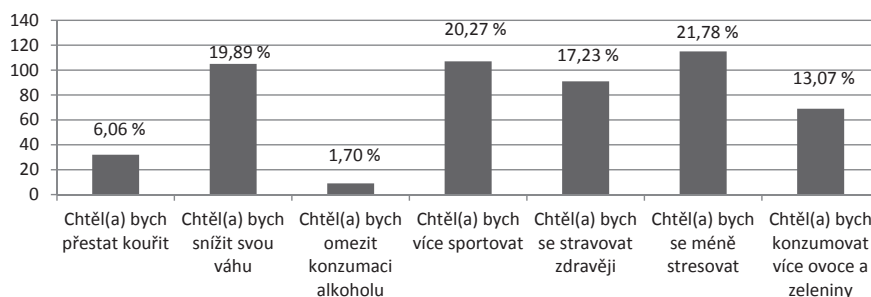
Graf 6 prezentuje odpovědi respondentů na dotazy vztahující se ke změně životního stylu dotazovaných; 78 % respondentů by bylo/je ochotno změnit životní styl, a to vzhledem k vnějším rizikovým faktorům, které lze ovlivnit právě dodržováním pravidel zdravého životního stylu; 30 % z nich volilo odpověď „ano“ a 48 % z nich označilo variantu „spíše ano“. Odborná literatura uvádí vysokou míru preventability KRCA, a to 66–75 %.



Graf 6 - Ochota respondentů změnit svůj životní styl

Graf 7 vyjadřuje konkrétní preventivní opatření, která by dotazovaní rádi dodržovali; 20 % odpovědí tvořila možnost „chtěl(a) bych snížit svou váhu“. Zajímavostí je, že většinou tuto možnost označily ženy, přičemž rizikovější (z hlediska hodnoty BMI) však byli na základě předchozích výsledků muži. I když alkohol konzumuje 83 % jedinců, pouze necelá 2 % všech odpovědí představovala možnost „chtěl(a) bych omezit konzumaci alkoholu“; 50 % kuřáků by dle svých slov chtělo přestat kouřit. Stres byl označován nejčastěji – téměř 22 % z celkového počtu odpovědí. Jelikož je stres uveden jako jeden z nejvýznamnějších rizikových faktorů podílejících se na vzniku KRCA, považujeme tento počet odpovědí za značný.

Hypotéza číslo 4 nebyla potvrzena.



Graf 7 - Chtěl(a) bych...

ZÁVĚR

Podle statistických dat je KRCA stále hojně se vyskytující onemocnění, jeho incidence ve vyspělých zemích trvale narůstá. Úroveň mortality v ČR atakuje téměř 50% hranici. Téměř u 50 % všech nemocných je tento nádor diagnostikován až ve stadiu III. a IV., čímž jejich šance na vyléčení prudce klesá. Dle získaných výsledků lze konstatovat, že veřejnost není dostatečně informována o kolorektálním karcinomu a jeho prevenci. Většina dotazovaných dokonce prokazuje rizikové faktory související se vznikem tohoto nádorového onemocnění.

Na závěr výzkumného šetření byly vytvořeny dva edukační materiály. Prvním z nich je leták, který by měl zapůsobit na cílovou populaci jedinců a apeluje na důležitost screeningových vyšetření v prevenci KRCA. Druhým materiálem je brožura, která se zaměřuje zejména na primární prevenci a zdravý životní styl. Oba tyto materiály jsou určeny pro širokou veřejnost a obsahují stručné a jasné informace zaměřené na problematiku KRCA. I přesto, že aktivity vyvíjené v oblasti osvěty veřejnosti o této problematice jsou značné, důležitost dodržování zásadních pravidel zdravého životního stylu si dle mého názoru veřejnost stále neuvědomuje.

POUŽITÉ ZDROJE

1. Dušek, L. et al. (2005). Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice. Masarykova univerzita, Brno. [online] [cit. 2014-10-29]. Dostupné z [www: http://www.svod.cz](http://www.svod.cz). ISSN 1802-8861.
2. Dušek, L. et al. (2014). Kolorektum.cz – Program kolorektálního screeningu v České republice. Masarykova univerzita, Brno. [online] [cit. 2014-10-29]. Dostupné z [www: http://www.kolorektum.cz](http://www.kolorektum.cz). ISSN 1804-0888. Verze 1.6f.
3. Joukalová, Z., Šachlová, M., Komárek, L. (2007). Prevence nádorových onemocnění: Nejčastější nádorová onemocnění. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav. ISBN 978-80-7071-291-7.
4. Seifert, B. (2012). Screening kolorektálního karcinomu. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-306-0.
5. Vyzula, R., Žaloudík, J. (2007). Rakovina tlustého střeva a konečníku: vybrané kapitoly. Praha: Maxdorf, 287 s. ISBN 978-807-3451-400.

Kontakt:

Simona Táborská, Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií

 simona.taborska@centrum.cz

ZNALOSTI STUDENTŮ STŘEDNÍCH ZDRAVOTNICKÝCH ŠKOL V PROBLEMATICE MULTIKULTURNÍHO OŠETŘOVATELSTVÍ

Kristýna Toumová, Dita Nováková

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta

Souhrn

Úvod: V rámci integrace cizinců dochází k nárůstu počtu pacientů s odlišnou národností či náboženstvím i v našich nemocnicích. K ošetřování těchto pacientů je třeba znát jejich zvyky a specifické potřeby. Tyto znalosti by měli získat žáci již na středních zdravotnických školách.

Metodika: Šetření bylo realizováno pomocí kvantitativní metody. Ke sběru dat byl použit dotazník určený žákům středních zdravotnických škol oboru Zdravotnický asistent pro 1.–4. ročníky. Kvantitativní šetření bylo dále doplněno třemi krátkými polostrukturovanými rozhovory s vyučujícími odborných předmětů. Výsledky byly zpracovány do tabulek a grafů pomocí programu Microsoft Office Excel 2007. Hypotézy byly statisticky zpracované pomocí vzorce chí-kvadrát testu.

Výsledky: Z výsledků vyplynulo, že žáci mají určité znalosti o ošetřování pacientů z minoritních skupin. Dále bylo zjištěno, že žáci mají o danou problematiku zájem a že by uvítali získání více znalostí v této oblasti na své škole. *Závěr:* Výuka multikulturního ošetřovatelství na školách probíhá, ale formu výuky si každá škola určuje sama. Bylo by proto přínosné určit přesný počet hodin a konkrétní formu výuky. Tím by měli všichni žáci možnost získat stejné informace a školy daná jasná pravidla výuky.

Klíčová slova: *multikulturní ošetřovatelství – žák – vzdělávání – střední zdravotnické školy*

ÚVOD

V rámci integrace cizinců různých národností přibývá v nemocničních zařízeních pacientů z mnoha bližších i nám vzdálených kultur. Avšak většina zdravotnického personálu s těmito pacienty stále neumí vhodně komunikovat. Potřeba získávat znalosti ohledně jiných kultur je proto značná a měla by již začínat na počátku vzdělávání zdravotnických pracovníků – tedy na středních zdravotnických školách.

Šetření se snažilo zjistit znalosti žáků, kteří se připravují na své budoucí povolání ve zdravotnictví, a jak jim k jejich rozšiřování obzorů přispívá samotná střední škola.

„*Migrace obyvatelstva je součástí dějin lidské společnosti*“ (Kutnohorská, 2013, s. 15). Pro naši společnost je typická právě velká migrace obyvatelstva. Pacientů odlišných národností bude i v našem státě neustále přibývat. Proto je potřeba jejich kulturu nejprve dobře poznat, seznámit se s jejich zvyky a naučit se s nimi vhodně komunikovat. Teprve poté bude možné kvalitně a správně vykonávat komplexní ošetrovatelskou péči, která bude mít dobré výsledky a dopomůže k rychlejšímu uzdravení pacientů.

METODIKA A CHARAKTERISTIKA SOUBORU

Byly stanoveny dva cíle práce:

Cíl 1: Zmapovat úroveň znalostí žáků středních zdravotnických škol při poskytování ošetrovatelské péče pacientům z minoritních skupin.

Cíl 2: Zjistit zájem žáků o problematiku multikulturní péče.

Dále byly stanoveny hypotézy:

H1: *Mezi žáky 1. a 4. ročníků středních zdravotnických škol je rozdíl ve znalostech multikulturního ošetrovatelství.*

H2: *Střední zdravotnické školy věnují pozornost výuce v multikulturním přístupu k pacientům.*

H3: *Žáci středních zdravotnických škol mají znalosti v multikulturním přístupu k pacientům.*

Výzkumné šetření bylo zpracováno pomocí kvantitativní metody. Kvantitativní část výzkumného šetření byla realizována pomocí dotazníkového šetření. Dotazník byl určen žákům 1., 2., 3. a 4. ročníků středních zdravotnických škol oboru Zdravotnický asistent. Byl rozdán žákům středních zdravotnických škol v Českých Budějovicích, Písku a Českém Krumlově. Dotazník byl pro všechny žáky totožný a obsahoval 18 otázek. Otázky byly převážně uzavřené, jedna otázka byla otevřená (žáci definovali multikulturní ošetrovatelství). První část dotazníku se zabývala výukou multikulturního ošetrovatelství na středních zdravotnických školách, dále setkáním žáků s pacientem odlišné národnosti či vyznání během odborné praxe v nemocnici. Poslední část byla zaměřena na znalosti žáků v dané problematice.

V rámci dotazníkového šetření bylo rozdáno 340 dotazníků. Vráceno jich bylo 325. Návratnost činila 96 %. Následně bylo z vrácených dotazníků 85 vyřazeno pro neúplnost.

Zpracováno tedy bylo 240 dotazníků, což činí 71 % z celkově rozdaných dotazníků. Výsledky byly zpracovány do grafů a tabulek pomocí programu

Microsoft Office Excel 2007. Hypotézy byly statisticky zpracované pomocí vzorce chí-kvadrát testu.

K doplnění kvantitativního šetření byly také realizovány krátké polostrukturované rozhovory se třemi vyučujícími odborných předmětů, vždy s jednou vyučující za každou střední zdravotnickou školu. Rozhovory se zabývaly především výukou multikulturního ošetrovatelství na středních zdravotnických školách: zda škola věnuje problematice pozornost, v jaké formě výuka probíhá a jaký je názor vyučujících na potřebu začlenění multikulturního ošetrovatelství do výuky a znalosti žáků. Rozhovory byly přepsány a zpracovány do dvou schémat.

Šetření probíhalo v období únor–březen 2013.

VÝSLEDKY

Z výsledků šetření vyplynulo, že žáci v průběhu studia získají určité vědomosti v oblasti multikulturního ošetrovatelství. Samotní žáci si však uvědomují, že jejich znalosti nejsou plně dostačující. Ve znalostních otázkách měli například definovat pojem multikulturní ošetrovatelství. Nejčastější odpověď byla, že se jedná o ošetrování cizí kultury. V 1. ročníku neznalo odpověď celých 58 % žáků, ale ve 4. ročníku už jen 39 %. Co se týká podrobnějších znalostí v dané problematice, nejsou výsledky nijak povzbuzující.

Zda žáci vědí, jak ošetrovat pacienta s jinou kulturou či náboženstvím, je zřejmé z těchto závěrů:

Žáci měli uvést, jak by podali lék pacientovi – muslimovi. Správnou odpověď zvolilo pouze 58 žáků, což je v průměru 24 % ze všech ročníků. Zajímavé je, že nejvíce žáků, kteří volili správnou odpověď, jsou žáci 3. ročníků, hned za nimi jsou 4. ročníky, u kterých by se dalo předpokládat, že budou mít více znalostí, a nejméně znalostí mají 1. ročníky.

Dále měli žáci určit, jak prožívají bolest pacienti vietnamské národnosti. Zde bylo nejvíce správných odpovědí ze všech znalostních otázek. Celkově na ni správně odpovědělo 116 žáků, což je v průměru 48 % žáků ze všech ročníků. Bohužel celkový průměr opět nepřekročil hranici 50 %. U žáků 1. a 2. ročníků se správné odpovědi pohybovaly okolo 30 %, u 3. a 4. ročníků již překročily hranici 50 % (konkrétně okolo 60 %).

Poslední znalostní otázka se týkala ortodoxních židů, kdy měli žáci uvést, co je pro tyto pacienty z daných možností nepřípustné. Zde bylo správných odpovědí o něco méně, konkrétně 81, což je v průměru 34 % ze všech ročníků. Zajímavé opět bylo, že více správných odpovědí uvedli žáci 3. ročníků než žáci ostatních ročníků, především 4. Bohužel v této otázce při statistickém zpracování dat dosáhla hladina chí-kvadrát testu pouze 0,04, což značí, že rozdíl mezi 1. a 4. ročníky v dané otázce není.

V rozhovoru dvě vyučující uvedly, že si myslí, že znalosti žáci v problematice multikulturního ošetřovatelství mají, pouze jedna vyučující tento názor nesdílí. Všechny se však shodly na tom, že rozdíl ve znalostech 1. a 4. ročníků určitě je. Což je nakonec zřejmé i z těchto výsledků. Avšak překvapivé a trochu zarážející je, že výsledky nejsou zcela jednoznačné. V prvních ročnících je velké množství žáků, kteří správné odpovědi věděli, přestože se ještě na škole nemohli s podrobnější výukou multikulturního ošetřovatelství setkat. Naopak u 4. ročníků by se po 4 letech studia a tvrzení vyučujících, že školy věnují problematice pozornost, předpokládala větší orientace v daném tématu. Celkově však výsledky znalostních otázek potvrzují hypotézu, že mezi žáky středních zdravotnických škol je rozdíl ve znalostech multikulturního ošetřovatelství.

Z šetření tedy vyplynulo, že postupně se během studia zvyšuje povědomí o multikulturním ošetřovatelství, avšak tento rozdíl mezi 1. a 4. ročníky není až tak výrazný, jak by se dalo předpokládat.

Dále bylo zjištěno, že školy dané problematice pozornost věnují, ale ne příliš. Podle Rámcového vzdělávacího programu z roku 2008 musí školy žáky s multikulturním přístupem seznámit, ale stále tato problematika není zakotvena v samostatném předmětu. Přestože tuto povinnost školy mají, je zarážející, že existuje stále větší počet žáků (52 %), kteří se během studia s multikulturním ošetřovatelstvím na své střední škole nesešli než těch, kteří tuto zkušenost mají (48 %). Výsledky odpovídají také tomu, co uvedly jednotlivé vyučující odborných předmětů. Dvě vyučující uvedly, že na škole výuka probíhá jako součást nějakého předmětu (psychologie, ošetřovatelství), a jedna vyučující uvedla, že výuka dokonce vůbec neprobíhá. Kladným výsledkem však je, že postupně se od 1. ročníků snižuje hranice žáků, kteří na škole tyto informace nezískali. Žáci také projevíli o problematiku zájem a někteří by se v této oblasti rádi na škole více vzdělávali. Zájem žáků se ve všech ročnících pohyboval shodně okolo 60 %. Výsledky tedy jasně ukazují, že žáky daná problematika zajímá, chtěli by se o ní dozvědět více informací, ale během studia v současné době většina žáků tyto informace nezíská, přestože by o ně zájem měli.

Dále žáci uvedli, že pokud se již s touto problematikou setkají, je to většinou až ve 3. ročníku (60 %) nebo 4. ročníku (88 %), nejčastěji ve formě skupinového cvičení nebo referátů. Tyto výsledky korespondují s výzkumem Špirudové et al., který realizovaly v roce 2002. V něm zjišťovaly znalosti žáků v multikulturním ošetřovatelství na středních zdravotnických a vyšších zdravotnických školách. Z výsledků vyplynulo, že pouze 4 % žáků získává informace v dané problematice na střední zdravotnické škole. Častěji pak byly uváděny zdroje jako např. časopisy, televizní pořady nebo internet (Špirudo-

vá et al., 2002). Znamená to tedy, že žáci nejsou na setkání s cizincem dostatečně připraveni před tím, než nastoupí na odbornou praxi v nemocnici.

Šetření dále ukázalo, že žáci středních zdravotnických škol mají určité znalosti v multikulturním přístupu k pacientům. Znalosti žáků však nejsou na takové úrovni, které by odpovídaly požadavkům a frekvenci setkání s daným pacientem v praxi. Ve 4. ročníku se s takovým pacientem setkalo 88 % žáků, kontakt s pacientem odlišné kultury či náboženství tedy není ničím výjimečným. Tuto skutečnost také potvrzuje výzkum Špirudové et al., kde uvedlo pouze 12 % žáků, že se dosud s daným pacientem nesetkali (Špirudová et al., 2002). Tento výzkum byl realizován již v roce 2002. V současné době, tedy více než 10 let po tomto šetření, počet cizinců v naší zemi neustále stoupá. Tím se také zvyšuje pravděpodobnost setkání žáků s pacientem s odlišnou kulturou či náboženstvím.

Znalosti žáků jsou však velmi povrchní. Žáci například měli uvést definici minoritní skupiny. V celkovém průměru všech ročníků správnou odpověď uvedlo 48 % žáků, což je méně než polovina. Správnou definici interkulturní komunikace uvedlo v průměru okolo 30 % žáků, přičemž výsledky jednotlivých ročníků se v obou otázkách lišily pouze mírně. Z výsledků statistického zpracování dat dosáhla hladina chí-kvadrát testu v otázce, kdy měli žáci určit, co znamená minoritní skupina, hladiny 3,79. V další otázce, kde žáci odpovídali na otázku, co znamená interkulturní komunikace, dosáhla hladina významnosti 3,58. Z dosažených výsledků tedy vyplývá, že žáci nevědí, co pojmy jako minoritní skupina a interkulturní komunikace znamenají.

Zajímavý je pohled samotných žáků na jejich znalosti v dané problematice. Názory žáků na své znalosti v ošetřování pacientů-cizinců se liší. Žáci 1. a 2. ročníků si myslí, že znalosti v ošetřování pacientů jiné národnosti nemají (72 %). Ve 3. a 4. ročníku si myslí pouze 18 % žáků, že takové znalosti rozhodně mají. Že znalosti spíše mají, pak uvedlo 74 % žáků ve 3. a 4. ročníku. Podobný názor mají dvě vyučující, které si myslí, že žáci mají znalosti a při setkání s daným pacientem v nemocnici vědí, jak k němu přistupovat.

Jejich znalosti tedy nejsou na takové úrovni, která by odpovídala požadavkům v praxi. Bohužel, praxí ne vždy tyto vědomosti získají. Z výsledků výzkumného šetření autorek Strakové a Scholtzové, které zjišťovaly znalosti všeobecných sester v péči o jedince různých národů a etnik, v některých otázkách vyplývá i zde nedostatečná připravenost sester na setkání s takovým pacientem. Například pouze 41,25 % všeobecných sester vědělo, která osoba může vyšetřovat muslimskou ženu (Straková, Scholtzová, 2012).

Velmi pozitivní výsledek však je v otázkách ovlivnění přístupu žáků k pacientovi podle jeho národnosti a náboženství. Většina žáků uvedla, že jejich přístup k pacientovi nijak neovlivňuje jeho národnost ani jeho náboženské vyznání.

ZÁVĚR

Ze získaných výsledků lze soudit, že problematika začlenění multikulturního ošetrovatelství do školních osnov na středních zdravotnických školách je stále aktuální. Během několika let se povědomí o dané problematice rozšířilo, avšak výuka multikulturního ošetrovatelství na školách stále není dostatečná.

Ne všichni žáci, kteří vystudují daný obor, budou pokračovat v dalším studiu na vysokých školách. Někteří tak odejdou po střední škole do zaměstnání, a pokud nemají zájem o další vzdělávání, většinou již nikde další informace nezískají. Mohou některé znalosti získávat praxí, jako v současnosti velké množství zdravotnických pracovníků. Hodně postupů, které se tak praxí naučí, nemusí být správných.

Je proto potřeba, a výsledky výzkumného šetření to dokazují, aby se multikulturnímu ošetrovatelství věnovalo na školách více prostoru. Pokud ne jako samostatnému předmětu, tak alespoň určit přesný počet hodin a formu výuky, aby všechny střední školy postupovaly ve výuce stejně a všichni žáci měli možnost tyto informace získat, ne aby to záviselo pouze na samotné škole a jejich vyučujících.

„Multikulturní výchova má smysl tam, kde je společnost multikulturní“ (Hladík, 2006, s. 6). Žijeme ve společnosti, která je multikulturní. Proto má nadále smysl usilovat o rozvoj vzdělávání žáků v této oblasti.

POUŽITÉ ZDROJE

1. Hladík, J. (2006). Multikulturní výchova: (socializace a integrace menšin). 1. vyd. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 73 s. ISBN 80-7318-424-9.
2. Kutnohorská, J. (2013). Multikulturní ošetrovatelství pro praxi. 1. vyd. Praha: Grada, 160 s. ISBN 978-80-247-4413-1.
3. Straková, J., Scholtzová, E. (2012). Znalosti všeobecných sester v péči o jedince různých národů a etnik. Florence. 8(5): 28–31. ISSN 1801-464X.
4. Špirudová, L., Bursová, J., Tomanová, D., Průchová, E. (2002). Multikulturní ošetrovatelství ve vzdělávání sester na středních a vyšších zdravotnických školách. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Lékařská fakulta. Pedagogická fakulta. [online] [cit. 2014-10-01]. Dostupné z: http://www.eifzvip.cz/dokumenty/elektronicka_knihovna/osetrovatelstvi_vzdelavani.pdf

Kontakt:

Kristýna Toumová, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta

 toumovakristyna@seznam.cz

Za věcnou a jazykovou správnost díla odpovídají autoři.

**SBORNÍK PŘÍSPĚVKŮ
ze Studentské vědecké konference
František Dolák (editor)**

Vydavatel: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Sazba: Zuzana Straková

Tisk: Typodesign, s. r. o., České Budějovice

1. vydání 2014

Náklad: 50 kusů

96 stran

ISBN 978-80-7394-494-0