



**ELEKTRONICKÝ, RECENZOVANÝ, VEDECKO-ODBORNÝ ČASOPIS
PRE OŠETROVATEĽSTVO**



2014
Ročník 4, číslo 1
ISSN 1338-6263

Predseda redakčnej rady

doc. Mgr. Katarína Žiaková, PhD.

Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave

Redakčná rada

Mgr. Ivana Bóriková, PhD.

Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave

Mgr. Radka Bužgová, Ph.D.

Lékařská fakulta, Ostravská univerzita v Ostravě

Mgr. Juraj Čáp, PhD.

Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave

asist. prof. Dr. Esma Demirezen

Saglik Bilimleri Fakultesi, Istanbul Universitesi, Istanbul

doc. PhDr. Ľubica Derňárová, PhD., MPH

Fakulta zdravotníckych odborov, Prešovská univerzita v Prešove

doc. Mgr. Elena Gurková, PhD.

Fakulta zdravotníckych odborov, Prešovská univerzita v Prešove

doc. PhDr. Darja Jarošová, Ph.D.

Lékařská fakulta, Ostravská univerzita v Ostravě

prof. PhDr. Mária Kilíková, PhD.

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

doc. PhDr. Jana Marečková, Ph.D.

Fakulta zdravotníckých věd, Univerzita Palackého v Olomouci

doc. PhDr. Zuzana Slezáková, PhD., MPH

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky

doc. Mgr. Martina Tomagová, PhD.

Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave

prof. PhDr. Valéria Tóthová, PhD.

Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity, České Budějovice

doc. PhDr. Gabriela Vörösová, PhD.

Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Univerzity Konštantína Filozofa v Nitre

prof. Tony Warne

School of Nursing & Midwifery, University of Salford

Zodpovední redaktori

Mgr. Ivana Bóriková, PhD.

Mgr. Juraj Čáp, PhD.

doc. Mgr. Elena Gurková, PhD.

doc. Mgr. Martina Tomagová, PhD.

Redakcia časopisu

OŠETROVATEĽSTVO: TEÓRIA, VÝSKUM, VZDELÁVANIE

Ústav ošetrovateľstva JLF UK

doc. Mgr. Katarína Žiaková, Phd.

Malá hora 5

036 01 Martin

E-mail: redakcia@osetrovatelstvo.eu

Web: <http://www.osetrovatelstvo.eu>

Vydavateľstvo Osveta, spol. s r. o., Jilemnického 57, 036 01 Martin, Slovenská republika

e-mail: farkas@vydosveta.sk

www.vydosveta.sk

© Vydavateľstvo Osveta, Martin 2014

Sadzba, reprodukcia a zalomenie Tvorivec, s.r.o. v Martine

e-mail: sokolr@tvorivec.sk

OBSAH

EDITORIÁL

Darja Jarošová 4

EFEKTIVITA VIACNÁSOBNÝCH INTERVENCIÍ NA PREVENCIU PÁDOV SENIOROV V INŠTITÚCIÁCH – APLIKÁCIA EBP V KLINICKEJ PRAXI

Renáta Zeleníková, Radka Kozáková, Darja Jarošová..... 5

PROBLEMATIKA CHRONICKE BOLESTI U DĚTÍ

Jana Chromá, Lucie Sikorová 10

PREDIKTORY POSTOJOV SESTIER K AGRESII PACIENTOV

Monika Kačmárová*, Elena Gurková**, Lucia Čelovská*, Alexandra Rendeková** 16

DOPADY TĚLESNÉHO POSTIŽENÍ DÍTĚTE NA PSYCHICKOU POHODU RODIČŮ

Jana Kučová, Lucie Sikorová 24

VPLYV POHLAVIA A OSOBNOSTI NA ZVLÁDANIE ZÁŤAŽE U PACIENTOV S CHRONICKOU PANKREATITÍDOU

Andrea Solgajová, Gabriela Vörösová, Dana Zrubcová 31

A VISION FOR DYSPHAGIA SCREENING BY NURSES

Petra Mandysová 37

KOŽUCHOVÁ, M. ET AL. DOMÁCA OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ – RECENZIA

Lucie Sikorová..... 42

EDITORIÁL

Vážení čtenáři,

dovolte mi, abych se s Vámi podělila o své úvahy nad problematikou publikování v ošetrovatelství. Na univerzitách a vysokých školách patří vědeckovýzkumná činnost, včetně publikační činnosti, mezi žádoucí aktivity akademických pracovníků. Ošetrovatelství je v kontextu vědních oborů jednou z nejmladších disciplín v České i Slovenské republice. Vzhledem k relativně krátké historii spatřujeme rezervy oboru zejména v oblasti výzkumné a s ní související publikační činnosti. Suficientní výzkumná činnost má negativní vliv na počet a kvalitu publikačních výstupů s ošetrovatelskou problematikou.

V posledních letech se zpřísnily hodnotící kritéria vysokoškolských vzdělávacích institucí včetně požadavků na vysokoškolské pedagogy. Na tyto změny reagovala akademická ošetrovatelská komunita výrazným navýšením publikačních aktivit (např. v ČR se za poslední dva roky zvýšil pětinasobně počet publikovaných článků v časopisech s impact factorem vzhledem k průměru za předchozích deset let). Skokově zvyšovaný počet publikačních výstupů bez solidní vědeckovýzkumné báze sebou přináší mimo jiné riziko, že je poměrně často upřednostňována kvantita před kvalitou. Například v posledních letech došlo k výraznému navýšení počtu slovenských příspěvků publikovaných v českých odborných časopisech, které však nebývají vždy recenzované, a tím může být zpochybněna vědecká kvalita článků, jakkoliv se za „vědecké“ pokládají. Takové publikační výstupy mohou zpětně „škodit“ mladé a nezralé disciplíně, zejména v éře využívání důkazů z publikovaných výzkumů (praxe založená na důkazech).

Publikování je důležité pro rozvoj vědy a konkrétního oboru - diseminací nových poznatků a důkazů, předáváním zkušeností z praxe. Publikování je důležité také pro samotného autora - přináší osobní uspokojení, profesní uznání, sdílení osobních zkušeností a znalostí. Vhodný časopis by měl autor vyhledat podle typu a zaměření svého rukopisu tj. prostudovat domovskou stránku časopisu, přečíst si některé abstrakty a články. Pro publikování „akademických“ článků v rámci České a Slovenské republiky lze obecně doporučit dva slovenské časopisy (Ošetrovatelstvo: teória, výskum, vzdelávanie; Ošetrovatelstvo a pôrodná asistencija) a čtyři české časopisy (Kontakt; Profese online; Central European Journal of Nursing and Midwifery, Journal of Nursing, Social Studies and Public Health). Časopisy jsou online dostupné, všechny články prochází anonymní recenzí dvou nezávislých odborníků z oboru. V dalších odborných ošetrovatelských časopisech (např. Florence; Ošetrovatelský obzor; Ošetrovatelská péče; Sestra; Zdravotnicke štúdie) je vhodné publikovat převážně prakticky zaměřené příspěvky, jako jsou např. inovace a nové techniky v klinické praxi, případové studie, příklady dobré praxe v ošetrovatelské péči. Tyto časopisy nejsou zpravidla online volně dostupné a nezajišťují oboustranně anonymní recenzní řízení.

Psaní článků je časově náročný proces vyžadující hlubokou znalost řešené problematiky a důsledné nastudování aktuální relevantní literatury. Pro ošetrovatelství, stejně jako pro jiné obory, je však publikování nezbytné při šíření nových poznatků z výzkumů, praxe a vzdělávání.

Vážení čtenáři a potenciální autoři, přeji vám mnoho sil při psaní článků a otevřenost k novým nápadům a inspiracím.

doc. PhDr. Darja Jarošová, Ph.D.

Ostravská univerzita,
Lékařská fakulta,
Ústav ošetrovatelství a porodní asistence

EFEKTIVITA VIACNÁSOBNÝCH INTERVENCIÍ NA PREVENCIU PÁDOV SENIOROV V INŠTITÚCIÁCH – APLIKÁCIA EBP V KLINICKEJ PRAXI

Renáta Zeleníková, Radka Kozáková, Darja Jarošová

Ostravská univerzita, Lékařská fakulta, Ústav ošetrovateľství a porodní asistence

Abstract

ZELENÍKOVÁ, R. – KOZÁKOVÁ, R., – JAROŠOVÁ, D. Effectiveness of multiple interventions for preventing falls in the elderly in institutions – application of EBP in clinical practice. In Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie [online], 2014, vol. 4, no. 1, pp. 5-9. Available on: <http://www.osetrovateľstvo.eu/archiv/2014-rocnik-4/cislo-1/efektivita-viacnasobnych-intervencii-na-prevenciu-padov-seniorov-v-instituciach-aplikacia-ebp-v-klinickej-praxi>.

Aim: The aim of the paper is to find out the effectiveness of multiple interventions for preventing falls in the elderly in institutions.

Methods: This is a review study. The electronic databases PubMed and Science Direct were searched for primary studies with the highest level of evidence (randomized controlled trials), published from 2004 to 2013, using the key words accidental fall, fall, elderly, and prevention.

Results: This review includes seven randomized controlled trials. Out of seven analysed randomized controlled studies the results of three studies confirmed the effectiveness of multiple interventions for preventing falls in the elderly. All three studies were realized in hospitals. Effective multiple interventions for preventing falls in elderly in institutions include mainly assessment of risk factors, education, medication review, environmental modification.

Conclusion: Evidence to support the effectiveness of interventions for preventing falls in the elderly in institutions is inconsistent. There is some evidence from randomized controlled trials to support multiple interventions for preventing falls in the hospitalized elderly.

Keywords: falls in elderly, prevention, institutions, multiple interventions

ÚVOD

Implementácia praxe založenej na dôkazoch prispieva k zlepšeniu výsledkov pacientov, zlepšeniu kvality poskytovanej starostlivosti a zvýšeniu spokojnosti členov multidisciplinárneho tímu. Jedným z významných sledovaných indikátorov kvality starostlivosti je výskyt pádov pacientov v zdravotníckych zariadeniach. Ľudia nad 65 rokov majú vyššie riziko pádu, pričom 30 % populácie nad 65 rokov a až 50 % ľudí nad 80 rokov spadne minimálne jedenkrát ročne (NICE, 2013, s. 5). Pády a zranenia spôsobené pádmi sú závažným problémom seniorov v domácom prostredí a tiež v inštitucionálnej starostlivosti. Súčasné výskumy overujúce intervencie na prevenciu pádov seniorov sa zameriavajú na jednotlivé (napr. Bouwen et al., 2008; Burleigh et al., 2007) a tiež na viacnásobné intervencie (napr. Ang et al., 2011; Stenvall et al., 2007). Kým jednotlivé intervencie zahŕňujú napr. nácvik rovnováhy, cvičenie, podávanie vitamínu D, používanie chráničov bedier a pod., viacnásobné intervencie sú kombináciou niekoľkých jednotlivých intervencií usporiadaných do komplexného programu prevencie pádov seniorov. Viacnásobné intervencie bývajú označované aj ako mnohonásobné (*multiple*), mnohostranné (*multifaceted*), multifaktoriálne (*multifactorial*) alebo multidisciplinárne (*multidisciplinary*). Multifaktoriálne intervencie vychádzajú z predpokladu, že pády majú multifaktoriálnu etiológiu, a preto aj preventívne opatrenia musia byť zamerané na viaceré faktory.

U hospitalizovaných pacientov vyššieho veku s rizikom pádu sa podľa nových odporúčaní britského *National Institute for Health and Care Institute* (NICE) z roku 2013 odporúča multifaktoriálne posúdenie s následnými multifaktoriálnymi intervenciami (NICE, 2013, s. 11). Zaujímalo nás preto, aká je efektivita viacnásobných intervencií na prevenciu pádov seniorov v inštitúciách.

CIEĽ PRÁCE

Cieľom práce bolo zistiť efektivitu viacnásobných intervencií na prevenciu pádov seniorov v inštitúciách, t. j. nemocniciach a zariadeniach dlhodobej starostlivosti.

METODIKA

Práca má charakter prehľadovej štúdie. Prehľad vychádza z randomizovaných kontrolovaných štúdií, ktoré overovali efektivitu viacnásobných intervencií na prevenciu pádov seniorov v inštitúciách. Primárne štúdie s najvyššou silou dôkazu boli vyhľadávané v databázach PubMed a Science Direct pri použití kľúčových slov: *accidental fall*, *fall*, *elderly*, *prevention*.

Do prehľadu boli zaradené štúdie, ktoré splnili nasledujúce zaraďujúce kritéria: vek participantov: nad 65 rokov; typ štúdie: randomizované kontrolované štúdie (RCTs); typ intervencie: viacnásobné, multifaktoriálne intervencie zamerané na prevenciu pádov seniorov; prostredie: inštitúcie – nemocnice a zariadenia dlhodobej starostlivosti; jazyk štúdie: anglický. Štúdie boli vyhľadávané v období rokov 2004 – 2013. Z prehľadu boli vyradené štúdie, ktoré skúmali efekt jednotlivých intervencií a štúdie, ktoré boli realizované v domácom alebo komunitnom prostredí, príp. štúdie iného typu.

VÝSLEDKY A INTERPRETÁCIA

Do prehľadu bolo zaradených 7 randomizovaných kontrolovaných štúdií (RCTs), z toho 4 RCTs overovali efektívnosť viacnásobných intervencií na prevenciu pádov seniorov v nemocniciach (tab. 1) a 3 RCTs v zariadeniach dlhodobej starostlivosti (tab. 2). Dve štúdie mapovali intervencie v austrálskom prostredí, ostatné štúdie boli realizované v Singapure, na Novom Zélande, vo Veľkej Británii, Švédsku a Holandsku. Zo siedmich skúmaných štúdií sa v troch štúdiách ukázali viacnásobné intervencie ako efektívne vo vzťahu k počtu pádov, pričom všetky 3 štúdie boli realizované v nemocničnom prostredí.

Tab. 1. Prehľad štúdií prezentujúcich viacnásobné intervencie na prevenciu pádov seniorov v nemocniciach

Autor, rok	Intervencia	Súbor pacientov	Intervenčná skupina	Kontrolná skupina	p
Ang, Mordiffi, Wong, 2011	Viacnásobné ciele intervencie (na základe posúdenia rizikových faktorov) s edukáciou + štandardná starostlivosť	Pacienti singapurskej nemocnice so zvýšeným rizikom pádu	n = 910 Počet pádov: 4	n = 912 Počet pádov: 14	0,018
Cumming et al., 2008	Viacnásobné intervencie (edukácia, modifikácia prostredia, cvičenie)	Pacienti z 24 geriatrických oddelení 12 austrálskych nemocníc	n = 2047 Počet pádov: 73	n = 1952 Počet pádov: 58	0,96
Haines et al., 2004	Multifaktoriálny program prevencie pádov (upozornenia, cvičenie, edukácia, chrániče bedier) + bežná starostlivosť	Pacienti austrálskej nemocnice so zameraním na rehabilitačnú a geriatrickú starostlivosť	n = 310 Počet pádov: 105	n = 316 Počet pádov: 149	0,045
Stenvall et al., 2007	Pooperačný multidisciplinárny program prevencie pádov: 4-dňové školenie, tímová práca, individuálne plánovanie starostlivosti, systematické posúdenie, prevencia a liečba komplikácií, výživa, rehabilitácia	Pacienti so zlomeninou krčka femuru na ortopedickom a geriatrickom oddelení švédskej nemocnice	n = 102 Počet pádov: 18 Počet pacientov s pádom: 12	n = 97 Počet pádov: 60 Počet pacientov s pádom: 26	0,007

Viacnásobné intervencie v nemocničnom prostredí obsahovali nasledujúce komponenty: posúdenie rizikových faktorov pádov, edukácia, individuálne plánovanie starostlivosti, modifikácia prostredia, cvičenie.

Významným prvkom viacnásobných intervencií vo všetkých skúmaných štúdiách bola edukácia. V štúdií Ang et al. (2011) bola edukácia zameraná na viacnásobné intervencie odvodené podľa individuálneho posúdenia pacienta. Cieľom edukácie bolo zvýšiť povedomie pacientov o riziku pádu počas hospitalizácie a tiež poskytnúť stratégie redukujúce špe-

cifické riziká. U pacientov so zmätenosťou a v delíriu bola edukácia realizovaná u rodinných príslušníkov. Štandardná starostlivosť obsahovala posúdenie rizika pádu, identifikáciu pacientov s rizikom pádu zeleným identifikačným náramkom, umiestnenie signalizačného zariadenia a nočného stolíka v blízkosti pacienta, zdvihnuté bočnice postele a zníženie postele. Tento program mal štatisticky významný vplyv na zníženie počtu pádov.

Edukácia bola súčasťou viacnásobných intervencií aj u autorov Cumming et al. (2008). Edukácia bola realizovaná u pacientov a ich rodín. Okrem edukácie bola súčasťou viacnásobných intervencií modifikácia prostredia, zvýšený dohľad nad pacientmi s rizikom pádu, konzultácia s ostatnými členmi tímu ohľadom úpravy medikácie, manažmentu zmätenosti a problémov s nohami, zaistenie pomôcok uľahčujúcich chôdzu, individuálne a skupinové cvičenie vedené fyzioterapeutom na zlepšenie rovnováhy, edukácia personálu o bezpečnosti pohybu na oddelení. Podľa zistených výsledkov program nevedel k zníženiu počtu pádov u seniorov s krátkou dobou hospitalizácie.

Viacnásobné intervencie v štúdií Haines et al. (2004) tvorili 4 skupiny intervencií: upozornenia – karty s upozornením umiestnené nad čelom postele pacienta; cvičebný program – 3x týždenne 45 minút: cvičenie obsahujúce princípy Tai Chi v kombinácii s funkčnými aktivitami ako presuny, chôdza, posilňovanie; edukačný program – 2x týždenne 30 minút v 4 opakujúcich sa cykloch, aby sa účastníci mohli zúčastniť edukačného programu opakovane, edukačný manuál popisujúci problematiku pádov v nemocnici a ako im predchádzať; chrániče bedier. Bežná starostlivosť zahŕňovala posúdenie – 1x týždenne, rehabilitáciu a ergoterapiu v pracovné dni – 1 hodinu denne, 24 hodinovú asistenciu. Tento program mal štatisticky významný vplyv na zníženie počtu pádov.

Dobre prepracovaný multidisciplinárny a multifaktoriálny program prevencie pádov seniorov v pooperačnom období prezentujú švédski autori Stenvall et al. (2007). Program zahŕňal nasledujúce prvky: usporiadanie oddelenia (1 – 2 posteľové izby), personálne vybavenie (1,04 sestra alebo asistent/lôžko, 2 fyzioterapeuti, 2 ergoterapeuti, 0,2 nutričný terapeut), edukácia personálu (4-dňové školenie zamerané na starostlivosť, rehabilitáciu, tímovú prácu, prevenciu pooperačných komplikácií vrátane pádov), spolupráca členov multidisciplinárneho tímu, individuálne plánovanie starostlivosti, prevencia a liečba komplikácií, výživa, rehabilitácia (napr. včasná mobilizácia – prvých 24 hodín po operácii). Uvedený program sa ukázal ako efektívny v prevencii pádov u seniorov po operácii zlomeniny krčka stehennej kosti (Stenvall et al., 2007, s. 172).

Tab. 2. Prehľad štúdií prezentujúcich viacnásobné intervencie na prevenciu pádov seniorov v zariadeniach dlhodobej starostlivosti

Autor, rok	Intervencia	Súbor pacientov	Intervenčná skupina	Kontrolná skupina	p
Dyer et al., 2004	Multifaktoriálny program prevencie pádov – nácvik chôdze a rovnováhy, edukácia personálu, kontrola medikácie, úprava prostredia, podiatrické a očné posúdenie	Seniori v 20 britských domovoch pre seniorov	n = 102 Počet pacientov s pádom: 56 Počet pádov: 2,2/osobu/rok	n = 94 Počet pacientov s pádom: 51 Počet pádov: 4/osobu/rok	0,27
Kerse et al., 2004	Program managementu rizika pádov – koordinátor, posúdenie rizika pádov, označenie vysoko rizikových pacientov, cieľový plán starostlivosti, manuál zahŕňajúci preventívne stratégie	Pacienti v 14 domovoch pre seniorov na Novom Zélande	n = 309 Počet pádov: 863 (4,1/osobu)	n = 238 Počet pádov: 436 (2,3/osobu)	<0,018 ¹
Neyens et al., 2009	Posúdenie rizika pádu, všeobecné a špecificky zamerané intervencie	Pacienti na gerontopsychiatrickom oddelení v 12 holandských zariadeniach ošetrovateľskej starostlivosti	n = 249 Počet pádov: 2,09/osobu/rok	n = 269 Počet pádov: 2,54/osobu/rok	n.s. ²

Legenda: n.s. – nesignifikantný, ¹ – vyšší počet pádov v intervenčnej skupine, ² – ďalšia analýza podskupín pacientov ukázala signifikantný efekt programu

Viacnásobné intervencie v zariadeniach dlhodobej starostlivosti obsahovali nasledujúce komponenty: posúdenie rizikových faktorov pádov, očné a podiatrické posúdenie, identifikácia vysoko rizikových pacientov, edukácia, edukácia personálu, nácvik chôdze a rovnováhy, kontrola medikácie, úprava prostredia. Ani v jednej z uvedených štúdií viacnásobné intervencie nemali vplyv na zníženie počtu pádov seniorov. Dokonca v štúdií autorov Kerse et al. (2004) bol v intervenčnej skupine zaznamenaný signifikantne vyšší počet pádov než v kontrolnej skupine. Podľa interpretácie samotných autorov novozélandskej štúdie (Kerse et al., 2004) intervencie nízkej intenzity viedli dokonca k horším výsledkom ako žiadne intervencie. Ako ďalej uvádzajú jedným z dôvodov neúspechu overovaných intervencií by mohol byť nedostatok personálu. Personál, ktorý bol zapojený do implementácie programu prevencie pádov, sa nemohol venovať dostatočne svojim bežným činnostiam (Kerse et al., 2004, s. 529). Z toho je možné usudzovať, že implementovať program prevencie pádov bez poskytnutia dostatočných zdrojov môže paradoxne zvýšiť počet pádov.

Nevýhodou plánovania multifaktoriálnych intervencií prevencie pádov hospitalizovaných seniorov je obmedzený čas hospitalizácie, ktorý môže byť limitujúcim faktorom realizácie niektorých intervencií vyžadujúcich dlhší čas. Ďalšou možnou prekážkou je prioritné zameranie činnosti multidisciplinárneho tímu na diagnosticko-terapeutický proces, nedostatočné personálne zaistenie starostlivosti.

Podľa NICE (2013, s. 20) multifaktoriálne intervencie prevencie pádov seniorov v nemocnici môžu byť plánované len v prípade, že ich je možné realizovať v predpokladanej dobe hospitalizácie a sú cieleňé na rizikové faktory ovplyvniteľné v priebehu hospitalizácie. Multifaktoriálne alebo viacnásobné intervencie prevencie pádov seniorov sú zahrnuté aj v uznávaných klinických odporúčaných postupoch (napr. NICE, 2013; MOH, 2005). Intervenciám musí predchádzať dôkladné posúdenie. Multifaktoriálne posúdenie by malo zaručiť identifikáciu individuálnych rizikových faktorov pádov, ktoré môžu byť v priebehu hospitalizácie korigované, príp. odstránené. Ide napr. o kognitívne poruchy, problémy s kontinenciou, anamnéza pádu (vrátane príčin a následkov – poranenie, strach z pádu), chýbajúca, príp. nevhodná obuv, zdravotné problémy zvyšujúce riziko pádu, medikácia, posturálna nestabilita, problémy s mobilitou, problémy s rovnováhou, synkopa, zrakové postihnutie (NICE, 2013, s. 20). Klinický odporúčaný postup zo Singapuru (MOH, 2005) uvádza, že program prevencie pádov by mal byť zložený z multifaktoriálnych intervencií zahŕňajúcich všeobecné a špecificky zamerané intervencie a edukáciu. Do programu prevencie pádov by mali byť začlenení všetci členovia multidisciplinárneho tímu. Medzi všeobecné intervencie je možné zaradiť bezpečnosť prostredia a kontrolu zariadenia. Za individuálne – špecificky zamerané intervencie sa považujú zvýšený dohľad rizikových pacientov, poskytovanie asistencie pacientom s rizikom pádu, intervencie zamerané na pacientov s narušeným kognitívnym stavom a poruchou vylučovania, prehodnotenie medikácie, cieleňý program cvičenia, analýza situácie po páde pacienta. Ďalším významným prvkom programu prevencie pádov je edukácia personálu a tiež edukácia pacienta a jeho rodiny (MOH, 2005).

Napriek tomu, že nie vo všetkých skúmaných štúdiách boli viacnásobné intervencie efektívne a navyše sa v jednotlivých štúdiách odlišovali, a preto neposkytujú jednotný model prevencie pádov seniorov v inštitúciách, je možné pre klinickú prax odporúčať multifaktoriálne posúdenie rizika pádu s následne individuálne stanoveným plánom multifaktoriálnych intervencií prevencie pádov u hospitalizovaných seniorov.

Podľa NICE odporúčaní úspešný multifaktoriálny program by mal zahŕňať nasledujúce špecifické prvky: cvičenie na posilnenie rovnováhy a sily, posúdenie rizík prostredia a následné intervencie, posúdenie zraku a následné odporúčanie, prehodnotenie medikácie s následnou úpravou medikácie (NICE, 2013, s. 14).

ZÁVĚR

Súčasný dôkaz na podporu viacnásobných intervencií na prevenciu pádov seniorov v inštitúciách sú nekonzistentné. Na základe skúmaných štúdií existujú určité dôkazy z randomizovaných kontrolovaných štúdií na podporu viacnásobných intervencií prevencie pádov seniorov v nemocnici, zatiaľ čo dôkazy z randomizovaných kontrolovaných štúdií na podporu viacnásobných intervencií prevencie pádov seniorov v zariadeniach dlhodobej starostlivosti sú nedostatočné. Efektívne viacnásobné intervencie na prevenciu pádov seniorov v inštitúciách zahŕňujú predovšetkým posúdenie rizikových faktorov, edukáciu, kontrolu medikácie a úpravu prostredia. Ďalšie výskumy by mali byť zamerané na overovanie dobre naplánovaných multifaktoriálnych intervencií prevencie pádov seniorov v inštitúciách.

Príspevok vznikol v rámci projektu IGA MZČR NT/14502 Vývoj a implementace klinického doporučeného postupu prevence pádu hospitalizovaných pacientů.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

- ANG, E. – MORDIFFI, S.Z. – WONG, H.B. 2011. Evaluating the use of a targeted multiple intervention strategy in reducing patient falls in an acute care hospital: a randomized controlled trial. In *Journal of Advanced Nursing*, 2011, vol. 67, no. 9, pp. 1984-1992.
- BOUWEN, A. – DE LEPELEIRE, J. – BUNTINX, F. 2008. Rate of accidental falls in institutionalised older people with and without cognitive impairment halved as a result of a staff-oriented intervention. In *Age and Ageing*, 2011, vol. 37, no. 3, pp. 306-310.
- BURLEIGH, E. – MCCOLL, J. – POTTER, J. 2007. Does vitamin D stop inpatients falling? A randomised controlled trial. In *Age and Ageing*, 2007, vol. 36, no. 5, pp. 507-513.
- CUMMING, R.G. et al. 2008. Cluster randomised trial of a targeted multifactorial intervention to prevent falls among older people in hospital. In *BMJ*, 2008, vol. 335, no. 7647, pp. 758-760.
- DYER, C.A. et al. 2004. Falls prevention in residential care homes: a randomised controlled trial. In *Age and Ageing*, 2004, vol. 33, no. 6, pp. 596-602.
- HAINES, T.P. – BENNELL, K.L. – OSBORNE, R.H. – HILL, K.D. 2004. Effectiveness of targeted falls prevention programme in subacute hospital setting: randomised controlled trial. In *BMJ*, 2004, vol. 328, no. 7441, pp. 676.
- KERSE, N. – BUTLER, M. – ROBINSON, E. – TODD, M. 2004. Fall prevention in residential care: a cluster, randomized, controlled trial. In *Journal of American Geriatric Society*, 2004, vol. 52, no. 4, pp. 524-531.
- MOH (Ministry of Health, Singapur). 2005. *Prevention of falls in hospitals and long term care institutions. Nursing clinical practice guidelines*. [online]. Singapur, 2005. [cit. 2014-02-18]. Dostupné na internete: https://www.moh.gov.sg/content/dam/moh_web/HPP/Nurses/cpg_nursing/2005/prevention_of_falls_in_hosp_ltc_institutions.pdf.
- NEYENS, J.C. et al. 2009. A multifactorial intervention for the prevention of falls in psychogeriatric nursing home patients, a randomised controlled trial (RCT). In *Age and Ageing*, 2009, vol. 38, no. 2, pp. 194-199.
- NICE. National Institute for Health and Care Excellence. 2013. *Falls. Assessment and prevention of falls in older people. NICE clinical guideline 161*. [online]. 2013. 315 p. [cit. 2014-02-18]. Dostupné na internete: <https://guidance.nice.org.uk/CG161>.
- STENVALL, M. et al. 2007. A multidisciplinary, multifactorial intervention program reduces postoperative falls and injuries after femoral neck fracture. In *Osteoporos International*, 2007, vol. 18, no. 2, pp. 167-175.

KONTAKT

PhDr. Renáta Zeleníková, PhD.

Ústav ošetrovateľství a porodní asistence, LF OU
Syllabova 19
703 00 Ostrava
Česká republika
e-mail: renata.zelenikova@osu.cz

Prijaté: 7. 3. 2014

Akceptované: 1. 4. 2014

PROBLEMATIKA CHRONICKE BOLESTI U DEŤÍ

Jana Chromá, Lucie Sikorová

Ostravská univerzita, Lékařská fakulta, Ústav ošetrovateľství a porodní asistence

Abstract

CHROMÁ, J. – SIKOROVÁ, L. Issues of chronic pain in children. In Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie [online], 2014, vol. 4, no. 1, pp. 10-15. Available on: <http://www.ošetrovateľstvo.eu/archiv/2014-rocnik-4/cislo-1/problematika-chronicke-bolesti-u-deti>.

Aim: The aim of the review was to analyse the found professional, scientific contributions to the issue of chronic pain in adolescents and determine the impact of chronic pain on the daily lives of adolescents.

Methodology: Electronic licensed and freely accessible databases (Medline, ProQuest, Google, Google Scholar, Web of Science, Springer, Blackwell, Willey, Science Direct, Cochrane Collaboration) were used to obtain data. The condition for inclusion literary papers / research in the analysis was the publication of research results in the period 2004-2014 in Czech, Slovak or English language. Analysis of the evidence was made by the methodology of the Levels of evidence, which ranks studies according to specific criteria in seven categories. In the selection of the present paper were included evidence level I, II and III.

Results: Criteria selected met 11 studies. From the findings of these studies is evident impact of chronic pain on the many needs of adolescents.

Conclusion: Chronic pain conditions have a significant impact on the daily lives of adolescents. There are limitations both in terms of physical, mental, and social.

Keywords: impact, chronic pain, adolescent

ÚVOD

Chronická bolesť je v súčasnej dobe veľkým zdravotníckym problémom. Až 19 % evropskej populácie trpí chronickou bolesťou a 40 – 60 % pacientů nemá dostatečnú úľavu od bolesti (Nosková, 2010, s. 200). Deklarácia Európskej algeziologickej federácie (*European Federation of IASP Chapters – EFIC*) hovorí o chronickej bolesti ako o dôležitom probléme zdravotníctví a samostatným ochorením vo vlastných slovach: „Bolesť je dôležitý zdravotnícky problém v Európe. Akútna bolesť môže byť považovaná za symptóm ochorenia či úrazu, chronická a opakujúca sa bolesť je špecifickým zdravotníckym problémom, je samostatným ochorením.“ (Nosková, 2010, s. 200). V literatúre je chronická bolesť definovaná ako bolesť trvajúca dlhšie než 3 – 6 mesiaců (Rokyta, 2009, s. 34; Doležal, 2008, s. 3; Nosková, 2010, s. 200). Za chronickou je treba považovať bolesť i pri kratšom trvaní, pokiaľ prešahuje dobu pre dané ochorenie či poruchu obvyklou. Táto bolesť nemá žiadnu biologicky užitočnú funkciu a je zdrojom telesných, duševných i sociálnych útrap. Je významným problémom mnoha deťí i dospievajúcich (Perguin, et al., 2000b, s. 229; Jordan, et al., 2005, s. 5). U adolescentů má podobnú incidenciu i prevalenciu ako u dospelých (Perguin, et al., 2000b, s. 229). Odhaduje sa vliv na 20 % až 35 % deťí a dospievajúcich na celom svete (King, et al., 2011, s. 2729; Stanford, et al., 2008, s. 11). Mnozí autoři uvádějí, že ovlivňuje nejen dítě, ale i jeho rodinu (Logan, et al., 2008, s. 407; Merlijn, et al., 2006, s. 306; Roth-Isigkeit, et al., 2005, s. 152). Typickým prejavom pacienta dlhodobě trpícího chronickou bolesťou je bolestivé chovánie, ktoré je nevedomé a lze považovať za objektívne pozorovateľné a kvantifikovateľné prejav bolesti. Zjevnými prejavmi sú bolestivé grimasy, vzdychánie, pláč, kulhánie, zaujímanie rôznych úľavových poloh (Rokyta, 2009, s. 35). Chronická bolesť predstavuje samostatnú nozologickú jednotku a je súčasťou širšieho fenoménu stresu. Niektoré príznaky provádzajúcej chronickou bolesťou nemôžeme od stresu oddeliť. Nejenže bolesť vyvoláva stres, ale stres môže naopak pôsobiť bolesťou. (Rokyta, 2010). Bylo rozpoznáno, že chronická bolesť má negatívny vliv na kvalitu života, predovšetkým vo fyzickej a emocionálnej oblasti, školní aktivitě a celkové tělesné pohodě (Merlijn, et al., 2006, s. 306; Roth-Isigkeit, et al., 2005, s. 152). Chronická bolesť má také podstatný vliv na spánek, kterému bylo věnováno množství studií (Bloom, et al., 2002, s. 169; Miller, et al., 2003, s. 362; Hargrave, et al., 2003, s. 846; Haim, et al., 2004, s. 677). Výsledky studií prokázaly, že adolescenti mají potíže s usínáním, objevuje se u nich časté noční probouzení, časně ranní vstávání a nadměrná denní ospalost (Palermo, et al., 2005, s. 201)

Obecně se stále více uznává, že psychosociální faktory hrají důležitou roli u vzniku a vývoje chronickej bolesti (Asbjorn, 2010, s. 124)

CÍL PRÁCE

Cílem přehledové studie bylo zjistit dopad chronickej bolesti na adolescenta v bio-psycho-sociální oblasti.

Výzkumná otázka: Jaký dopad má chronická bolesť na adolescenta v bio-psycho-sociální oblasti?

METODIKA

Pro vyhledání relevantních zdrojů, které se věnují stanovené problematice, byly použity české i zahraniční elektronické databáze (Bibliographia Medica Českoslovasca, MEDLINE, ProQuest, Web of Science, Springer, Blackwell, Willey, Science Direct a vyhledávače Google, Google Scholar). Podmínkou zařazení studií/výzkumných šetření do naší práce bylo publikování výsledků/důkazů v období 2004 – 2014. Pro vyhledávání byla zvolena tato klíčová slova: v českém jazyce: dopad – chronická bolest – adolescent, a v jazyce anglickém: impact – chronic – pain – adolescent, v kombinaci s Booleovskými operátory AND a OR. Hodnocení nalezených důkazů bylo realizováno dle tabulky úrovně důkazů (tab. 1), kde autorky (Fineout-Overholt, Johnston, 2005) rozdělují sedm specifických kategorií studií. Do výběru naší práce byly zařazeny důkazy úrovně I, II a III, studie dokumentující výsledky v českém, slovenském nebo anglickém jazyce a plné texty článků.

VÝSLEDKY

Epidemiologické údaje o výskytu chronické bolesti u dětí a adolescentů ukazují, že 25 % dětí trpí chronickou nebo opakující se bolestí (Perquin et al., 2000a, s. 51). Pro analýzu relevantních studií jsme dohledali dostatek výzkumů věnující se problematice chronické bolesti u adolescentů. Zvolená kritéria splňovalo 11 studií (tab. 2). Ze závěrů těchto studií je patrný vliv chronické bolesti na mnohé potřeby adolescenta. Opakující se epizody bolesti či chronické bolestivé stavy mají často významný dopad na každodenní život dětí i adolescentů. Nejčastěji se objevují problémy v psychosociální oblasti (školní absence, sociální izolace, úzkost, deprese), v oblasti fyzické aktivity a spánku (tab. 2).

Tab. 2. Dopad chronické bolesti na každodenní činnosti adolescenta

Autor	Rok	Název studie	Počet adolescentů	Dopad chronické bolesti na adolescenta	Úroveň důkazu
Peterson, Palermo	2004	Parental reinforcement of recurrent pain: the moderating impact of child depression and anxiety on functional disability	215	Deprese 43% Úzkost 31%	III.
Roth-Isigkeit, et al.	2005	Pain Among Children and Adolescents: Restrictions in Daily Living and Triggering Factors	622	Poruchy spánku 54% Omezení fyzické aktivity 53% Stravovací problémy 51% Školní absence 49% Sociální izolace 47%	III.
Palermo, Kiska	2005	Subjective Sleep Disturbances in Adolescents With Chronic Pain: Relationship to Daily Functioning and Quality of Life	86	Poruchy spánku 53% Omezení fyzické aktivity 12% Deprese 49%	III.
Eccleston, et al.	2005	The Bath Adolescent Pain Questionnaire (BAPQ): Development and preliminary psychometric evaluation of an instrument to assess the impact of chronic pain on adolescents.	222	Omezení fyzické aktivity 26% Sociální izolace 28% Rodinná funkce 33% Deprese 21% Úzkost 20% Vývoj adolescenta 45%	III.

Konijnenberg, et al.	2005	Children with unexplained chronic pain: substantial impairment in everyday life.	149	Poruchy spánku 34% Omezení fyzické aktivity 72% Školní absence 51% Sociální izolace 40%	III.
Claar, Walker	2006	Functional assessment of pediatric pain patients: Psychometric properties of the Functional Disability Inventory	596	Školní absence 41% Deprese 51%	III.
Kashikar-Zuck, et al.	2007	Social functioning and peer relationships of adolescents with juvenile fibromyalgia syndrome	110	Sociální izolace Psychosociální problémy s přizpůsobením	III.
Gauntlett-Gilbert, Eccleston	2007	Disability in adolescents with chronic pain: Patterns and predictors Gross different domains of functioning	110	Školní absence 32% Sociální izolace 44% Deprese 55% Úzkost 26%	III.
Long, et al.	2008	Brief Report: Using Actigraphy to Compare Physical Activity Levels in Adolescents with Chronic Pain and Healthy Adolescents	40	Omezení fyzické aktivity 32% Deprese 57%	III.
Hainsworth, et al.	2009	Co-occurring Chronic Pain and Obesity in Children and Adolescents: The Impact on Health-related Quality of Life	314	Omezení fyzické aktivity Školní absence Sociální izolace Úzkost Deprese	III.
Cohen, et al.	2010	The Impact of Adolescent Chronic Pain on Functioning: Disentangling the Complex Role of Anxiety	222	Omezení fyzické aktivity 13% Školní absence 13% Sociální izolace 13% Úzkost 25%	II.

Chronická bolest má dopad nejen na fyzickou aktivitu adolescenta. Dochází k omezování pohybové a tělesné aktivity, vyhýbání se kolektivním sportům, běhu, cvičení v tělocvičně, apod. (Kashikar-Zuck et al., 2002a s. 341; Palermo et al., 2000, s. 58). Adolescenti s chronickou bolestí mají subjektivně zhoršené fyzické funkce a objektivně nižší fyzickou aktivitu ve srovnání se zdravými adolescenty (Wilson et al., 2012, s. 125). Skupina 20 adolescentů s chronickou bolestí vykazovala ve studii Long et al. (2008, s. 660) nižší úroveň denní aktivity (způsobenou z důvodu chronické bolesti) než kontrolní skupina adolescentů bez bolesti. Intenzita bolesti se úzce vztahovala k funkčnímu omezení adolescenta ($p < 0,001$) avšak nevykazovala žádný vztah v souvislosti se školní docházkou či sociálním fungováním (Gauntlett-Gilbert, et al., 2007, s. 136). Riddoch et al. (2004, s. 86) uvádí, že řada studií prokazuje zvyšující se tendenci sedavého způsobu života a pokles tělesné aktivity, který je patrný především s rostoucím věkem adolescenta. Následkem je zvyšování hmotnosti a rostoucí BMI, což může opět vést ke vzniku chronické bolesti, upozorňuje také Hainsworth et al. (2009, s. 715). Děti s chronickou bolestí mají horší kvalitu života, než děti zdravé o čem svědčí množství prováděných studií. Např. ve studii Hainsworth et al. (2009, s. 715) je patrná horší kvalita života adolescentů, měřená dle Pediatric Quality of Life Inventory (v. 4.0), u obézních dětí s chronickou bolestí než u dětí s nadváhou či zdravých dětí. Autoři studií doporučují v edukaci dětí zvýšit důraz na cvičení a celkovou tělesnou aktivitu v léčbě chronické bolesti zejména u adolescentů, kteří mají dle BMI nadváhu či obezitu (Wilson, et al., 2010, s. 705). Ve studii Roth-Isigkeit et al. (2005, s. 161) více než 2/3 dotazovaných respondentů uvádí omezení v denních činnostech v důsledku chronické bolesti. Taktéž ve studii Konijnenberg et al. (2005, s. 681) si více než 80 % respondentů stěžovalo na omezení jed-

nebo více domén v každodenním životě. Objevuje se omezení v oblasti udržování sociálních kontaktů, školní docházka, účasti na zájmových kroužcích, omezení chuti k jídlu, poruchy spánku, zvýšená návštěvnost zdravotnického zařízení a vyšší konzumace léků proti bolesti. Dívky vykazovaly vyšší omezení v každodenním životě a také vyšší frekvenci užívání léků proti bolesti v porovnání s chlapci. Ke stejným závěrům dospěli i autoři švédské studie se 793 adolescenty (Fichtel, et al., 2002, s. 766), kde dívky užívaly léky proti bolesti 1 – 3x za týden. Typická je u nich také vyšší hladina úzkosti a deprese (Fichtel, et al., 2002, s. 766). Vyšší hladina úzkosti a deprese byla měřena i u adolescentů s chronickou bolestí a funkčním postižením (Peterson, et al., 2004, s. 335). Stejně tak u 104 adolescentů s juvenilním syndromem byly přítomny příznaky deprese a funkčního omezení z důvodu základního onemocnění (Kashikar-Zuck et al., 2010, s. 885).

Z výsledků výzkumu Roth-Isigkeit et al. (2005, s. 161) je častější školní absence u adolescentů s bolestmi břicha a hlavy v porovnání s adolescenty s bolestí zad. V podobné studii Newachecka a Taylora (1992, s. 364-371) byla vyšší míra zameškání školní docházky u respondentů, kteří trpěli migrénou a artritidou. 14 % adolescentů ze studie Konijnberg et al. (2005, s. 682) mělo školní absenci trvající tři a více po sobě následujících měsíců. U adolescentů s fibromyalgickým syndromem bylo zjištěno průměrně 5 zameškaných školních dnů během jednoho měsíce a s tím spojeno snížení sociálního kontaktu s vrstevníky, příp. až odmítání adolescenta ze strany vrstevníků (Kashikar-Zuck, et al., 2002, s. 412). Vztahy s vrstevníky ve školním věku jsou prediktorem pozdějšího psychosociálního nastavení jedince a narušení těchto vztahů je rizikovým faktorem pro další problémy v psychosociální oblasti (Kashikar-Zuck, et al., 2007, s. 474). Udržení sociálních vztahů a aktivit s přáteli je důležité i pro adolescenty s chronickou bolestí. Adolescenti s bolestmi hlavy a břicha mají větší problémy v sociální oblasti, než adolescenti s bolestmi končetin (Roth-Isigkeit, et al., 2005, s. 161; Konijnberg, et al., 2005, s. 682). Eccleston et al. (2005, s. 263) při porovnání skupiny adolescentů s lokalizovanou bolestí (N = 130) a generalizovanou bolestí (92) zjistil, že adolescenti s generalizovanou bolestí měli větší problémy v oblasti sociálního (p = 0,05), fyzického fungování (p = 0,001) a deprese (p = 0,005) než adolescenti s lokalizovanou bolestí. Obě skupiny se nelišily v oblasti úzkosti a fungování rodiny a vývoji. Reiter-Purtill et al. (2003, s. 17) se zaměřil na výzkum juvenilní revmatoidní artritidy a z jeho výsledků nebyl prokázán dopad chronické bolesti na sociální fungování adolescenta. Některé studie uvádějí, že adolescenti s chronickými problémy jsou více psychicky odolní a tudíž nemají hlášený významné sociální problémy (Trzepacz, et al., 2003, s. 225). V současné době se začínají objevovat také výzkumy zaměřené na problematiku poruch spánku v souvislosti s chronickou bolestí adolescenta. Subjektivní i objektivní známky poruchy spánku, jako je časté noční probouzení, denní spavost, se často objevují u dětí s chronickou bolestí v důsledku onemocnění juvenilní revmatoidní artritidou (Bloom, et al., 2002, s. 169-173; Haim, et al., 2004, s. 677). Kdežto ve studii Palerma et al. (2005, s. 58) došlo pouze k nízké korelaci mezi specifickými parametry bolesti (frekvence, intenzita) a spánkem. Další studie spojují tyto spánkové problémy především s bolestmi hlavy (Miller, et al., 20003, s. 362), při kterých dochází ke zkrácení délky spánku a problémům s usínáním. S těmito výsledky se ztotožňuje i studie Palerma et al. (2005, s. 201), kde problémy se spánkem jsou u adolescentů s bolestí hlavy spojeny navíc s depresemi, nižšími studijními výsledky a problémy s chováním. Ovšem povaha a vztahy mezi poruchami spánku a depresivními příznaky adolescentů s bolestí není zcela jasná. Poruchy spánku by mohly způsobit příznaky deprese, ovšem dle některých výzkumů by také bolest mohla způsobit depresi a mít vliv na poruchy spánku. Jak uvádí Kashikar-Zuck et al. (2002b, s. 412) deprese je důsledkem chronické bolesti. Palermo et al. (2005, s. 206) doporučuje efektivní strategie pro zlepšení spánku u dětí a dospívajících s chronickou bolestí, což může vést k významnému zlepšení jejich kvality života. Také 41 % respondentů ze studie Roth-Isigkeit et al. (2005, s. 164) uvedlo na základě chronické bolesti problémy v oblasti spánku. Intenzita těchto problémů se zvyšovala s věkem adolescenta. V nizozemské studii prováděné Konijnberg et al. (2005, s. 682) 64 % adolescentů mělo narušený spánek na týdenní bázi. S poruchami spánku pak může souviset i řada dalších faktorů ovlivňujících každodenní činnosti (fyzická výkonnost, vztahy s rodinou a vrstevníky, emocionální stav adolescenta, školní absence, apod.).

Ze závěrů naší analyzovaných studií je patrné, že chronická bolest má vliv na každodenní činnosti adolescenta. Jedná se především o omezení fyzické aktivity, poruchy spánku, sociální izolaci, zvýšenou školní absenci, depresi či úzkost.

ZÁVĚR

Námi dohledané studie zkoumaly chronickou bolest z mnoha pohledů. Ve výsledcích se objevují informace o dopadu chronické bolesti na fyzickou aktivitu adolescentů v závislosti na pohlaví, věku či lokalizaci bolesti a také o dopadu na psychosociální oblast každodenního života adolescenta.

Je důležité zlepšit znalosti v problematice bolesti u dětí a adolescentů jak u rodičů, tak i zdravotnických pracovníků. Zaměřit se na efektivní management chronické bolesti, který jim umožní aktivně prožívat běžné denní činnosti a zlepšit kvalitu jejich života, jak v oblasti fyzické, psychické, tak i sociální.

Z naší studie vyplývají následující doporučení pro praxi: pravidelně se vzdělávat ve specifické problematice dětské bolesti v rámci celoživotního vzdělávání, pochopit jak chronická bolest ovlivňuje adolescenta a jaký má dopad na jeho každodenní činnosti, zaměřit se na dopad chronické bolesti adolescenta na jeho rodinu a volit adekvátní ošetrovateľské intervence. Nezbytné je také správně, efektivně, flexibilně přistupovat k hodnocení, posuzování a tlumení bolesti u adolescentů a provádět další longitudinální výzkumy hodnotící chronickou bolest s jednotlivými proměnnými jako je úzkost, deprese, fyzická aktivita, sociální izolace, apod.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

- ASBJORN, F.O. – LILLEBA, L.B. – EYOLF, K. 2010. *Vliv psychiky na zdraví*. Praha: Grada, 2010. 240 s.
- BLOOM, B.J. et al., 2002. Sleep and its relationship to pain, dysfunction, and disease activity in juvenile rheumatoid arthritis. In *Journal of Rheumatology*, 2002, vol. 29, no. 1, pp. 169-173.
- CLAAR, R.L. – WALKER, L.S. Functional assessment of pediatric pain patients: Psychometric properties of the Functional Disability Inventory. In *Pain*, 2006, vol. 121, no. 1-2, pp. 77-84.
- COHEN, L.L. – VOWLES, K.E. – ECCLESTON, C.H. 2010. The Impact of Adolescent Chronic Pain on Functioning: Disentangling the Complex Role of Anxiety. In *Journal of Pain*, 2010, vol. 11, no. 11, pp. 1039-1046.
- DOLEŽAL, T. et al. 2008. *Bolest*. Praha: Praktik, 2008. 24 s.
- ECCLESTON, C. et al. 2004. Adolescent chronic pain: patterns and predictors of emotional distress in adolescents with chronic pain and their parents. In *Pain*, 2004, vol. 108, no. 3, pp. 221-229.
- ECCLESTON, C. et al. 2005. The Bath Adolescent Pain Questionnaire (BAPQ): Development and preliminary psychometric evaluation of an instrument to assess the impact of chronic pain on adolescents. In *Pain*, 2005, vol. 118, no. 1-2, pp. 263-270.
- FICHTEL, A. – LARSSON, B. 2002. Psychosocial impact of headache and comorbidity with other pains among Swedish school adolescents. In *Headache*, 2002, vol. 42, no. 8, pp. 766-775.
- FINEOUT-OVERHOLT, E. – JOHNSTON, L. Teaching EBP: A Challenge for Educators in the 21st Century. In *Worldviews on Evidence-based Nursing*, 2005, vol. 2, no. 1, pp. 37-39.
- GAUNTLETT-GILBERT, J. – ECCLESTON, C. 2007. Disability in adolescents with chronic pain: Patterns and predictors across different domains of functioning. In *Pain*, 2007, vol. 131, no. 1-2, pp. 132-141.
- HAIM, A. et al. 2004. Sleep patterns in children and adolescents with functional recurrent abdominal pain: Objective versus subjective assessment. In *Acta Paediatrica*, 2004, vol. 93, no. 5, pp. 677-680.
- HARGRAVE, D.R. et al. 2003. Nocturnal oxygen saturation and painful sickle cell crises in children. In *Blood*, 2003, vol. 101, no. 3, pp. 846-848.
- HAINSWORTH, K.R. et al. 2009. Co-occurring chronic pain and obesity in children and adolescents: The impact on health-related quality of life. In *Clinical Journal of Pain*, 2009, vol. 25, pp. 715-721.
- HUNFELD, J.A.M. et al. 2001. Chronic pain and its impact on quality of life in adolescents and their families. In *Journal of Pediatric Psychology*, 2001, vol. 26, no. 3, pp. 145-53.
- JORDAN, A. 2005. The impact of pediatric chronic pain on the family. In *Pediatric Pain Letter*, 2005, vol. 7, no. 1, pp. 5-8.
- KASHIKAR-ZUCK S. et al. 2002a. Depression and functional disability in chronic pediatric pain. In *Clinical Journal of Pain*, 2002a, vol. 17, no. 4, pp. 341-349.
- KASHIKAR-ZUCK S. et al. 2002b. Depression, coping, and functional disability in juvenile primary fibromyalgia syndrome. In *Journal of Pain*, 2002b, vol. 3, no. 5, pp. 412-419.
- KASHIKAR-ZUCK, S. et al. 2007. Social functioning and peer relationships of adolescents with juvenile fibromyalgia syndrome. In *Arthritis and rheumatism*, 2007, vol. 15, no. 3, pp. 474-480.
- KASHIKAR-ZUCK, S. et al. 2010. Actigraphy-based physical activity monitoring in adolescents with juvenile primary fibromyalgia syndrome. In *Journal of Pain*, 2010, vol. 11, no. 9, pp. 885-893.
- KING, S. et al. 2011. The epidemiology of chronic pain in children and adolescents revisited: A systematic review. In *Pain*, 2011, vol. 152, no. 12, pp. 2729-2738.
- KONIJNENBERG, A.Y. et al. 2005. Children with unexplained chronic pain: substantial impairment in everyday life. In *Archives of Diseases in Childhood*, 2005, vol. 90, no. 7, pp. 680-686.
- LONG, A.C. – PALERMO, T.M. – MANEES, A.M. 2008. Brief report: Using actigraphy to compare physical activity levels in adolescents with chronic pain and healthy adolescents. In *Journal of Pediatric Psychology*, 2008, vol. 33, no. 6, pp. 660-665.
- LOGAN, D.E. – SIMONS, L.E. – STEIN, M.J. et al. 2008. School Impairment in Adolescents With Chronic Pain. In *The Journal of Pain*, 2008, vol. 9, no. 5, pp. 407-416.
- MERLIJN, V. et al. 2006. Factors related to the quality of life in adolescents with chronic pain. In *Clinical Journal of Pain*, 2006, vol. 22, no. 3, pp. 306-315.
- MILLER, V.A. et al. 2003. Migraine headaches and sleep disturbances in children. In *Headache*, 2003, vol. 43, no. 4, pp. 362-368.
- NEWACHECK, P.W. – TAYLOR, W.R. 1992. Childhood chronic illness: prevalence, severity, and impact. In *American Journal of Public Health*, 1992, vol. 82, no. 3, pp. 364-371.
- NOSKOVÁ, P. 2010. Chronická bolesť, diagnostika, terapie. In *Interní medicína*, 2010, roč. 12, č. 4, s. 200-204.
- PALERMO, T.M. 2000. Impact of recurrent and chronic pain on child and family daily functioning: A critical review of the literature. In *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 2000, vol. 21, no. 1, pp. 58-69.
- PALERMO, T.M. – KISKA R. 2005. Subjective Sleep Disturbances in Adolescents With Chronic Pain: Relationship to Daily Functioning and Quality of Life. In *Journal of Pain*, 2005, vol. 6, no. 3, pp. 201-207.
- PERQUIN, C.W. et al. 2000a. Pain in children and adolescents: a common experience. In *Pain*, 2000a, vol. 87, no. 1, pp. 51-58.
- PERQUIN, C.W. et al. 2000b. Chronic Pain Among Children and Adolescents: Physician Consultation and Medication Use. In *Clinical Journal of Pain*, 2000b, vol. 16, no. 3, pp. 229-235.
- PETERSON, C.C. – PALERMO, T.M. 2004. Parental Reinforcement of Recurrent Pain: The Moderating Impact of Child Depression and Anxiety on Functional Disability. In *Journal of Pediatric Psychology*, 2004, vol. 29, no. 5, pp. 331-341.
- REITER-PURTILL J. et al. 2003. A controlled longitudinal study of the social functioning of children with juvenile rheumatoid arthritis. In *Journal of Pediatric Psychology*, 2003, vol. 28, no. 1, pp. 17-28.
- ROKYTA, R. 2009. *Bolest a jak s ní zacházet*. Praha: Grada Publishing, 2009, 174 s.
- ROKYTA, R. 2010. Bolest. In VLČEK, J. – FIALOVÁ D. *Klinická farmacie*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 295-323.

- ROTH-ISIGKEIT, A. et al. 2005. Pain among children and adolescents: Restrictions in daily living and triggering factors. In *Pediatrics*, 2005, vol. 115, no. 2, pp. 152-162.
- RIDDOCH, C.J. et al. 2004. Physical activity levels and patterns of 9- and 15-yr old European children. In *Medicina & Science & Sports & Exercise*, 2004, vol. 36, no. 1, pp. 86-92.
- STANFORD, E.A. et al. 2008. The frequency, trajectories and predictors of adolescent recurrent pain: A population-based approach. In *Pain*, 2008, vol. 138, no. 1, pp. 11-21.
- TRZEPACZ, A.M. et al. 2003. Social, emotional, and behavioral functioning of children with hemophilia. In *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 2003, vol. 24, no. 4, pp. 225-232.
- WILSON, A.C. – SAMUELSON, B. – PALERMO, T.M. 2010. Obesity in children and adolescents with chronic pain: Associations with pain and activity limitations. In *Clinical Journal of Pain*, 2010, vol. 26, no. 8, pp. 705-711.

KONTAKT

Mgr. Jana Chromá

Ústav ošetrovateľství a porodní asistence, LF OU
Syllabova 19
703 00 Ostrava
Česká republika
e-mail: janachroma@centrum.cz

Prijaté: 17. 3. 2014

Akceptované: 1. 4. 2014

PREDIKTORY POSTOJOV SESTIER K AGRESII PACIENTOV

Monika Kačmárová*, Elena Gurková**, Lucia Čelovská*, Alexandra Rendeková**

* Prešovská univerzita v Prešove, Filozofická fakulta, Inštitút psychológie

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

Abstract

KAČMÁROVÁ, M. – GURKOVÁ, E. – ČELOVSKÁ, L. – RENDEKOVÁ, A. Predictors of attitudes of nurses towards patient aggression. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2014, vol. 4, no. 1, pp. 16-23. Available on: <http://www.ošetrovateľstvo.eu/archiv/2014-rocnik-4/cislo-1/prediktory-postojov-sestier-k-agresii-pacientov>.

Aim: The aim of this observational cross-sectional study was to determine the differences in attitudes of nurses toward patient aggression according to the type of workplace. Predictors of attitudes of nurses was also surveyed.

Methods: A survey was undertaken among 61 nurses from internal and surgical wards and 56 nurses from psychiatric wards. In this survey, three questionnaires were used to measure attitude toward aggression; experience in the prevalence of aggression and factors contributing to aggression of patients. For determining the associations between variables and predictors of attitudes, the multiple regression analyses were used.

Results: Nurses from psychiatric wards reported being more frequently confronted with all types of patient aggression. They also reported more significant influence of patient variables contributed to the incidence of violence within the psychiatric sector. Nurses from all types of wards perceived patient aggression as being destructive or offensive and not serving a protective or communicative function aggression. Perceptions of frequency of patient aggression were not confirmed as the significant predictors of nurses' attitudes in psychiatric sector. Physical violence (behaviour that will harm or cause injury) and sexual assault or rape were identified as the significant predictors of nurses' attitudes worked in internal and surgical departments.

Conclusion: The study confirmed differences in predictors of attitudes of nurses toward patient aggression according to the type of workplace.

Keywords: aggression, attitude, nursing profession, risk factors

ÚVOD

Násilie a agresia pacientov voči sestram je súčasťou ošetrovateľskej praxe vo všetkých klinických odboroch (Lepiešová, Nemčeková, 2013, s. 174). Výskyt tohto fenoménu agresie je multifaktoriálne podmienený, vznikajúci na báze interakcií medzi pacientom a sestrou, tiež vplyvom prostredia, osobnosti pacienta, sestry a pod. Sestry sú častejšie vystavené rôznym prejavom agresívneho správania zo strany pacienta alebo rodinných príslušníkov v porovnaní s inými zdravotníckymi profesionálmi (Lepiešová, Nemčeková, 2013, s. 173). Jedným z významných faktorov je rodový aspekt. Profesia sestry je v našej krajine, podobne ako v mnohých iných krajinách, dominantne ženským povoláním. Sestry taktiež predstavujú najväčšiu skupinu zdravotníckych pracovníkov, ktorá je v priebehu starostlivosti v najdlhšom priamom kontakte s pacientom.

Z hľadiska foriem násilia bol najvyšší výskyt slovnej a telesnej agresie voči zdravotníckym profesionálom zaznamenaný na oddeleniach pohotovostného príjmu, úrazových ambulanciách, psychiatrických oddeleniach a jednotkách intenzívnej starostlivosti (Lepiešová, Nemčeková, 2013, s. 177). Z uvedeného dôvodu sa výskum v oblasti výskytu agresie pacientov v zdravotníckych zariadeniach, u nás i v zahraničí, zameriava na psychiatrické a pohotovostné oddelenia. Franz et al. (2010, s. 1) vo svojej nemeckej prierezovej štúdií skúmali výskyt agresívnych prejavov pacientov voči sestram, dôsledky agresívneho správania a stratégie zvládania agresie na pracovisku. Zistenia ukázali, že počas posledných 12 mesiacov až 70,7% sestier malo skúsenosť s fyzickou agresiou a 89,4% s verbálnou agresiou, ktorá dominovala v prejavoch agresie pacientov. Podobne vo výskume holandských autorov Jonker et al. (2008, s. 492) sestry pracujúce na psychiatrickom oddelení uvádzali pravidelné konfrontácie s agresiou vo všeobecnosti, ale predovšetkým s verbálnou agresiou. V podmienkach slovenskej a českej populácie bolo v posledných rokoch realizovaných iba niekoľko parciálnych štúdií zameraných na prejavy agresie v ošetrovateľskej praxi. Výskum uskutočnený Szkanterovou a Jarošovou (2008, s. 6) potvrdil, že až 90 % sestier zaradených do výskumu bolo konfrontovaných so slovnou agresiou a 57% s telesnou agresiou. Výskyt agresie pacientov voči sestram pracujúcim na psychiatrických oddeleniach sledovala Čerňanová (2010, s. 4). Najčastejšiu formu agresie zo strany psychiatrických pacientov, s ktorou boli sestry konfrontované, predstavovala pasívna agresia a nepriama fyzická agresia.

Výskum výskytu agresie pacientov voči sestram sa na Slovensku nekoncentruje len na špecifickú oblasť psychiatrických a pohotovostných služieb. Lepiešová a Nemčeková (2013, s. 184) na základe výsledkov výskumu realizovanom na vzorke 270 sestier z rôznych typov oddelení (chirurgické disciplíny, internistické disciplíny, onkologické a paliatívne pracoviská, psychiatrické pracoviská, intenzívna starostlivosť) troch fakultných nemocníc konštatujú, že len 3% z uvedeného súboru nebolo v poslednom roku ich praxe konfrontovaných so žiadosťou z foriem agresie zo strany pacientov. Hoci bol výskyt slovných foriem agresie vyšší (96,3%) oproti telesným formám (80,7%), uvedené percentá považujú autorky za alarmujúce, pretože sú oveľa vyššie v porovnaní so zisteniami zahraničných výskumníkov.

Postoje sestier k agresii zo strany pacientov

Definovanie agresie v zdravotníckych zariadeniach vychádza v našej štúdií z práce Lepiešovej a Nemčekovej (2013). Autorky používajú paralelne k pojmu agresia, koncept násillia v zdravotníckych zariadeniach. Významový odtieň pojmu násillie na rozdiel od agresie vidia v jeho mocenskej konotácií. Na základe prehľadu viacerých definícií, vymedzujú agresiu ako: „...úmyselné konanie alebo jeho hrozbu s cieľom poškodiť iného, ku ktorému dochádza v súvislosti s výkonom povolania“ (Lepiešová, Nemčeková, 2013, s. 173).

Existuje množstvo faktorov, ktoré sa podieľajú na jej vzniku a podporujú jej priebeh v zdravotníckych zariadeniach. Agresívne správanie v zdravotníctve je považované za produkt interakcie viacerých faktorov zo strany pacienta, ale aj sestier. Duxbury a Whittington (2005) ich rozdeľujú do štyroch skupín. Prvú skupinu predstavujú faktory vnútorné. Ide predovšetkým o faktory vzťahujúce sa k osobnosti pacienta, jeho veku, pohlaviu, osobnostným charakteristikám, percepcii bolesti, psychopatológii, prítomným komorbiditám a ďalším psycho-sociálnym premenným (ako je napríklad užívanie návykových látok, intoxikácia a pod.). Druhou skupinou sú faktory vonkajšie, zahŕňajúce faktory prostredia ako napríklad fyzické aspekty prostredia (teplota, hluk, svetlo), typ oddelenia, počet pacientov; dlhé čakacie doby a pod. Treťou skupinou sú faktory situčné a interakčné premenné, vyplývajúce z interakcie sestra/pacient a rovnako aj faktory súvisiace s pracovnou pozíciou, ku ktorým patria profesionálne tréningy, supervízie a skúsenosti zdravotníckeho personálu.

Výskumné štúdie (Jansen et al. 2005; Hahn et al. 2010; Pazvantoğlu et al. 2011) poukazujú na to, že väčšina sestier tieto prejavy pacientov vníma ako niečo, čo je neprijateľné, a zároveň ohrozujúce ich život aj prácu. Významná časť ošetrovateľských výskumných štúdií sa zameriavala na identifikáciu faktorov, ktoré môžu vplyvať na postoje sestier voči rôznym formám agresívneho správania pacientov. Vplyv socio-demografických a kultúrnych faktorov na výskyt agresie pacientov sledovali v tureckej štúdií Pazvantoğlu et al. (2011, s. 495). Autori tejto štúdie potvrdili, že u sestier na vznik agresie zo strany pacientov majú výrazný vplyv socio-demografické a kultúrne faktory, pracovná kondícia sestier, osobnostné charakteristiky pacientov, a rovnako aj osobnosť sestier a ich profesionálne zručnosti. Výsledky rovnako poukázali na významný pozitívny lineárny vzťah medzi vekom sestier, dĺžkou ich praxe na danom oddelení a mierou intolerancie voči agresii pacientov. Vplyv vzdelávacích programov na postoje sestier k agresívnym prejavom pacientov sledovala experimentálna štúdia amerických autorov Hahna et al. (2010, s. 3535). Výsledky štúdie však nepreukázali významnú pozitívnu zmenu postojov sestier k agresívnym prejavom pacientov aj napriek absolvovanému programom. V našich podmienkach sa práce týkajúce sa agresie pacientov voči sestrám koncentrujú v prevažnej miere skôr na výskyt rôznych foriem agresie ako na postoje sestier voči agresii, resp. faktory, ktoré tieto postoje môžu ovplyvniť. V našej práci sme sa zamerali na hlbšiu analýzu postojov sestier, ktoré ovplyvňujú ich správanie k agresívnym pacientom. Jansen et al. (2005) na základe Ajzenovej teórie plánovaného správania (Ajzen, 1991) analyzoval postoje psychiatrických sestier ku agresii pacientov vo vzťahu k ich správaniu k agresívnym pacientom. Na základe faktorovej analýzy dát získaných na vzorke 1769 sestier pracujúcich v psychiatrických zariadeniach v piatich európskych krajinách identifikoval päť postojov reprezentujúcich postoj sestier ku agresii – ofenzívny, deštruktívny, intruzívny, komunikatívny a protektívny (pozn.: ich definovanie sa nachádza pri opise použitej metodiky).

CIELE

Cieľom prezentovaného výskumu bolo preskúmať rozdiely v postojoch sestier k agresii pacientov z hľadiska typu pracoviska. Zároveň boli zisťované prediktory postojov sestier k agresii pacientov. Zisťovali sme, akou mierou sa podieľajú vybrané faktory zvyšujúce riziko vzniku agresie pacientov voči sestrám a jednotlivé formy agresie na existencii konkrétneho postoja sestier k agresii zo strany pacientov.

Predmetom záujmu bolo tiež identifikovať formy agresie, s ktorými majú sestry najčastejšie skúsenosti za obdobie posledného roka, ďalej zistiť, ktoré faktory sestry identifikujú ako najviac zvyšujúce riziko vzniku agresívneho správania pacientov voči sestrám a aký typ postoja prevláda u sestier k agresii pacientov, a to aj vzhľadom k pracovisku, kde povolanie vykonávajú.

SÚBOR

Výskum prebiehal v dvoch fázach v rokoch 2013 – 2014 na dvoch vzorkách respondentov. Dotazníky boli sestrám v obidvoch častiach súboru administrované sprostredkovane, cez oslovené vedúce sestry. Prvú vzorku respondentov tvorilo 61 sestier pracujúcich na chirurgických a internistických pracoviskách vo Fakultnej nemocnici s poliklinikou J. A. Reimana (FNsP) v Prešove. Zber údajov prebiehal od januára do februára 2013. Návratnosť dotazníkov v prvej vzorke predstavovala 80%. Druhú vzorku tvorilo 56 sestier pracujúcich na psychiatrických oddeleniach v Univerzitnej nemocnici Louisa Pasteura v Košiciach a FNsP v Prešove. Zber údajov prebiehal od decembra 2013 do februára 2014. Návratnosť dotazníkov v druhej vzorke predstavovala 56%. Do selektívneho súboru boli v oboch vzorkách zaradené sestry, ktoré pracovali minimálne rok na lôžkových oddeleniach, sestry, ktoré majú priamy kontakt s pacientmi a starajú sa o dospelých pacientov. Priemerný vek sestier v prvej vzorke bol 38 rokov ($\pm 9,82$). Priemerná dĺžka ich celkovej praxe bola 16,64 ($\pm 10,34$) rokov. Väčšina sestier (36,1%) mala absolvované vyššie odborné vzdelanie. Pri rozdelení prvého výskumného súboru podľa typu oddelenia tvorili najväčšiu časť sestry z interného oddelenia (24,6%) a najmenšiu časť sestry z oddelenia chirurgie (3,3%). Z hľadiska prevádzky väčšina respondentiek (73,8%) uviedla, že ošetrovateľskú prax vykonáva v trojzmennej prevádzke. Priemerný vek sestier v druhej vzorke bol 40,66 ($\pm 9,44$) rokov. Priemerná dĺžka praxe na psychiatrickom oddelení bola 11,73 ($\pm 9,90$) rokov. Priemerná dĺžka ich celkovej praxe bola 20,40 ($\pm 11,35$) rokov. Väčšina sestier (33,9%) mala ukončené stredoškolské vzdelanie. Z hľadiska prevádzky väčšina respondentiek (64,3%) uviedla, že ošetrovateľskú prax vykonáva v trojzmennej prevádzke.

METODIKA

Zber údajov bol realizovaný pomocou troch dotazníkových metód.

Dotazník skúmajúci postoje sestier k agresii (Attitude Towards Aggression Scale – ATAS) autorov Jansen et al. (2005). Nástroj pozostáva z 18 položiek – tvrdení o agresii, resp. definícií agresie, ku ktorým majú respondenti vyjadriť svoj súhlas alebo nesúhlas s využitím 5-stupňovej Likertovej škály. Adaptáciu dotazníka v slovenskom jazyku realizovala Lepiešová (2011). Pozostáva z 5 subškál/domén, ktoré reprezentujú 5 typov postojov k agresii pacientov voči sestram: a) ofenzívny – hodnotí agresiu ako škodlivé, nepríjemné a neakceptovateľné správanie, ktoré zahŕňa verbálnu agresiu; b) deštruktívny – agresia je vnímaná ako aktuálny čin fyzického ublíženia či násillia alebo hrozba takéhoto činu; c) intruzívny – agresiu považuje za vyjadrenie zámeru/úmyslu poškodiť alebo zraniť druhých; d) komunikatívny – považuje agresiu za signál prameniari z pacientovho pocitu bezmocnosti s cieľom podporiť terapeutický vzťah; e) protektívny – agresia je vnímaná ako chránenie alebo obrana vlastného fyzického a emocionálneho priestoru zo strany pacienta. Vnútoraná konzistencia subškál overovaná pomocou Cronbachovej alfy dosiahla v našom súbore hodnoty od 0,44 pre protektívny postoj po 0,75 pre ofenzívny postoj. Do analýzy sme zahrnuli všetky subškály i napriek nízkym hodnotám Cronbachovej alfy pre protektívny postoj. Nedostatočná vnútorná konzistencia tejto subškály predstavuje jednu z metodologických limitácií našej práce, ktorá mohla ovplyvniť validitu zistení.

Výskyt agresie pacientov voči sestram (VAPS) – ide o dotazník autoriek Lepiešovej a Nemčekovej (2009), ktorý pozostáva z 11 položiek opisujúcich rôzne formy agresie zo strany pacientov a úlohou sestier je posúdiť, ako často sa stali objektom uvedených prejavov agresie v období posledného roka výkonu ich praxe. Ich odpovede sú hodnotené na základe 6-bodovej frekvenčnej škály od 1 (nikdy) po 6 (vždy). Faktorovou analýzou boli extrahované 3 faktory (subškály) korešpondujúce s týmito formami agresie: a) telesná agresia bez použitia útočnej zbrane (VT1), b) telesná agresia s použitím útočnej zbrane a kontaktné formy sexuálnej agresie (VT2), c) slovná agresia (VS). Hodnoty Cronbachovej alfy pre jednotlivé subškály boli v našom súbore nasledovné: 0,91 pre subškálu VT1; 0,92 pre subškálu VT2 a 0,81 pre subškálu VS.

Dotazník skúmajúci faktory zvyšujúce riziko vzniku agresie pacientov voči sestram pri výkone povolania (F-škála), autoriek Lepiešová a Nemčeková (2009), pozostáva z 35 položiek, ktoré respondenti hodnotia na 5-bodovej škále od 1 = najmenší vplyv na riziko agresie po 5 = najväčší vplyv na riziko agresie. Je tvorený 7 faktormi/subškálami: fyzické prostredie, emocionálna záťaž pacienta, faktory zo strany sestry, faktory zo strany pacienta, rodové aspekty, špecifiká pracoviska, organizácia práce sestry. Hodnoty Cronbachovej alfy pre jednotlivé subškály sa v našom súbore pohybovali v rozmedzí od 0,57 pre subškálu faktory zo strany pacienta po 0,90 pre subškálu rodové aspekty. Súčasťou dotazníkov boli tiež sociodemografické údaje o sestram.

Na štatistickú analýzu získaných dát sme použili program SPSS verzia 16.0. Štatistické testovanie sme uskutočnili použitím deskriptívnej štatistiky, na zistenie vzťahov medzi premennými sme použili viacnásobnú hierarchickú lineárnu regresiu pomocou stepwise metódy a na zisťovanie rozdielov medzi skupinami sestier sme použili neparametrický Mann Whitney U test. Štatistické metódy boli vyhodnocované na hladine významnosti 0,05.

ETICKÉ ASPEKTY ŠTÚDIE

Na realizáciu výskumu bol získaný súhlas od príslušných etických komisií vybraných nemocníc.

VÝSLEDKY

Postoje sestier k agresii

V prvej časti výskumu (tab. 1) sme sledovali postoje sestier k agresii. V našom súbore sme v rámci dotazníka ATAS zaznamenali najvyššie skóre pri položkách, ktoré sú súčasťou domén reprezentujúcich negatívny postoj k agresívnemu správaniu pacientov (deštruktívny a ofenzívny postoj). Najnižšie skóre zo všetkých dosiahli položky reprezentujúce agresiu ako pozitívnu energiu alebo správanie. Tieto položky patria do domén komunikatívny a protektívny postoj. Dosiahnuté nízke skóre v týchto položkách ukazuje na nesúhlas respondentov s tvrdeniami o agresii obsiahnutými v týchto položkách. Štatisticky významné rozdiely v jednotlivých postojoch medzi obidvoma vzorkami (teda v závislosti od typu pracoviska) sme identifikovali len v oblasti intruzívneho postoja (tab. 1).

Tab. 1. Poradie domén dotazníka ATAS a rozdiely v postojoch z hľadiska typu pracoviska

Typ postoja	Prvá časť súboru (internistické a chirurgické disciplíny, n = 61)		Druhá časť súboru (psychiatrické oddelenia, n = 56)		p
	Priemer	SD	Priemer	SD	
Deštruktívny	4,07	0,61	3,79	0,93	0,26
Ofenzívny	3,88	0,59	3,97	0,66	0,12

Intruzívny	3,55	0,74	3,26	0,71	0,04
Protektívny	3,15	0,85	3,37	0,89	0,19
Komunikatívny	2,77	0,79	2,55	0,81	0,28

Výskyt agresie pacientov voči sestram

V tejto časti výskumu nás zaujímalo, s ktorými formami agresie pacientov voči sestram majú sestry najčastejšie skúsenosti za obdobie posledného roka ošetrovateľskej praxe. Zistili sme, že najčastejšie sa vyskytujúcim prejavom agresie zo strany pacientov bolo v prvej vzorke ohováranie (tab. 2) a v druhej vzorke to boli verbálne útoky (urážky a nadávky) zo strany pacienta. Ďalšie prejavy usporiadané podľa priemernej častosti výskytu udávame v nasledujúcej tabuľke 2. Výsledky potvrdzujú, že sestry z rôznych typov oddelení sú konfrontované so širokou škálou foriem agresie zo strany pacientov. Štatisticky významné rozdiely vo výskute v jednotlivých formách agresie medzi obidvoma vzorkami (teda v závislosti od typu pracoviska) sme identifikovali vo všetkých troch subškálach VAPS. Sestry zo psychiatrických oddelení uvádzali vyššiu mieru výskytu verbálnej agresie, telesnej agresie bez útočnej zbrane a s použitím útočnej zbrane.

Tab. 2. Frekvencia výskytu jednotlivých foriem agresie voči sestram

Položky VAPS škály	Prvá časť súboru (n= 61)		Druhá časť súboru (n = 56)		p
	Priemer	SD	Priemer	SD	
Ohováranie	2,79	1,34	2,89	1,46	
Verbálny útok (zastrašovanie, vyhrážky)	2,66	1,27	3,39	1,44	
Verbálny útok (urážky, nadávky)	2,57	1,24	3,92	1,46	
Neoprávnené obviňovanie	2,49	1,02	3,23	1,43	
Slovné poznámky sexuálneho charakteru	2,00	0,94	2,51	1,14	
Subškála slovná agresia	2,50	0,89	3,19	0,94	0,000
Opľútie, uhryznutie, poškrabanie, štipanie	2,26	1,19	2,80	1,32	
Hodenie predmetov	2,23	1,08	2,25	0,95	
Strkanie	2,03	1,18	2,25	0,95	
Kopnutie	1,85	1,12	2,03	0,87	
Facka, úder päšťou	1,67	1,02	2,03	0,87	
Subškála telesná agresia bez použitia útočnej zbrane	2,01	0,96	2,36	0,91	0,026
Škrtenie	1,25	0,72	1,19	0,40	
Napadnutie ostrým predmetom, bodnutie, postrelenie	1,25	0,67	1,19	0,40	
Telesný kontakt so sexuálnym zámerom	1,18	0,61	1,44	0,82	
Sexuálne napadnutie (vrátane fyzického ublíženia)	1,08	0,37	1,03	0,18	
Subškála telesná agresia s použitím útočnej zbrane a kontaktné formy sexuálnej agresie	1,19	0,54	2,43	0,34	0,000

Faktory ovplyvňujúce riziko vzniku agresie pacientov voči sestram

Ďalším cieľom našej štúdie bolo preskúmať, ktoré faktory považujú sestry za najviac ovplyvňujúce riziko vzniku agresie pacientov voči sestram pri výkone ich povolania. Priemerné skóre jednotlivých faktorov (tab. 3) naznačuje, že ako najrizikovejšie boli sestrami z obidvoch vzoriek uvádzané faktory zo strany pacienta. Miera rizika následne klesala v poradí: špecifická pracoviska a faktory zo strany sestry, emocionálna záťaž pacienta, organizácia práce sestier, fyzické prostredie a ako najmenej rizikové boli sestrami uvádzané rodové aspekty. Štatisticky významné rozdiely v jednotlivých faktoroch medzi obidvoma vzorkami (v závislosti od typu pracoviska) sme identifikovali len v oblasti faktorov zo strany pacienta. Sestry zo psychiatrických oddelení pripisovali tejto oblasti faktorov významnejší vplyv, pravdepodobne z dôvodu vnímania charakteru psychických porúch a častejšieho výskytu agresie u pacientov so psychotickou symptomatológiou.

Tab. 3. Faktory ovplyvňujúce riziko vzniku agresie pacientov voči sestram pri výkone povolania z hľadiska typu pracoviska

Faktory	Prvá časť súboru (internistické a chirurgické disciplíny, n = 61)		Druhá časť súboru (psychiatrické oddelenia, n = 56)		p
	Priemer	SD	Priemer	SD	
Faktory zo strany pacienta	3,64	0,65	3,99	0,64	0,000
Špecifická pracoviska	3,20	0,66	3,12	0,92	0,15
Faktory zo strany sestry	3,09	0,57	3,17	0,73	0,65
Emocionálna záťaž pacienta	3,07	0,66	2,91	0,90	0,11
Organizácia práce sestry	2,90	0,84	2,75	0,89	0,09
Fyzické prostredie	2,60	0,78	2,75	0,94	0,37
Rodové aspekty	2,27	0,84	2,18	0,91	0,33

Prediktory postojov sestier k agresii

Na zistenie toho, akou mierou sa podieľajú jednotlivé formy agresie a faktory zvyšujúce riziko jej vzniku na type postoja sestier k agresii pacientov voči sestram pri výkone povolania (ofenzívny, deštruktívny, intruzívny, komunikatívny, protektívny) sme použili viacnásobnú hierarchickú lineárnu regresiu (metóda stepwise). Ako kontrolné premenné do analýzy vstupovali aj demografické údaje, a to vek a celková dĺžka praxe sestier v rokoch. Do regresnej analýzy premenné vstupovali v blokoch: 1. blok predstavovali demografické údaje, 2. blok zahŕňal formy agresie a 3. blok faktory zvyšujúce riziko vzniku agresie (tab. 4 – 5).

Prediktory postojov sestier z nepsychiatrických oddelení

Telesná agresia s použitím útočnej zbrane a kontaktné formy sexuálnej agresie vysvetlili 53% variancie ofenzívneho postoja, 67% variancie deštruktívneho postoja a 19% variancie intruzívneho postoja v tejto skupine sestier. V prípade domény komunikatívny postoj sestier k agresii pacientov bol zistený významný prediktor – rodové aspekty, ktorý vysvetlil 15% jeho variancie. V prípade protektívneho postoja sme potvrdili štyri významné prediktory – rodové aspekty, faktory zo strany pacienta, faktory zo strany sestry a špecifická pracoviska (tab. 4). Rodové aspekty vysvetlili 15%, faktory zo strany pacienta 7%, faktory zo strany sestry 6% a špecifická pracoviska 11% celkovej variancie protektívneho postoja. Rodové aspekty vysvetľovali aj 15% variancie komunikatívneho postoja.

Prediktory postojov sestier zo psychiatrických oddelení

Významné prediktory boli identifikované len v oblasti ofenzívneho postoja. Rodové aspekty vysvetlili 11%, faktory zo strany pacienta 9% a emocionálna záťaž pacienta 10% celkovej variancie ofenzívneho postoja.

Tab. 4. Regresné modely pre vek, dĺžku praxe, jednotlivé formy agresie, faktory zvyšujúce riziko vzniku agresie ako prediktory a jednotlivé typy postojov voči agresii ako kritérium (akceptované modely; $p < 0,05$) v prvej časti vzorky

Prediktory	R	R ²	b	T	p
Ofenzívny postoj (Ftotal (1,59) = 66,07; $p < 0,000$)					
Telesná agresia s použitím útočnej zbrane a kontaktné formy sexuálnej agresie	0,77	0,53**	1,31	8,12	0,000
Constant			6,68		
Deštruktívny postoj (Ftotal (2, 59) = 119,42; $p < 0,000$)					
Telesná agresia s použitím útočnej zbrane a kontaktné formy sexuálnej agresie	0,82	0,67**	0,57	10,92	0,000
Constant			2,17		
Intruzívny postoj (Ftotal (1,59) = 13,659; $p < 0,000$)					
Telesná agresia s použitím útočnej zbrane a kontaktné formy sexuálnej agresie	0,43	0,19***	0,39	3,69	0,002
Constant			3,22		
Komunikatívny postoj (Ftotal (1,59) = 10,535; $p < 0,000$)					
Rodové aspekty	0,39	0,15**	0,30	3,24	0,000
Constant			3,74		
Protektívny postoj (Ftotal (4,56) = 8,789; $p < 0,000$)					
Rodové aspekty	0,39	0,15**	0,14	2,32	0,024
Faktory zo strany pacienta	0,47	0,07**	-0,19	-2,86	0,006
Faktory zo strany sestry	0,53	0,06**	-0,15	-3,49	0,001
Špecifiká pracoviska	0,62	0,11**	0,25	3,09	0,003
Constant			6,38		

** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. Typy postojov a faktory agresie nadobúdajú hodnoty 1 až 5, formy agresie hodnoty 1 až 6: vysoká hodnota indikuje silnú mieru konštruktú a nízka hodnota slabú mieru konštruktú.

Tab. 5 Regresné modely pre vek, dĺžku praxe, jednotlivé formy agresie, faktory zvyšujúce riziko vzniku agresie ako prediktory a ofenzívny postoj voči agresii ako kritérium (akceptované modely; $p < 0,05$) v druhej časti vzorky

Prediktory	R	R ²	b	T	p
Ofenzívny postoj	(Ftotal (2,49) = 7,73; $p < 0,01$)				
Emocionálna záťaž pacienta	0,32	0,10**	0,56	4,03	0,000
Rodové aspekty	0,46	0,11**	-0,45	-3,63	0,01
Faktory zo strany pacienta	0,55	0,09**	-0,38	-2,70	0,009
Constant			5,09		

** $p < 0,01$. Typy postojov a faktory agresie nadobúdajú hodnoty 1 až 5: vysoká hodnota indikuje silnú mieru konštruktu a nízka hodnota slabú mieru konštruktu.

DISKUSIA

Postoje sestier k agresii

V našej práci sme zaznamenali najvyššiu preferenciu deštruktívneho postoja u sestier z nepsychiatrických oddelení a najvyššiu mieru preferencie ofenzívneho postoja u sestier pracujúcich na psychiatrických oddeleniach. Uvedené postoje sú expresiou negatívneho postoja sestier k agresívnemu správaniu pacientov. Preferenciu ofenzívneho postoja sestier na psychiatrických oddeleniach možno vysvetliť špecifikami psychiatrických ochorení, častejším výskytom rôznych foriem agresívneho správania pacientov a častejším využívaním obmedzujúcich prostriedkov. Protektívny a komunikatívny postoj, ktoré vyjadrujú pozitívny význam agresie pacientov, boli sestrami v oboch skupinách, rovnako ako vo výskume Lepiešovej (2011), najmenej zastúpenými typmi postojov k agresii pacientov. Podobné výsledky na vzorke psychiatrických sestier potvrdili Jonker et al. (2008). Sestry v tejto štúdii zaujímali voči agresii pacientov vo všeobecnosti viac deštruktívny a ofenzívny postoj, nižšie skóre bolo preukázané pre komunikatívny a protektívny postoj k agresii pacientov. Psychopatologická symptomatológia, charakteristiky prostredia, interakčné premenné a charakteristiky zo strany postojov zdravotníckych pracovníkov boli identifikované ako významné prediktory výskytu agresívneho správania u pacientov v rámci psychiatrickej starostlivosti (Jonker et al., 2008). Skúsenosť s agresívnym správaním ako deštruktívnym a v prevažnej miere ofenzívnym správaním pacienta, môže recipročne negatívne ovplyvňovať vzťah medzi sestrou a pacientom a upevňovať negatívny postoj sestier k agresii pacientov (Jonker et al., 2008). Na druhej strane, autori vyššie uvedenej štúdie potvrdili, že sestry vnímali sociálnu oporu zo strany kolegov ako faktor podporujúci zvládanie agresie pacientov zo strany sestier (Jonker et al., 2008). Sestry z internistických a chirurgických disciplín v našom súbore dosahovali vyššie skóre v intruzívnom postoji, agresiu teda viac považujú za vyjadrenie zámeru, úmyslu poškodiť alebo zraniť druhých. 75% sestier zo psychiatrických oddelení uviedlo, že absolvovali školenie v oblasti zvládania agresívneho správania pacientov. Uvedená skutočnosť, ako aj ich vedomosti a skúsenosti v oblasti psychiatrickej starostlivosti môžeme považovať za faktory, ktoré by mohli vysvetľovať nižšiu mieru súhlasu s aspektmi intruzívneho postoja.

Prediktory postojov sestier k agresii

Na základe zistení vyplývajúcich z regresnej analýzy možno konštatovať, že vo vzťahu ku všetkým 3 typom negatívnych postojov k agresii bol významný identický prediktor, a to telesná agresia s použitím útočnej zbrane a kontaktné formy sexuálnej agresie, len s rozdielnou prediktívnou silou voči jednotlivým typom postojov. Čím častejšie sa stretávali s danou formou telesnej agresie, tým silnejšie boli uvedené typy postojov k agresii zo strany pacientov. V prípade domény komunikatívny postoj sestier k agresii pacientov bol zistený významný prediktor – rodové aspekty, ktorý vysvetlil 15% jeho variancie. Výsledky ukázali, že čím vyššie bolo riziko vzniku agresie pacientov súvisiace s prevahou žien v profesii sestry, spolu so situáciou, ak je pacient opačného pohlavia ($b = 0,30$), tým silnejší je komunikatívny postoj sestier k agresii zo strany pacientov. Výsledky regresnej analýzy v prípade protektívneho postoja poukázali na štyri významné prediktory – rodové aspekty (15%), faktory zo strany pacienta (7%), faktory zo strany sestry (6%) a špecifiká pracoviska (11%). Čím bola nižšia miera rizika agresie zo strany pacientov ($b = -0,19$) a rovnako aj zo strany sestier ($b = -0,15$), tým výraznejší protektívny postoj sestry zaujímali voči pacientom. Zároveň, ak aspekty súvisiace s rodovou problematikou v profesii sestry ($b = 0,14$) vykazovali vyššiu mieru rizika agresie, tak bola sila protektívneho postoja sestier voči pacientom vyššia. Podobne, sestry vykazovali vyššie skóre v doméne protektívny postoj, ak vnímali vysokú mieru rizika vzniku agresie týkajúcu sa externých faktorov, ktoré súvisia s používaním obmedzovacích prostriedkov, dlhodobou hospitalizáciou pacienta, či dlhými čakacími dobami na ošetrovanie ($b = 0,25$).

Na základe výsledkov regresnej analýzy na vzorke sestier zo psychiatrických oddelení možno konštatovať, že významné prediktory boli zistené len v oblasti ofenzívneho postoja, a to: emocionálna záťaž pacienta (10%), rodové aspekty (11%)

a faktory zo strany pacienta (9%). Čím bola nižšia miera rizík agresie zo strany pacientov ($b = -0,38$) a aspektov súvisiacich s rodovou problematikou v profesii sestry ($b = -0,45$), a tiež vyššia miera emocionálnej záťaže pacientov ($b = 0,56$), tým výraznejší ofenzívny postoj zaujímali sestry zo psychiatrických oddelení voči pacientom.

V našej práci sa ako významné prediktory nepotvrdili vek a dĺžka klinickej praxe sestier. Viaceré práce (Needham et al., 2005; Nijman et al., 2005; Jonker et al., 2008) naopak zistili, že mladšie sestry s menšími klinickými skúsenosťami a rokmi praxe sa stávajú vulnérnejšie k agresii pacientov. Žiadna z foriem agresívneho správania sa nepotvrdila u sestier pracujúcich na psychiatrických oddeleniach ako významný prediktor postoja sestier k agresii. Uvedené zistenie môže súvisieť s tým, že väčšia dôležitosť je kladená práve na faktory zo strany pacienta (psychopatológia), jeho emocionálnu záťaž a pod. Formy agresie môžu byť vnímané skôr ako dôsledky uvedených faktorov.

Postoj sestier k agresii pacientov ovplyvňuje správanie sestier voči pacientom. Napríklad postoj sestier, že agresia je najčastejšie deštruktívna a ofenzívna, vedie k negatívnejmu postojom k agresii pacientov, čo sa môže premietnuť napríklad pri častosti implementácie obmedzujúcich prostriedkov (Jansen et al., 2005), úrovni terapeutického vzťahu a pod. Interakcia medzi sestrou a pacientom patrí k najvýznamnejším faktorom ovplyvňujúcim prevenciu a manažment agresívneho správania pacienta zo strany sestry. Aj keď naše zistenia nepotvrdili väčšinu predpokladaných vzťahov, podarilo sa nám potvrdiť, že čím viac sestry z nepsihických oddelení vnímali riziko vzniku agresie ako dôsledok faktorov zo strany pacienta a rovnako aj faktorov sestry, tým vykazovali nižšiu afinitu k protektívnemu postojom.

V súvislosti s preskúmaním faktorov, ktoré sestry považujú za najviac zvyšujúce riziko vzniku agresie pacientov, sme zistili, že faktory zo strany pacientov, predstavujú najvyššiu mieru rizika vzniku agresie pacientov voči sestram v klinickej ošetrovateľskej praxi. Naše zistenie korešponduje s výsledkami štúdie Lepiešovej (2011), kde sestry udávali dominantný vplyv interných faktorov, predovšetkým duševné ochorenie pacienta a zamietli akýkoľvek vplyv ich vlastnej interakcie s pacientmi na vznik agresie. Pacienti naopak identifikovali ako najvýznamnejšie interakčné faktory, ako je napríklad problémová komunikácia zo strany sestier a nesúhlasili s dominanciou interných faktorov. Sestry vo väčšej miere ako pacienti uznali vplyv externých faktorov (Duxbury, Whittington, 2005). V súvislosti s odporúčaniami pre ďalší výskum v tejto oblasti, by mohlo byť zaujímavé preskúmať opačný vzťah, a to postoje pacientov k agresii zo strany sestier a rovnako aj zaradenie ďalších premenných do výskumu ako sú: osobnostné charakteristiky pacienta a sestry alebo ďalšie demografické premenné, ktoré sa preukázali ako významné vo vzťahu k postojom k agresii, avšak v našom výskumnom súbore nemohli byť zohľadnené pre nedostatočné zastúpenie sestier v jednotlivých skupinách (ochorenie pacienta, prevádzka oddelenia a pod.).

Metodologické obmedzenia

Nepotvrdenie niektorých vzťahov týkajúcich sa faktorov zvyšujúcich riziko vzniku agresie u pacientov a existencie konkrétneho postoja môže súvisieť s istými nedostatkami a obmedzeniami. Predovšetkým sme si vedomí toho, že výsledky nášho výskumu nemôžeme zovšeobecniť z dôvodu veľkosti vzorky a jej nereprezentatívnosti. Zistenia mohli ovplyvniť aj spôsob výberu vzorky do výskumu (zámerný). Do výskumu boli zapojené iba sestry z dvoch nemocníc vo východoslovenskom regióne. Významným metodologickým obmedzením, ktoré mohlo mať dopad na validitu zistení, bola aj nízka vnútorná konzistencia subškály protektívneho postoja v nástroji ATAS.

ZÁVER

Agresívne správanie a prejavy pacientov sú sestrami vnímané negatívne, čo súvisí s častým výskytom agresie v ošetrovateľskej praxi. Výsledky našej práce poukazujú na rozdielnosť prediktorov postoja sestier k agresii pacientov z hľadiska ich pracoviska. Zaujímavým zistením bolo, že žiadna z foriem agresívneho správania sa nepotvrdila u sestier pracujúcich na psychiatrických oddeleniach ako významný prediktor postoja sestier ku agresii. Naopak, telesná agresia s použitím útočnej zbrane a kontaktné formy sexuálnej agresie, bol potvrdený ako významný prediktor negatívnych postoja k agresii u sestier pracujúcich v internistických a chirurgických odboroch.

Štúdia vznikla ako súčasť projektu VEGA 1/0217/13.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- AJZEN, I. 1991. The theory of planned behaviour. In *Organization of Behavioural Human Decision Process*, 1991, vol. 50, no. 2, pp. 179-211.
- ČERNANOVÁ, A. 2010. Agresívny pacient v podmienkach psychiatrického ošetrovateľstva. In *Ošetrovateľský obzor*, 2010, roč. 7, č. 3, s. 1-8. [cit. 2014-02-20]. Dostupné na internete: <http://www.osetrovateľsky.herba.sk/3-2010/agresivny-pacient-v-podmienkach-psychiatrickeho-osetrovatelstva/pdf>.
- DUXBURY, J. – WHITTINGTON, R. 2005. Causes and management of patient aggression and violence: Staff and patient perspectives. In *Journal of Advanced Nursing*, 2005, vol. 50, no. 5, pp. 469-478.
- FRANZ, S. – ZEH, A. – SCHABLON, A. – KUHNERT, S. – NIENHAUS, A. 2010. Aggression and violence against health care workers in Germany – a cross sectional retrospective survey. In *BMC Health Services Research* [online], 2010, vol. 10, no. 51, pp. 1-8. [cit. 2014-02-27]. Dostupné na internete: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/51>.
- HAHN, S. – MÜLLER, M. – NEEDHAM, I. – DASSEN, T. – KOK, G. – HALFENS, R.J. 2010. Factor associated with patient and visitor violence experienced by nurses in general hospitals in Switzerland: a cross – sectional survey. In *Journal of Clinical Nursing*, 2010, vol. 19, no. 23-24, pp. 3535-3546.
- JANSEN, G.J. – MIDDEL, B. – DASSEN, Th.W.N. 2005. An International Comparative Study on the Reliability and Validity of the Attitudes Towards Aggression Scale. In *International Journal of Nursing Studies*, 2005, vol. 42, no. 4, pp. 467-477.

- JONKER, E.J. – GOOSSENS, P.J.J. – STEENHUIS, I.H.M. – OUD, N.E. 2008. Patient aggression in clinical psychiatry: perceptions of mental health nurses. In *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2008, vol. 15, no. 6, pp. 492-499.
- LEPIEŠOVÁ, M. – NEMČEKOVÁ, M. 2009. Metodologické problémy výskumu násilia voči sestram. In *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovateľstve a v pôrodnej asistencii* [CD-ROM]. Martin : Jesseniova lekárska fakulta UK, 2009, s. 175-185.
- LEPIEŠOVÁ, M. 2011. *Násilie voči sestram pri výkone povolania: nepublikovaná dizertačná práca*. Martin : UK JLF, 198 s.
- LEPIEŠOVÁ, M. – NEMČEKOVÁ, M. 2013. Násilie a agresia voči sestram pri výkone povolania. In *Sociológia*, 2013, roč. 45, č. 2, s. 172-194.
- NEEDHAM, I. – ABDERHALDEN, C. – ZELLER, A. et al., 2005. The effect of a training course on nursing students' attitudes toward, perceptions of and confidence in managing patient aggression. In *Journal of Nursing Education*, 2005, vol. 44, no. 9, pp. 415-420.
- NIJMAN, H.L.I. – PALMSTIerna, T. – ALMVIK, R. – STOLKER, J.J. 2005. Fifteen years of research with the Staff Observation Aggression Scale: a review. In *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2005, vol. 111, no. 1, pp. 12-21.
- O'CONNELL, B. – YOUNG, J. – BROOKS, J. – HUTCHINGS, J. – LOFTHOUSE, J. 2000. Nurses' perceptions of the nature and frequency of aggression in general ward settings and high dependency areas. In *Journal of Clinical Nursing*, 2000, vol. 9, no. 4, pp. 602-610.
- PAZVANTOĞLU, O. – GÜMÜS, K. – BÖKE, O. – YILDIZ, I. – SAHIN, A. R. 2011. Perception of patient aggression among nurses working in a university hospital in Turkey. In *International Journal of Nursing Practice*, 2011, vol. 17, no. 5, pp. 495-501.
- SZKANDEROVÁ, M. – JAROŠOVÁ, D. 2008. Výskyt agresivity ve zdravotnických zařízeních. In *PROFESE on-line*, 2008, roč. 1, č. 1, s. 1-9. [cit. 2014-02-14]. Dostupné na internete: <http://profeseonline.upol.cz/upload/soubory/vyskyt-agresivity.pdf>.

KONTAKT

PhDr. Monika Kačmárová, PhD.

Inštitút psychológie FF PU v Prešove
Ul. 17. novembra 1
080 01 Prešov
e-mail: monika.kacmarova@unipo.sk

Prijaté: 5. 3. 2014

Akceptované: 8. 4. 2014

DOPADY TĚLESNÉHO POSTIŽENÍ DÍTĚTE NA PSYCHICKOU POHODU RODIČŮ

Jana Kučová, Lucie Sikorová

Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta, Ústav ošetrovateľství a porodní asistence

Abstract

KUČOVÁ, J. – SIKOROVÁ, L. Child's physical disability impacts of parents' well-being. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2014, vol. 4, no. 1, pp. 24-30. Available on: <http://www.osetrovatelstvo.eu/archiv/2014-rocnik-4/cislo-1/dopady-telesneho-postizeni-ditete-na-psychickou-pohodu-rodicu>.

Introduction: The family is one of the most important elements in the treatment of a child with a disability. A physically disabled child, however, affects it in many ways. Especially the quality of interactions in the family may be distorted due to a change in psychological well-being of the parents.

Objective: The aim of the study was to identify the level/degree of stress and sources of stress experienced by parents of children with cerebral palsy and to evaluate the association between parental stress and functional abilities of their children as well as between parental stress and the support provided to parents by healthcare professionals.

Methods: The study group consisted of parents of children aged 1–7 years with cerebral palsy. The *Parental Stress Scale* questionnaire was used to determine the level of stress. The level of parental support healthcare professionals in the past year was assessed by the *Measure of Processes of Care questionnaire*. The functional ability of children with cerebral palsy was assessed using the *Gross Motor Function Classification System*. The data were assessed by Kruskal-Wallis test, correlation analysis and descriptive statistics.

Results: 123 parents attended the research survey. High level of stress was indicated by 25 % of respondents. A major source of stress was concerns of parents about whether they are doing enough for their child. Another major source of stress were excessive time demands of caring for a child with a disability. Functional abilities of children significantly affected the overall stress level of parents ($p = 0,05$). The overall stress was highest for parents of children with low functional abilities. Respondents perceived the degree of support provided by healthcare professionals as moderate. The impact of professional support on decrease of stress levels of parents was not confirmed.

Conclusion: Participation of health professionals to improve the well-being of parents of children with cerebral palsy should be a part of comprehensive care, as determined by the *Family Centred Care* philosophy trend.

Keywords: stress, parenting, cerebral palsy, psychological well-being

ÚVOD

Rodina s dětmi s tělesným postižením musí čelit řadě problémů. Péče o dítě s funkčním omezením může mít negativní dopad na zdraví osob, zajišťujících péči. U matek dětí s dětskou mozkovou obrnou (DMO) byla potvrzena zhoršená celková kvalita života (Mugno et al., 2007, s. 5). Výskyt chronické nemoci či špatný zdravotní stav je u této skupiny pečovatelů, ve srovnání s pečovateli dětí zdravých, dvakrát častější (Brehaut et al., 2009, s. 1256). Autoři zahraničních výzkumů se jednoznačně shodli na závěru, že se u rodičů dětí s DMO častěji vyskytují známky stresu, deprese a napětí (Cowen, Reed, 2002, s. 281; Cheshire, Barlow, Powel, 2010, s. 1676; Mobarak et al., 2000, s. 430).

V rámci zvyšování kvality poskytované zdravotní péče by měla být rodina součástí plánované péče o dítě. Pro optimalizaci systému péče o rodiny dětí s DMO je nutná identifikace zdrojů problémů a příčin napětí rodičů těchto dětí. Vhodně zvolené intervence mohou významně ovlivnit kvalitu interakcí rodiny s dítětem a následně pozitivně ovlivnit rozvoj schopností dítěte.

CÍL PRÁCE

Cílem práce bylo identifikovat úroveň/míru stresu a zdroje stresu u rodičů dětí s DMO. Dále zhodnotit souvislosti mezi stresem rodičů a funkčními schopnostmi jejich dětí a mezi stresem rodičů a podporou, poskytovanou rodičům profesionály zdravotnictví.

SOUBOR

Při šetření byl uplatněn skupinový výběr subjektů. O participaci ve výzkumném šetření byli požádáni všichni rodiče, jejichž dítě, v době sběru dat, užívalo služeb vybraných zařízení. Výzkumný soubor musel splňovat následující kritéria pro zařazení do výzkumu:

- matky a otcové dítěte se stanovenou diagnózou DMO,
- věk dítěte s DMO od 1 roku do 7 let,
- užívání služeb Dětského rehabilitačního stacionáře v Ostravě, Lázní Klimkovice, Rehabilitačního stacionáře v Třinci, Dětské rehabilitace v Hlučíně, Dětského centra v Kopřivnici, Beskydského dětského sanatoria Metylovice, Denního stacionáře Salome v Bohumíně nebo Kliniky dětské neurologie Fakultní nemocnice Ostrava v roce 2012,
- informovaný souhlas rodičů dítěte s účastí ve výzkumu.

Do statistického zhodnocení byla zařazena data 123 rodičů ve věku 25 – 52 let. Na šetření participovalo 87,85 % oslovených rodičů. Výzkumný soubor tvořilo 10 otců (8,13 %) a 113 matek (91,87 %). Vybrané charakteristiky výzkumného souboru jsou uvedeny v tab. 1.

Tab. 1. Charakteristika souboru

Charakteristika respondentů (n=123)		
Věk	Min	25 let
	Max	52 let
	Průměr (m)	35,02 let
Vztah k dítěti	Otec	10 (8,13 %)
	Matka	113 (91,87 %)
Zaměstnání	Nezaměstnaný/á	75 (60,98 %)
	Částečný pracovní úvazek	23 (18,70 %)
	Plný pracovní úvazek	25 (20,33 %)
Péče o dítě	Bez partnera	17 (13,82 %)
	S partnerem	106 (86,18 %)
Charakteristika dětí s DMO		
Primární pečovatel dítěte	Matka	117 (95,12 %)
	Otec	2 (3,25 %)
	Matka i otec	4 (1,63 %)
Denní pobyt v zařízení	Ne	42 (34,15 %)
	Ano	81 (65,85 %)
Stupeň GMFCS	I.	23 (18,70 %)
	II.	29 (23,58 %)
	III.	31 (25,20 %)
	IV.	11 (8,94 %)
	V.	29 (23,58 %)

METODIKA

Výzkumný problém byl řešen metodologií kvantitativního přístupu. Metodou empirického výzkumu bylo dotazníkové šetření. Před zahájením výzkumu byl proveden dvojitý nezávislý překlad použitých dotazníků z anglického originálu a terminologické posouzení dotazníků odborníky. Pro stanovení míry stresu byl použit dotazník Škála stresu rodičů (*Parental Stress Scale – PSS*) autorů Berry a Jones z roku 1995. Dotazník obsahuje 18 položek, které hodnotí respondenti na pětistupňové Likertově škále. Vyšší hodnota odráží vyšší stres rodičů. Celkové skóre dotazníku PSS může dosáhnout hodnoty 18 – 90. Odpovědi naznačují míru souhlasu s jednotlivými tvrzeními, vztahující se k rodičovské roli (Berry, Jones, 1995; Touliatos, Perlmutter, Straus, 2001, s. 275).

Funkční schopnost dětí s DMO byla posuzována pomocí Systému klasifikace hrubé motoriky (*Gross Motor Function Classification System – GMFCS*), který je k dispozici v české verzi. Hodnocení prováděl proškolený manažer zúčastněných zařízení ve spolupráci s rodiči dítěte. Klasifikační systém GMFCS hodnotí hrubou motoriku dětí s DMO. Palisano s kolektivem jej navrhli v roce 1997. Nástroj kategorizuje děti dle jejich funkčních schopností do pěti klasifikačních stupňů, s ohledem na věk dítěte. Posouzení bylo prováděno u dětí do dvou let věku, u dětí v rozmezí 2 – 4 roky, 4 – 6 let a 6 – 7 let. Pro jednotlivé stupně této pořadové škály GMFCS platí tyto obecné charakteristiky: stupeň I. a II. – dítě chodí bez omezení, stupeň III. – dítě chodí s lokomočními prostředky, stupeň IV. – samostatná lokomoce dítěte je omezená, může využívat elektrický vozík, stupeň V. – transport dítěte jen s mechanickým vozíkem (Palisano et al., 2009, s. 87, 88).

Míra podpory rodičů profesionály zdravotnictví v posledním roce byla hodnocena dotazníkem Úroveň průběhu péče (*Measure of Processes of Care*), zkonstruovaného autory King, Rosenbaum a King v roce 1995. Použitá byla zkrácená verze dotazníku, obsahující 20 položek s hodnocením na osmistupňové frekvenční škále (MPOC-20). Hodnota 1 vyjadřuje nízkou podporu, poskytovanou rodičům profesionály, hodnota 7 naopak značnou míru podpory v uvedené oblasti. Skóre 0 naznačuje, že daná oblast se rodičů netýká, jejich údaje nejsou zahrnuty do statistického hodnocení. Vyšší skóre tedy znamená příznivější hodnocení poskytované podpory (King, King, Rosenbaum, 2004; *Measure of Processes of Care*, 2012). Pro vyhodnocení byla data dotazníku MPOC-20 sloučena do 5 škál: partnerství, všeobecné informace, informace o dítěti, komplexní péče, podpora (King, Rosenbaum, King, 1995, s. 54).

Výzkum byl realizován na základě písemného souhlasu zúčastněných zdravotnických zařízení a informovaného souhlasu respondentů. Rovněž Etická komise Lékařské fakulty Ostravské univerzity udělila souhlas s výzkumným šetřením. Dotazníky byly použity na základě získané licence (dotazník MPOC-20) a písemného souhlasu autorů dotazníku (PSS). Veškerá data byla získána a zpracována anonymně.

Data byla zpracována pomocí tabulkového procesoru Microsoft Office Excel a statisticky zhodnocena programem SPSS 19.0 a Stata verze 10. Pro statistické vyhodnocení získaných dat byla použita deskriptivní statistika, korelační analýza a neparametrický Kruskal Wallisův test pro více výběrů. Data byla testována na hladině statistické významnosti 5 % (0,05). Statistické vyhodnocení bylo realizováno v rámci Projektu Centra biostatistiky Ostravské univerzity.

VÝSLEDKY A INTERPRETACE

U našeho souboru se celkové skóre PSS pohybovalo v rozmezí 18 – 63 bodů, s průměrem 42,6 bodů ($\pm 8,9$). Průměrné celkové skóre stresu naznačuje střední úroveň stresu u našich respondentů. Této úrovně dosáhlo 59 % respondentů, 25 % respondentů v tomto hodnocení dosáhlo vysoké úrovně stresu.

Podrobnou analýzou získaných dat byl získán přehled konkrétních zdrojů napětí rodičů dětí s DMO. Jednotlivé položky byly hodnoceny průměrem 1,3 – 4,1 bodů (tab. 2).

Výsledky dvou položek ukázaly průměrné hodnocení, odpovídající maximálnímu zdroji stresu (obavy rodičů, zda pro své dítě dělají dost a nedostatek času a energie, nutné k péči o dítě). Tyto výsledky potvrzují náročnost péče o dítě s DMO.

Šest konkrétních oblastí působí střední zdroj stresu. Péči o dítě s postižením vnímají rodiče jako finanční zátěž ($m = 3,6$). Díky postižení dítěte je pro ně obtížné sladit rozdílné povinnosti ($m = 3,3$). Rovněž nedostatek času a volnosti je pro rodiče zdrojem stresu ($m = 3,0$). Rodiče hodnotí postižené dítě jako významný zdroj stresu ($m = 2,9$). Důvodem může být chování dítěte s postižením ($m = 2,7$). Neméně stresující se jeví pocit nadměrné zodpovědnosti být rodičem ($m = 2,7$).

Tab. 2. Zdroje stresu rodičů

PSS Položky seřazené dle míry stresu (n = 123)	medián	průměr (m)	SD	min.	max.
Minimální zdroj stresu					
Ochota udělat pro dítě vše	1	1,3	0,5	1	3
Blízký vztah s dítětem	1	1,3	0,6	1	5
Dítě jako zdroj lásky	1	1,4	0,7	1	5
Radost z času stráveného s dítětem	1	1,4	0,6	1	4
Radost z dítěte	1	1,5	0,7	1	5

Uspokojení v roli rodiče	1	1,6	0,8	1	5
Správnosť rozhodnutí mať dieťa	2	1,6	0,8	1	5
Optimistický pohľad do budúcnosti	2	1,9	1,1	1	5
Spokojenosť v roli rodiča	2	1,9	0,9	1	5
Nedostatečná kontrola nad životom	2	2,3	0,9	1	5
Střední zdroj stresu					
Stresujúci chováni dieťa	2	2,7	1,2	1	5
Zavalení povinnosťmi rodiča	2	2,7	1,2	1	5
Dieťa jako zdroj stresu	3	2,9	1,2	1	5
Nedostatek času a voľnosti	3	3,0	1,2	1	5
Obťaženie sladit povinnosťmi	4	3,3	1,0	1	5
Finančná záťaž	4	3,6	1,1	1	5
Maximální zdroj stresu					
Neschopnosť zvládnuť náročnosť pečie o dieťa	4	3,9	1,1	1	5
Obavy o poskytnutí dostatečnej pečie	4	4,1	1,0	1	5

Napětí rodičů mohou ovlivňovat funkční limity postižených dětí. Také nás zajímalo, zda bude nalezen vztah mezi stresem rodičů a funkčními schopnostmi dítěte s DMO. Respondenty jsme rozdělili do tří skupin podle klasifikace GMFCS jejich dětí. První skupina byla utvořena ze sloučené kategorie respondentů, jejichž dítě bylo, dle GMFCS, zařazeno do stupně I. a II., druhou skupinu tvořili respondenti, jejichž dítě bylo zařazeno do stupně III. GMFCS a třetí skupinu tvořila sloučená kategorie s dětmi zařazenými dle GMFCS do stupně IV. a V.

Po statistickém zhodnocení úrovně stresu respondentů, rozdělených dle funkčních schopností dětí s DMO, byl potvrzen statisticky významný rozdíl ($p = 0,05$). Celkovým stresem jsou nejvíce ohroženi rodiče dětí s menšími funkčními schopnostmi, nejmenší stres pociťují rodiče, u jejichž dítěte je lokomoce možná bez omezení. Rozdíly v hodnotách celkového stresu mezi jednotlivými sloučenými kategoriemi respondentů, utvořených dle hodnocení GMFCS dětí, jsou na hranici statistické významnosti (tab. 3).

Tab. 3. Rozdíly v hodnotách stresu rodičů v závislosti na funkčních schopnostech dětí

	GMFCS I a II (n = 52)		GMFCS III (n = 31)		GMFCS IV a V (n = 40)		p
	Průměr (m)	SD	Průměr (m)	SD	Průměr (m)	SD	
Celkový stres	40,4	8,9	43,3	8,2	44,9	9,2	0,05
Rodičovská role	1,4	0,6	1,65	0,8	1,93	0,9	0,02
Ochota udělat pro dítě vše	1,1	0,3	1,3	0,5	1,4	0,6	0,03
Chování dítěte	2,4	1,2	3,1	1,2	2,7	1,1	0,04
Obavy z budoucnosti	1,8	1,0	1,6	1,0	2,3	1,1	0,01

Při podrobné analýze dat, získaných v našem výzkumu, byly identifikovány čtyři zdroje stresu, u kterých byl nalezen signifikantní rozdíl, související s mírou postižení dítěte (tab. 3). V našem šetření jsme se zaměřili také na zhodnocení podpory, která je poskytována rodičům dětí s DMO, profesionály ošetrovateľství. Pozitivně byly respondenty hodnoceny informace, související s příčinami, vývojem nebo prognózou postižení dítěte a holistický pohled zdravotníků na potřeby dítěte. U většiny položek vnímali respondenti střední míru podpory, poskytovanou profesionály. Z hodnocení tedy vyplývají jisté nedostatky (Tab. 4), které mohou být zdrojem stresu rodičů. Povzbuzující může být zjištění, že nízká úroveň profesionální podpory nebyla respondenty vyjádřena u žádné položky dotazníku MPOC-20.

Tab. 4. Míra podpory rodičů profesionály

MPOC Položky seřazené dle průměru	počet odpovědí 0	%	počet (n)	medián	průměr (m)	SD	min	max
Střední míra podpory								
Dostupnost informací v různých formách	16	16	107	4	3,7	1,6	1	7
Poradenství, o možnostech získání informací, kontaktování jiných rodičů	15	15	108	4	3,8	1,7	1	7
Možnost vybrat si druh přijímaných informací	6	6	117	4	4,0	1,8	1	7
Písenné informace o pokrocích dítěte	3	3	120	4	4,0	1,7	1	7
Informace o spektru nabízených služeb	11	11	112	4	4,1	1,7	1	7
Písenné informace o postupu léčby dítěte	4	4	119	4	4,1	1,6	1	7
Dlouhodobá práce jednoho zdravotníka s dítětem	8	8	115	5	4,3	1,9	1	7
Možnost rodičů podílet se na rozhodování o léčbě dítěte	5	5	118	5	4,3	1,7	1	7
Poskytnutí informací celé rodině	15	15	108	4	4,3	1,6	1	7
Přístup personálu k rodičům jako k partnerům	6	6	117	4	4,4	1,6	1	7
Vysvětlení možnosti léčby	1	1	122	5	4,5	1,5	1	7
Shoda informací od zdravotníků	5	5	118	5	4,7	1,4	1	7
Seznámení s výsledky hodnocení	10	10	113	5	4,7	1,7	1	7
Poskytnutí pečovatelské atmosféry	5	5	118	5	4,7	1,6	1	7
Stejný cíl všech zdravotníků	6	6	117	5	4,7	1,5	1	7
Poskytnutí pocitu schopnosti rodičům	7	7	116	5	4,8	1,4	1	7

Individuálny prístup zdravotníkov	3	3	120	5	4,8	1,4	1	7
Dostatek času na rozhovor	2	2	121	5	4,9	1,4	1	7
Vysoká miera podpory								
Holistický pohľad na potreby dieťaťa	2	2	121	5	5,0	1,5	1	7
Informácie o postihnutí dieťaťa	7	7	116	5	5,0	1,6	1	7

V našom výzku je hodnotili takz vzťah medzi stresom rodičov a podporou, poskytovanou zdravotníkmi, podľa zamčrení této podpory. Koreláce nebýla potvrzena v žádnz s 5 škál profesionálnej podpory: partnerství ($r = - 0,0610$, $p = 0,50$), všeobecné informácie ($r = 0,1111$, $p = 0,22$), informácie o dieťati ($r = - 0,0418$, $p = 0,65$), komplexná péče ($r = - 0,0632$, $p = 0,49$), podpora ($r = - 0,0098$, $p = 0,91$).

DISKUZE

Mezi významné stresory u rodičov dieťi s DMO patři finanční zátěž a chování dieťate. Tento faktor je často dáván do súvislosti s psychickým zdravím nebo pohodou pečovatelů (Butcher, Wind, Bouma, 2008, s. 537; Glenn et al., 2008, s. 74; Ketelaar et al., 2008, s. 827; Mobarak et al., 2000, s. 430; Murphy et al., 2011, s. 101; Raina et al., 2005, s. 626; Woolfson, Grant, 2006, s. 180). Časová náročnosť péče o dieťe vede často k rozhodnutí matek, jako primárních pečovatelů, nevrátit se do zaměstnání. Dle zahraničních výzkumů je většina matek, z důvodu péče o dieťe s postižením, nezaměstnaná (Cowen, Reed, 2002, s. 276; Curran et al., 2001, s. 531; Vijesh, Sukumaran, 2007, s. 82). Nezaměstnanost byla zahraničními autory potvrzena až u 93 % matek (Sen, Yurtsever, 2007, s. 243), v našem výzku bylo téměř 61 % respondentů nezaměstnaných, 38 % nezaměstnaných rodičov mělo dieťe starší tři let.

Hodnocení stresu u našeho souboru je v souladu s hodnocením stresujících faktorů u matek dieťi s DMO v Anglii. Přestože autoři výzkumu použili pro klasifikaci stresu matek poněkud obsáhlejší měřicí nástroj, také oni označili, jako významné stresory, vysoké nároky na péči o dieťe, nedostatek financí a času a nedostatek volnosti (Glenn et al., 2008, s. 75). Souvislost stresu rodičov a míry postižení dieťate s DMO je diskutována, přesto odborníci dosud nedospěli k jednotnému závěru. Zatímco někteří popisují funkční omezení dieťate jako možný determinant stresu (Button, Pianta, Marvin, 2001, s. 71; Wang, Jong, 2004, s. 336-338), jiní tuto souvislost vyvrací (Glenn et al., 2008, s. 77; Ketelaar et al., 2008, s. 828; Kaya et al., 2010, s. 1669; Manuel et al., 2003, s. 199; Vijesh, Sukumaran, 2007, s. 81). U našeho souboru byla potvrzena souvislost stresu rodičov a funkčních schopností dieťate na hranici statistické významnosti.

Rodiče dieťi s DMO mají četné zkušenosti se zdravotnickými službami. Zahraniční studie popisují nedostatky, které vnímají rodiče během hospitalizace svých postižených dieťi. I přes negativní hodnocení některých oblastí nemocniční péče však nebyl potvrzen vzťah tohoto hodnocení ke stresu rodičov (Phua et al., 2005, s. 434). Ke stejnému závěru jsme dospěli v našem výzku. Zatímco vliv míry podpory, poskytované rodičům profesionály, na snížení úrovně stresu, nebyl v našem výzku potvrzen, dále by měla být testována souvislost stresu s dalšími proměnnými. Mezi faktory, které mohou potencionovat u rodičov stres, může patřit věk dieťate nebo frekvence rehabilitací, které musí dieťe absolvovat. Stres rodičov může ovlivňovat rovněž subjektivní vnímání zdravotního stavu dieťate rodiči, přidružená onemocnění dieťate, počet dalších dieťi, o které rodina pečuje, péče o více dieťi se speciálními potřebami, zapojení partnera do péče o dieťe, pobyt dieťate v zařízení denní péče, pracovní poměr pečovatele a zcela jistě také finanční situace rodiny.

ZÁVĚR

Průměrné skóre stresu respondentů v našem výzku dosahovalo střední úrovně, u čtvrtiny participantů však byla identifikována vysoká míra stresu. Jako nejvýznamnější stresor můžeme označit náročnosť péče o dieťe s DMO a pochybnost rodičov o schopnosti poskytovat dieťati potřebnou péči. Mezi důležité stresory patři nedostatek času, financí a neschopnost sladit povinnosti. Postižení dieťate a jeho chování je rovněž významným zdrojem stresu, který je dále potencionován pocitem nadměrné zodpovědnosti v roli rodiče. Vyšší úroveň stresu vykazovali rodiče, jejichž dieťe bylo zařazeno dle GMFCS do stupně IV. a V.

Při hodnocení služeb, poskytovaných dieťati s DMO profesionály zdravotnictví v posledním roce, vyjádřili respondenti střední míru podpory. Z hodnocení tedy vyplývají určité nedostatky, které vyžadují opatření ke zkvalitnění poskytované péče či nabízených služeb. I přes tyto nedostatky v poskytované péči nebýla v našem výzku potvrzena koreláce stresu respondentů a profesionální podpory v žádnz z pěti škál. Intervence zdravotníků, zaměřené na zlepšení psychické pohody rodičov dieťi s DMO, by měly být součástí komplexní péče, tak jak určuje aktuální trend filozofie – *Family Centred Care*.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

- BERRY, J.O. – JONES, W.H. 1995. The Parental Stress Scale: Initial psychometric evidence. In *Journal of Social and Personal Relationships*, 1995, vol. 12, no. 3, pp. 463-472.
- BREHAUT, J.C. et al. 2009. Health Among Caregivers of Children With Health Problems: Findings From a Canadian Population-Based Study. In *American Journal of Public Health*, 2009, vol. 99, no. 7, pp. 1254-1262.
- BUTCHER, P.R. – WIND, T. – BOUMA, A. 2008. Parenting Stress in Mothers and Fathers of Child With Hemiparesis: Sources of Stress, Intervening Factors and Long-Term Expressions of Stress. In *Child: Care, Health and Development*, 2008, vol. 34, no. 4, pp. 530-541.
- BUTTON, S. – PIANTA, R.C. – MARVIN, R.S. 2001. Partner Support and Maternal Stress in Families Raising Young Children with Cerebral Palsy. In *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 2001, vol. 13, no. 1, pp. 61-80.
- COWEN, P.S. – REED, D. A. 2002. Effects of Respite Care for Children with Developmental Disabilities: Evaluation of an Intervention for at Risk Families. In *Public Health Nursing*, 2002, vol. 19, no. 4, pp. 272-283.
- CURRAN, A.L. et al. 2001. Time Costs of Caring for Children with Severe Disabilities Compared with Caring for Children without Disabilities. In *Developmental Medicine and Child Neurology*, 2001, vol. 43, no. 8, pp. 529-533.
- GLENN, S. et al. 2008. Maternal Parenting Stress and its Correlates in Families with a Young Child with Cerebral Palsy. In *Child: Care, Health and Development*, 2008, vol. 35, no. 1, pp. 71-78.
- CHESHIRE, A. – BARLOW, J.H. – POWELL, L.A. 2010. The Psychosocial Well-Being of Parents of Children with Cerebral Palsy: A comparison study. In *Disability and Rehabilitation*, 2010, vol. 32, no. 20, pp. 1673-1677.
- KAYA, K. et al. 2010. Musculo-Skeletal Pain, Quality of Life and Depression in Mothers of Children with Cerebral Palsy. In *Disability and Rehabilitation*, 2010, vol. 32, no. 20, pp. 1666-1672.
- KETELAAR, M. et al. 2008. Stress in Parents of Children with Cerebral Palsy: What Sources of Stress are we Talking About. In *Child: Care, Health and Development*, 2008, vol. 34, no. 6, pp. 825-829.
- KING, S. – KING, G. – ROSENBAUM, P. 2004. Evaluating Health Service Delivery to Children With Chronic Conditions and Their Families: Development of a Refined Measure of Processes of Care (MPOC-20). In *Children's Health Care*, 2004, vol. 33, pp. 35-57.
- KING, S. – ROSENBAUM, P. – KING, G. 1995. *The Measure of Processes Of Care MPOC a Means to Assess Family Centred Behaviours of Health Care Providers*. Hamilton: McMaster university, 1995, 70 p.
- MANUEL, J. et al. 2003. Stress and Adaptation in Mothers of Children with Cerebral Palsy. In *Journal of Pediatric Psychology*, 2003, vol. 28, no. 3, pp. 197-201.
- Measure of Processes of Care [online]. 2012. McMaster University. [cit. 2012-11-23]. Dostupné na internetu: http://www.canchild.ca/en/measures/mpoc56_mpoc20.asp.
- MOBARAK, R. et al. 2000. Predictors of Stress in Mothers of Children with Cerebral palsy in Bangladesh. In *Journal of Pediatric Psychology*, 2000, vol. 25, no. 6, pp. 427-433.
- MUGNO, D. et al. 2007. Impairment of Quality of Life in Parents of Children and Adolescents with Pervasive Developmental Disorder. In *Health and Quality of Life Outcomes*, 2007, vol. 5, no. 22, pp. 22-30.
- MURPHY, N. et al. 2011. The Function of Parents and their Children with Cerebral Palsy. In *PM&R*, 2011, vol. 3, no. 2, pp. 98-104.
- PALISANO, R.J. et al. 2009. Family Needs of Parents of Children and Youth with Cerebral Palsy. In *Child: Care, Health and Development*, 2009, vol. 36, no. 1, pp. 85-91.
- PHUA, V. et al. 2005. Inpatient Care of Children with Cerebral Palsy as Perceived by their Parents. In *Journal of Pediatrics and Child Health*, 2005, vol. 41, no. 8, pp. 432-436.
- RAINA, P. et al. 2005. The Health and Well-Being of Caregivers of Children with Cerebral Palsy. In *Pediatrics*, 2005, vol. 115, no. 6, pp. 626-636.
- SEN, E. – YURTSEVER, S. 2007. Difficulties Experience by Families with Disabled Children. In *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 2007, vol. 12, no. 4, pp. 238-252.
- TOULIATOS, J. - PERLMUTTER, B. F. - STRAUS, A. M. *Handbook of Family Measurement Techniques*. California: Sage publications, 2001, 1217 p.
- VIJESH, P.V. – SUKUMARAN, P.S. 2007. Stress Among Mothers of Children with Cerebral Palsy Attendig Special Schools. In *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, 2007, vol. 18, no. 1, pp. 76-92.
- WANG, H. – JONG, Y. 2004. Parental Stress and Related Factors in Parents of Children with Cerebral Palsy. In *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 2004, vol. 20, no. 7, pp. 334-338.
- WOOLFSON, L. – GRANT, E. 2006. Authoritative Parenting and Parental Stress in Parents of Pre-school and Older Children with Developmental Disabilities. In *Child: Care, Health and Development*, 2006, vol. 32, no. 2, pp. 177-184.

KONTAKT

Mgr. Jana Kučová

Ústav ošetrovateľství a porodní asistence, LF OU
Syllabova 19
703 00 Ostrava
Česká republika
e-mail: kucovajana@centrum.cz

Prijaté: 21. 3. 2014

Akceptované: 6. 4. 2014

VPLYV POHLAVIA A OSOBNOSTI NA ZVLÁDANIE ZÁŤAŽE U PACIENTOV S CHRONICKOU PANKREATITÍDOU

Andrea Solgajová, Gabriela Vörösová, Dana Zrubcová

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

Abstract

SOLGAJOVÁ, A. – VÖRÖSOVÁ, G. – ZRUBCOVÁ, D. The influence of gender and personality on coping in patients with chronic pancreatitis. In Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie [online], 2014, vol. 4, no. 1, pp. 31-36. Available on: <http://www.oseetrovateľstvo.eu/archiv/2014-rocnik-4/cislo-1/vplyv-pohlavia-a-osobnosti-na-zvladanie-zataze-u-pacientov-s-chronickou-pankreatitidou>.

Introduction: Nursing diagnosis Ineffective Coping may occur largely in patients with chronic disease. Its solution in current clinical practice is not satisfactory, mainly because of the absence of tools for its objectification, such as the classification system NOC – Coping. When assessing coping strategies we should consider various determinants.

Aim: Research focuses on the impact of gender and personality on coping in patients with chronic pancreatitis.

Methods: NOC – Coping scale for assessing patients' coping and personality questionnaire IPIP (International Personality Item Pool) for assessing personality were used.

Sample: Sample consisted of 32 patients (14 women and 18 men) with chronic pancreatitis.

Results: Significant differences in overall coping and in coping factors in favor for women were found. Coping is closely related to the following personality traits: neuroticism, agreeableness, extraversion and conscientiousness.

Conclusion: The results support the need for individualized nursing care and effective implementation of the NOC – Coping scale (1302) for the use in clinical practice.

Keywords: coping, personality, nursing, diagnostics, chronic pancreatitis

ÚVOD

Problémom súčasnej klinickej praxe pri chronických ochoreniach je zameriavanie starostlivosti viac na biologické potreby, ako na ďalšie potreby pacientov s chronickými ochoreniami. Psycho-sociálne potreby zostávajú v úzadí. Chronická pankreatitída je jedným z takýchto ochorení, najmä ak sa jedná o formu s trvalými bolesťami, bez pokojových fáz. U pacientov sa objavujú v súvislosti s bolesťou mnohé psycho-sociálne problémy (bezmocnosť, úzkosť, neefektívne zvládanie záťaže a iné). Bolesť pri chronickej pankreatitíde môžeme považovať za jeden z hlavných prediktorov popisovaných súvisiacich faktorov ošetrovateľskej diagnózy Neefektívne zvládane záťaže (narušená schopnosť uvoľnenia napätia, neadekvátne využívanie vlastných zdrojov, neadekvátna úroveň vnímania kontroly, vysoký stupeň vnímania ohrozenia) (Herdman, 2012, s. 348).

V príspevku sa zaoberáme ošetrovateľskou diagnózou Neefektívne zvládane záťaže (00069) (Herdman, 2012, s. 348). V našich podmienkach, nie je konkrétne ošetrovateľská diagnóza Neefektívne zvládane záťaže takto definovaná v zozname sesterských diagnóz. Môžeme sa len domnievať, že by mohlo ísť o diagnózy spadajúce pod kategóriu A – 100-109 Adaptácia (Vyhláška 306/2005 Z.z.). Nakoľko nie sú pre sestry presne zadefinované tieto diagnostické kategórie, stretávame sa s tým, že nie sú v rámci našej klinickej praxe sestrami ani riešené.

Herdman (2012, s. 348) a Ackley a Ladwig (2014, s. 261) pre diagnostickú kategóriu Neefektívne zvládanie uvádzajú podľa NANDA-I, že ide o neschopnosť správne vyhodnocovať stresory, nesprávny výber reakcií, a/alebo neschopnosť využívať dostupné zdroje. K definícii ošetrovateľskej diagnózy sú uvedené aj definujúce charakteristiky a súvisiace faktory (Herdman, 2012; Ackley, Ladwig, 2014).

V nadväznosti na definíciu a charakteristické znaky ošetrovateľskej diagnózy Neefektívne zvládanie záťaže podľa NANDA-I. existujú intervencie pre redukciu, či elimináciu tohto problému pochádzajúce z klasifikačného systému ošetrovateľských intervencií (*Nursing Interventions Classification*) NIC – Zvýšenie zvládania a Podpora rozhodovania (Ackley, Ladwig, 2014, s. 262), ako aj škály pre hodnotenie ich efektívnosti z klasifikačného systému výsledkov ošetrovateľstva (*Nursing Outcomes Classification*) NOC – Zvládanie záťaže, Rozhodovanie, Sebakontrola impulzov, Spracovanie informácií (Ackley, Ladwig, 2014, s. 261), Akceptácia: zdravotný stav, Adaptácia na fyzické postihnutie, Zvládanie záťaže, Osobná odolnosť a iné (Ackley, Ladwig 2008).

Pre uvedené skutočnosti vnímame klasifikačné systémy NANDA, NIC a NOC ako nástroje, ktoré by vo veľkej miere mohli pomáhať sestram v rozhodovaní pri riešení aj psycho-sociálnych problémov pacientov.

Intervencie, ktoré sú v kompetenciách sestry pre redukciu, či elimináciu ošetrovateľskej diagnózy „Neefektívne zvládanie záťaže“, môžeme považovať za podporné prostriedky tzv. copingových stratégií. V psychologickú teóriu sú copingové stratégie popisované ako akákoľvek snaha riadiť boj s požiadavkami stresovej situácie, ktoré presahujú možnosti postihnutej

osoby – bez ohľadu na ich účinnosť alebo hodnotu (Folkmanová, Lazarus, 1984, Podľa Křivohlavý, 2002, s. 138).

Folkmanová, Lazarus (1984) (Podľa Křivohlavý, 2002, s. 139) rozdelili zvládanie záťaže do nasledovných stratégií:

1. coping zameraný na zhodnocovanie – pre seba definovať význam situácie, a znovu, inak ho definovať, prehodnotiť;
2. coping zameraný na problém – hľadanie informácií, tvorba riešení, heuristické riešenia;
3. coping zameraný na emócie – snahu kontrolovať city vo vzťahu k stresoru a pokúsiť sa udržať citovú rovnováhu za pomoci citového „vybitia“ a citovej regulácie.

Všeobecne o copingových stratégiách môžeme povedať, že sa jedná o typické spôsoby, akými ľudia pristupujú k zvládaniu záťažových situácií. V ošetrovateľskej praxi je pre sestru viac dôležité zamerať sa na to, s čím má pacient aktuálne problém pri zvládaní, ako špecifikovať o akú stratégiu zvládania záťaže ide. Preto klasifikačný systém NOC nie je priamo prepojený s charakterizovaním copingových stratégií, ako sú definované v psychologických výskumoch. Ukazovatele, ktoré sú v NOC – Zvládanie záťaže (1302) zastúpené však odrádzajú viaceré stratégie zvládania záťaže. Príkladom pre stratégiu zameranú na zhodnocovanie je v NOC ukazovateľ „Verbalizuje akceptáciu situácie“, pre stratégiu coping zameraný na problém „Vyhľadáva renomované informácie o diagnóze“ a pre coping zameraný na emócie „Udáva zlepšenie psychologickéj pohody“. Sledovanie jednotlivých položiek NOC na druhej strane sestry ponúka možnosť špecificky zacieliť intervenciu na danú oblasť. Takéto zameranie súvisí s preferovaným pohľadom v ošetrovateľstve, ktorým je riešenie aktuálneho stavu a nie skúmanie typických stratégií (napríklad zvládania záťaže).

Zvládanie záťaže ako psychologická premenná úzko súvisí s osobnosťou. Podľa viacerých autorov (Mikšík, 2007, s. 132) má na vzorec copingových stratégií významný vplyv osobnosť. Autori Kobasa, Maddi, Pucetti a Zola (1985) skúmali úlohu osobnosti v stresovo – chorobnom procese, ktorú môžeme považovať za záťažovú situáciu. Zistili, že tzv. nezdolnosť (*hardiness*) úzko súvisí so zvládaním. Ľudia s vysokou nezdolnosťou zvládali záťažové situácie oveľa lepšie ako ľudia s nízkou nezdolnosťou. Aj niektoré osobnostné vlastnosti vychádzajúce z teórie Veľkej päťky (*Big Five*; Ruisel, 2008, s. 211) by mali vykazovať vzťah so zvládaním záťaže. Podľa uvedenia Ruisela (2008) osobnostná vlastnosť „prívetivosť“ resp. „príjemnosť“ bude úzko súvisieť s efektívnym zvládaním záťaže, nakoľko ľudia aktívne vyhľadávajú oporu u iných ľudí, čo znamená, že aktívne budú pristupovať k riešeniu problému (coping zameraný na problém a coping zameraný na emócie). Rovnako aj u ľudí s osobnostnou vlastnosťou „svedomitosť“, pri ktorej Ruisel (2008) uvádza, že svedomití ľudia sú cieľavedomí a spoľahliví, so silnou vôľou, predpokladáme vzťah so zvládaním záťaže. Silná vôľa je predikcia aktívneho riešenia problému (coping zameraný na problém). S neefektívnym zvládaním záťaže bude súvisieť najmä neurotizmus, nakoľko úzko súvisí s nestabilitou človeka pri riešení problému (menej stabilní jednotlivci budú horšie zvládať záťažové situácie).

CÍL PRÁCE

Zhodnotiť úroveň zvládania záťaže u pacientov s chronickou pankreatitídou podľa pohlavia a skúmať vzťah zvládania záťaže a základných osobnostných vlastností pacientov s chronickou pankreatitídou.

SÚBOR

Súbor tvorilo 32 pacientov (14 žien a 18 mužov). Výber respondentov bol zámerný a zaraďujúcimi kritériami boli: lekárska diagnóza chronická pankreatitída, hospitalizácia minimálne 14 dní, hospitalizácia na Internej klinike FN v Nitre, spolupráca a súhlas respondenta so zaradením do štúdie.

METODIKA

Prostredníctvom škály NOC – Zvládanie záťaže (1302) boli u pacientov pozorované ukazovatele zvládania záťaže. Škála obsahuje 18 ukazovateľov zvládania záťaže. Jednotlivé ukazovatele sú merané na päťstupňovej Likertovej škále, od 1 – 5, kde 1 znamenala nikdy preukazovaný a 5 neustále preukazovaný. Pozorovanie uskutočňovala sestra jednorázovo, v priemere na 10. deň hospitalizácie pacienta. Sestra bola pred začatím štúdie zaškolená pre používanie škály k hodnoteniu zvládania záťaže.

Na hodnotenie osobnosti sme použili sebvýpovedový dotazník IPIP (International Personality Item Pool – Five-Factor Model Measure), ktorým je možné analyzovať osobnosť v piatich faktoroch (extraverzia, neurotizmus, otvorenosť, príjemnosť a svedomitosť) (Ruisel, 2008, s. 211). Hodnotenie prebieha na Likertovej škále 1-5, kde 1 je vôbec nevystihuje a 5 úplne vystihuje. Zároveň je táto škála v pôvodnej koncepcii použiteľná aj v podmienkach Slovenska (Sollár, Romanová, 2011).

Štúdia bola schválená Etickou komisiou FN v Nitre.

Na zistenie rozdielov vo zvládaní záťaže vzhľadom k pohlaviu pacienta sme použili Studentov t – test. Popisujeme priemer (AM) a štandardnú odchýlku (SD). Z výsledku t-testu pre dva nezávislé výbery prezentujeme testovacie kritérium (t). Vypočítanú hodnotu pravdepodobnosti (p-hodnotu) porovnávame s vopred stanovenou hladinou významnosti ($\alpha=0,05$). Ak je výsledná hodnota nižšia, výsledok je štatisticky významný. Pre hodnotenie vzťahu zvládania záťaže u pacientov s chronickou pankreatitídou a ich osobnostných charakteristík sme použili Pearsonovu koreláciu.

VÝSLEDKY

Tabuľka 1 prezentuje výsledky úrovne zvládania záťaže u mužov a žien s chronickou pankreatitídou. Celkové skóre zvládania záťaže sme vypočítali z jednotlivých ukazovateľov zvládania záťaže. Bolo zistené, že ženy zvládajú záťaž lepšie (AM = 3,41) ako u muži (AM = 2,83). Medzi pohlaviami vo zvládaní záťaže je zaznamenaný aj štatisticky významný rozdiel ($p = 0,021$).

Tab. 1. Zvládanie záťaže u pacientov s chronickou pankreatitídou podľa pohlavia

Muži		Ženy		t	df	p
AM	SD	AM	SD			
2,83	0,69	3,41	0,63	2,43	30	0,021

Legenda: AM – aritmetický priemer, SD – smerodajná odchýlka, t – hodnota Studentovho T –testu pre dva nezávislé výbery, df – stupne voľnosti, p – hodnota štatistickej významnosti; Likertova stupnica: 1 – nikdy preukazovaný, 2 – ojedinele preukazovaný, 3 – niekedy preukazovaný, 4 – často preukazovaný, 5 – neustále preukazovaný.

Tabuľka 2 prezentuje konkrétne ukazovatele zvládania záťaže (tzv. vzorce správania) podľa pohlavia pacienta.

Podľa jednotlivých ukazovateľov (vzorcov správania) zvládania záťaže je u žien ukazovateľ „verbalizuje pocit kontroly“ (AM = 2,79) zastúpený na najmenšej úrovni, po ňom nasleduje ukazovateľ „identifikuje efektívne modely zvládania“ (AM = 3,00) a „zaobstará si asistenciu od zdravotníka“ (AM = 3,07).

U mužov v ukazovateľoch (vzorcoch správania) zvládania záťaže najviac vystupujú ako neefektívne najmä: „udáva pokles stresu“ (AM = 2,28) a „verbalizuje pocit kontroly“ (AM = 2,39).

Iba v niekoľkých ukazovateľoch zvládania záťaže sú štatisticky významné zistenia, a to konkrétne u: „identifikuje rôzne stratégie zvládania“ ($p = 0,011$) v prospech žien (AM = 3,64; „vyhýba sa príliš stresujúcim situáciám“ ($p = 0,025$) v prospech žien (AM = 3,64); „udáva pokles v negatívnych pocitoch“ ($p = 0,013$) v prospech žien (AM = 3,50) a „udáva zlepšenie psychickej pohody“ ($p = 0,047$) v prospech žien (AM = 3,79).

Tab. 2. Ukazovatele zvládania záťaže u pacientov s chronickou pankreatitídou podľa pohlavia

Ukazovatele zvládania záťaže	Muži		Ženy		t	df	p
	AM	SD	AM	SD			
Identifikuje efektívne modely zvládania	2,78	2,05	3,00	1,96	0,31	30	0,758
Verbalizuje pocit kontroly	2,39	1,04	2,79	0,97	1,10	30	0,279
Udáva pokles stresu	2,28	1,23	3,14	1,17	2,02	30	0,052
Verbalizuje akceptáciu situácie	2,67	1,37	3,36	0,84	1,65	30	0,109
Vyhľadáva renomované informácie o diagnóze	2,89	1,13	3,43	1,02	1,40	30	0,172
Vyhľadáva renomované informácie o liečbe	3,00	1,24	3,50	1,16	1,17	30	0,253
Modifikuje životný štýl na redukciu stresu	2,83	1,34	3,57	1,02	1,71	30	0,097
Prispôsobuje sa životným zmenám	2,94	1,21	3,71	0,99	1,92	30	0,064
Používa osobný podporný systém	3,11	1,32	3,64	1,01	1,25	30	0,222
Používa správanie na redukciu stresu	2,89	1,37	3,29	0,83	0,96	30	0,346
Identifikuje rôzne stratégie zvládania	2,78	1,00	3,64	0,74	2,70	30	0,011

Používa efektívne stratégie zvládania	3,11	1,23	3,29	0,91	0,44	30	0,661
Vyhýba sa príliš stresujúcim situáciám	2,88	0,93	3,64	0,84	2,37	29	0,025
Verbalizuje potrebu asistencie	2,89	1,08	3,38	1,19	1,21	29	0,237
Obstará si asistenciu od zdravotníka	3,33	1,46	3,07	1,38	0,52	30	0,610
Udáva pokles vo fyzických prejavoch stresu	2,78	1,06	3,43	1,02	1,75	30	0,090
Udáva pokles v negatívnych pocitoch	2,67	0,84	3,50	0,94	2,64	30	0,013
Udáva zlepšenie psychologickéj pohody	2,89	1,13	3,79	1,31	2,07	30	0,047

Legenda: AM – aritmetický priemer, SD – smerodajná odchýlka, t – hodnota Studentovho t-testu pre dva nezávislé výbery, df – stupne voľnosti, p – hodnota štatistickej významnosti; Likertova stupnica: 1 – nikdy preukazovaný, 2 – ojedinele preukazovaný, 3 – niekedy preukazovaný, 4 – často preukazovaný, 5 – neustále preukazovaný.

V tabuľke 3 sú zobrazené vzťahy zvládania záťaže pacientov s chronickou pankreatitídou a ich osobnostných vlastností. Silný (pozitívny) vzťah zvládania záťaže sme zaznamenali s prívetivosťou ($r = 0,517$) a svedomitosťou ($r = 0,457$). Negatívne koreluje zvládanie záťaže s neurotizmom ($r = -0,484$). Extraverzia a otvorenosť sú so zvládaním záťaže štatisticky nevýznamné.

Tab. 3. Vzťah zvládania záťaže u pacientov s chronickou pankreatitídou a základných osobnostných vlastností

	Neurotizmus	Extraverzia	Otvorenosť	Prívetivosť	Svedomitosť
r	-0,484	0,223	0,154	0,517	0,457
p	0,005	0,227	0,408	0,003	0,009
n	32	31	31	30	32

Legenda: r – korelačný koeficient, p – štatistická významnosť, n – početnosť

DISKUSIA

Vzorci správania, ktoré prispievajú k zvládaniu záťaže sme identifikovali prostredníctvom škály NOC – Zvládanie záťaže (1302). Celkovo pacienti s chronickou pankreatitídou, i napriek tomu, že bojujú s chronickým ochorením, ktoré im vo výraznej miere komplikuje život (najmä bolesťami), využívajú vzorce správania vedúce k zvládaniu tohto ochorenia niekedy, čo znamená, že nie neustále, ale ani nikdy. Zvládanie záťaže je u žien na vyššej úrovni ako u mužov. Medzi pohlaviami sme zaznamenali vo zvládaní záťaže štatisticky významný rozdiel (tab. 1). Naše zistenie podporuje Herdman (2012, s. 348), ktorý uvádza, že k súvisiacim faktorom vzniku neefektívneho zvládania záťaže patria medzi pohlavné rozdiely vo výbere stratégií zvládania záťaže.

Pre diagnostiku ošetrovateľskej diagnózy Neefektívne zvládanie záťaže, ktorú definuje NANDA I je veľmi výhodné, ak by sestra používala klasifikačný systém NOC. Pomáha jej identifikovať nielen to, čo má posudzovať – ukazovatele (vzorci správania), ale zároveň jej poskytuje informácie aj o úrovni týchto ukazovateľov. Domnievame sa, že v prípade ak by ukazovatele (vzorci správania) na škále boli na stupni 1 (nikdy preukazovaný), 2 (ojedinele preukazovaný) je potrebné, aby sestra intervenovala, a tým zabezpečila redukciu alebo elimináciu problému neefektívneho zvládania u pacienta. V danom prípade je intervencia sestier na opodstatnenom mieste, nakoľko riešenie tohto problému, môže následne súvisieť s ďalšími problémami, napr. nedodržiavanie liečebného režimu a pod. Sestra správnym diagnostikovaním a následne riešením významnou mierou teda prispieva k celkovej liečbe a starostlivosti.

Ďalším dôležitým postrehom je aj to, v akých ukazovateľoch majú pacienti problémy, teda ktoré oblasti je potrebné podporiť, aby sme problém eliminovali alebo aspoň redukovali. V našom prípade sme chceli vedieť aj to, či by sestra mala venovať pozornosť aj iným determinantom.

Z výsledkov môžeme konštatovať, že sú ukazovatele (vzorci správania – stratégie zvládania), ktoré treba viac podporovať u žien, na to aby lepšie zvládali záťaž a iné sú zase u mužov.

Podľa jednotlivých ukazovateľov (vzorcov správania) zvládania záťaže je u žien ukazovateľ „verbalizuje pocit kontroly“ zastúpený na najnižšej úrovni, po ňom nasleduje ukazovateľ „identifikuje efektívne modely zvládania“ a „zaoberá sa asis-

tenciu od zdravotníka“ (tab. 2). Tzn. najmä tieto ukazovatele v našom skúmanom súbore najviac prispievajú k neefektívnemu zvládaniu u žien. U mužov v ukazovateľoch (vzorcoch správania) zvládania záťaže najviac vystupujú ako neefektívne najmä: „udáva pokles stresu“ a „verbalizuje pocit kontroly“ (tab.2). Pozoruhodné je zistenie, že vo všetkých ukazovateľoch zvládania záťaže, pri ktorých sme zistili štatisticky významný rozdiel sú v prevahe ženy. Je to informácia pre sestry, že pri prijímaní pacienta, resp. pri starostlivosti o pacienta mužského pohlavia, by mala venovať väčšiu pozornosť týmto ukazovateľom, nakoľko sú u mužov zastúpené v malej miere, tým menej prispievajú k efektívnemu zvládaniu jeho problému súvisiaceho s ochorením.

Druhou oblasťou skúmania bolo zistenie vzťahu zvládania záťaže s typom osobnostných vlastností u pacientov s chronickou pankreatitídou (tab. 3).

Zistili sme, že zvládanie záťaže významne koreluje s neurotizmom ($r = -0,484$), voľne povedané, že čím je pacient neurotickejší, tým horšie ochorenie (záťaž) zvláda. Podľa Ruisela (2008) u ľudí s neurotizmom je znížená možnosť adaptácie na životné požiadavky, a tým môže viac táto charakteristika viesť k zvýšeniu náchylnosti k ochoreniu. V našom prípade môže ísť o zníženú schopnosť adaptácie na zmenené podmienky vplyvom chronického ochorenia, čo môže úzko vyústiť až do nezvládania choroby (neefektívneho zvládania záťaže). Naopak ľudia opačného typu osobnosti budú voči týmto zmenám odolnejší, a ako uvádza Ruisel (2008) budú mať charakteristické črty ako optimizmus, zmysel pre koherenciu alebo nezdolnosť.

Výsledky štúdie potvrdzujú aj tvrdenia iných autorov (Kobasa, Maddi, Pucetti a Zola, 1985), ktorí skúmali nezdolnosť, a zistili, že ľudia s vysokou nezdolnosťou, tzn. nízko neurotickí, teda stabilní v záťažovej situácii, zvládali záťažovú situáciu oveľa lepšie ako ľudia s nízkou nezdolnosťou, teda vysoko neurotickí, nestabilní v záťažovej situácii.

Najsilnejší vzťah zvládania záťaže je s prívetivosťou ($r = 0,517$), následne so svedomitosťou ($r = 0,457$). Prívetivosť resp. príjemnosť popisuje Ruisel (2008) ako osobnostnú črtu s interpersonálnymi tendenciami. Ďalej uvádza, že ľudia sú psychicky zdravší. V štúdiu môžeme konštatovať, že výsledky svedčia pre lepšie zvládanie záťaže pri vysokej prívetivosti (príjemnosti).

Rovnako aj svedomitosť, ktorá v štúdiu koreluje so zvládaním záťaže súvisí s uvedením Ruisela (2008), že svedomití ľudia sú cieľavedomí a spoľahliví, so silnou vôľou. Preto pri vzniknutom ochorení so zmenenými životnými podmienkami sa dokážu lepšie prispôbiť a ísť za svojim (novým) cieľom.

Extraverzia a otvorenosť sú so zvládaním záťaže štatisticky nevýznamné. V kontexte s výsledkami štúdie môžeme otvorenosť ako uvádza Ruisel (2008) vnímať nielen ako osobnostnú črtu, ale aj ako určitú formu psychologickú obranu, ale nepotvrdzujú sa očakávania, že uzavretosť sama o sebe je zovšeobecnenou obrannou reakciou, čo v našom prípade znamená, že nesúvisí so zvládaním záťaže jednoznačne.

Zisteniami štúdie o vplyve osobnostných črt podľa teórie Veľkej päťky (Ruisel, 2008, s. 211) môžeme súhlasiť s tvrdením Mikšika (2007, s. 132), že zvládanie záťažových situácií vo veľkej miere ovplyvňuje osobnosť.

Za limity štúdie považujeme najmä malú veľkosť súboru, ako aj to, že sme hodnotili zvládanie záťaže pacientov s chronickou pankreatitídou bez hodnotenia intenzity bolesti.

ZÁVĚR

Výsledky štúdie potvrdzujú potrebu individualizovanej ošetrovateľskej starostlivosti, s prihliadaním nielen na pohlavie pacienta, ale aj na jedinečnosť osobnosti (osobnostné črty). Zároveň výsledky získané prostredníctvom škály NOC – Zvládanie záťaže (1302), ktorými sme zistili vzťahy so skúmanými osobnostnými črtami, potvrdzujú aj tvrdenia z teórie. To potvrdzuje validitu nástroja (konštruktová validita) NOC – Zvládanie záťaže (1302) a jeho použiteľnosť v klinickej praxi. Pre klinickú validitu a reliabilitu daného meracieho nástroja by sme ďalej mohli použiť metodologický postup, ktorý bol použitý v našich podmienkach pri meracom nástroji NOC Úroveň úzkosti (Vanečková, Sollár, Vörösová, 2012). Na základe výsledkov štúdie odporúčame adaptovať meracie nástroje z klasifikačného systému NOC pre objektivizáciu ošetrovateľských diagnóz nielen z biologickej, ale aj psychologickú a sociálnu oblasť.

Príspevok bol podporený grantovou agentúrou APVV (Grant číslo APVV-0532-10 „Psychometrická analýza a syntéza existujúcich nástrojov na diagnostikovanie úzkosti a zvládanie záťaže v ošetrovateľstve“) a UGA UKF v Nitre (VIII/13/2012 Psycho-sociálne potreby chorého v kontexte ošetrovateľstva).

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

- ACKLEY, B.J. – LADWIG G.B. 2008. *Nursing Diagnosis Handbook: An Evidence – Based Guide to Planning Care*. Missouri: Mosby, Inc., 2008, pp. 273-280.
- ACKLEY, B.J. – LADWIG G.B. 2014. *Nursing Diagnosis Handbook: An Evidence – Based Guide to Planning Care*. Elsevier, Inc., 2014, pp. 261-267.
- HERDMAN, T.H. et al. (ed.) 2012. *NANDA International. Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2012 – 2014*. Oxford: Wiley-Blackwell, 2012. 348p.
- FOLKMANOVÁ, S. – LAZARUS, R.S. 1984. Zvládanie stresu – coping. In KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychológia nemoci*. Praha: Grada, 2002. 208 s. ISBN 80-247-017.
- KOBASA, S.C. – MADDI, S.R. – PUC CETTI, M.C. – ZOLA, M.A. 1985. Effectiveness of hardiness exercise and social support as resources against illness. In *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 29, no. 5, pp. 525-533.
- MIKŠÍK, O. 2007. *Psychologická charakteristika osobnosti*. Karolinum, 2007. 273 s. RUISEL, I. 2008. *Osobnosť a poznávanie*. Bratislava: Ikar, 2008. 256 s.
- SOLLÁR T. – ROMANOVÁ M. 2011. Proaktívne zvládania - koncept a súčasný stav merania. In *Pomáhajúce profesie - aktuálne trendy v teórii, výskume a praxi. Sekcia 1. Závaž a odolnosť v pomáhajúcich profesiách: zborník príspevkov z medzinárodnej vedeckej konferencie, konanej dňa 9.11.2011 pri príležitosti osláv 10. výročia založenia Fakulty sociálnych vied a zdravotníctva UKF v Nitre*. Nitra: UKF, 2011, s. 103-130.
- VANEČKOVÁ J. – SOLLÁR T. – VÖRÖSOVÁ G. 2012. Defining characteristics of the nursing diagnosis anxiety: a validation study. In *Present and the future of nursing and midwifery: proceedings for international conference 6th - 7th September 2012, Ceske Budejovice, Czech Republic*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2012, p. 294-299. ISBN 978-80-7394-365-3.
- Vyhláška MZ SR 306/2005 Z.z., ktorou sa ustanovuje zoznam sesterných diagnóz.

KONTAKT

PhDr. Andrea Solgajová, PhD.

Katedra ošetrovateľstva, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva UKF v Nitre
Kraskova 1
949 74 Nitra
Slovensko
e-mail: asolgajova@ukf.sk

Prijaté: 21. 3. 2014

Akceptované: 8. 4. 2014

A VISION FOR DYSPHAGIA SCREENING BY NURSES

Petra Mandysová

Faculty of Health Studies, University of Pardubice

Abstract

MANDYSOVÁ, P. A vision for dysphagia screening by nurses. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2014, vol. 4, no. 1, pp. 37-41. Available on: <http://www.oseetrovateľstvo.eu/archiv/2014-rocnik-4/cislo-1/a-vision-for-dysphagia-screening-by-nurses>.

Aim: The aim was to develop and implement in practice a simple nursing dysphagia screening tool (NDST).

Methods and Sample: In Phase 1, a total of 157 patients prone to dysphagia underwent a nursing swallowing assessment (32 items). The results were compared with the objective flexible endoscopic examination of swallowing (FEES). Nursing assessment items with a statistically significant relationship to FEES became the NDST items. In Phase 2, the effectiveness of an educational session on the NDST's correct use was studied, using a knowledge post-test. Seventy nurses or university students attended the session. In Phase 3, the NDST's inter-rater reliability was studied on a sample of 42 patients with cerebrovascular accident, using coefficient kappa (κ).

Results: Eight items were selected for the NDST; its sensitivity (95.5%) and negative predictive value (88.9%) were high in the neurological subgroup. The average success rate of the knowledge post-test was 73.8%. The overall inter-rater reliability was low ($\kappa = 0.264$; $p = 0.047$); however, substantial agreement was reached for selected items.

Conclusion: The NDST is the only dysphagia screening tool developed in the Czech Republic; its diagnostic criteria are high. Current work focuses on fine-tuning education and supporting its implementation.

Keywords: dysphagia, inter-rater reliability, nursing assessment, screening tool, swallowing

INTRODUCTION

Until about 5 years ago, the issue of nursing involvement in dysphagia (impaired swallowing) assessment received little attention in the Czech Republic (CR). This could be surprising as dysphagia is such a common problem, mainly in selected ear, nose, and throat (ENT) and neurological conditions (Bours et al., 2009, p. 478). In addition, dysphagia can be accompanied by a variety of complications, some of which can be quite serious – mainly aspiration, as it can lead to pneumonia and even death of the patient (Mandysová et al., 2012, p. 45).

Since then, however, the situation has changed substantially, and a number of steps have been taken by nurses and other health care workers to raise the awareness of this issue in the CR. These efforts reflect, at least to some extent, the results of various research studies conducted in the CR. For example, Petržílková et al. (2012, p. 263) studied the prevalence of subjectively perceived swallowing difficulties in 124 Czech seniors from health and social care institutions in the Liberec Region, using the ten-item Eating Assessment Tool (EAT-10). It was found that 25% of the seniors were “positive”, i.e. they perceived swallowing-related problems in at least three of the ten items (Petržílková et al. (2012, p. 264). Other authors studying this issue in the CR have stressed the importance of a multidisciplinary approach to dysphagia assessment – nurses are an important member of such dysphagia teams as they can be involved in dysphagia screening (Tedla et al., 2009, p. 218; Mandysová, Ehler, 2011, p. 426). This approach is used in many countries (e.g. Canada, the United States, and Great Britain), mainly in the treatment and care of patients with acute cerebrovascular accident – ideally, dysphagia screening is conducted as early upon admission as possible to help reduce the incidence of dysphagia-related complications (Mandysová, Ehler, 2011, p. 426). In fact, it has been shown that the implementation of dysphagia screening programs by health care institutions is associated with a reduced incidence of pneumonia (Hinchev et al., 2005).

In the last 20 years, many dysphagia screening tools have been developed; typically, the process of dysphagia screening tool development consists in the identification of physical assessment items that are associated with dysphagia (specifically, with aspiration due to its potentially serious outcome, mentioned above), as detected by objective testing (Mandysová, Ehler, 2011, p. 427). However, many of the research studies contain methodological shortcomings (Bours et al., 2009). A common problem is that the objective test used to detect dysphagia (the “gold standard”) is not “objective” enough or is not used at all; the ideal “gold standard” should be, according to many experts’ opinion, flexible endoscopic examination of swallowing (FEES) or videofluoroscopy (Mandysová, Ehler, 2011, p. 427).

The issue in the CR is complicated by the fact that any dysphagia screening tool developed in a language other than Czech needs to be translated, which can be a very daunting task in itself. In 2009, Tedla et al. published, in Czech, a foreign-developed dysphagia screening tool; however, the authors did not provide any information on the process of the tool’s translation. In addition, the tool had been adapted without proper testing through research, and its diagnostic criteria had not been studied. Therefore, it cannot be recommended for practice without further studies.

In 2012, a nursing dysphagia screening tool was published, in Czech, based on a research study conducted in the CR (Mandysová et al., 2012). It contained 8 items, and its diagnostic criteria (sensitivity, specificity, negative predictive value,

and positive predictive value) ranged from low to high, depending on whether the patients had a neurological or ENT diagnosis (Mandysová et al., 2012). Although the authors did not describe the method of individual item testing, further work has been underway, focusing on correct implementation of the tool in practice (Mandysová, Ehler, 2013). These efforts are linked to a single research study conducted in the period from 01/2009 to 12/2013; it consisted of three separate phases (Phase 1, Phase 2, and Phase 3). The aim of this paper to summarize these three phases, present the most important findings, and to propose the direction of further work in the area of nursing dysphagia assessment.

AIM

The overall aim of the study was to develop and implement in practice a simple nursing dysphagia screening tool (NDST). In Phase 1, the aim was to develop a simple nursing dysphagia screening tool (NDST). In Phase 2, the aim was to study the effectiveness of an educational session on the correct use of the tool. In Phase 3, the aim was to implement the NDST in practice and to study its inter-rater reliability.

SAMPLE

In Phase 1 (it spanned from 01/2009 to 07/2011), a total of 157 patients treated in a regional hospital (both inpatients and outpatients) were recruited. The patients had a neurological ($n = 112$) or ENT ($n = 45$) diagnosis and, based on their primary diagnosis, were at risk of dysphagia. In Phase 2, a total of 70 learners (30 general nurses from selected health care institutions and 40 university students enrolled in non-medical health care study programs) were recruited. In Phase 3, a total of 42 patients with cerebrovascular accident, hospitalized in a neurology clinic of a regional hospital, were enrolled.

METHODS

The centrepiece of Phase 1 entailed the development of a nursing screening tool for dysphagia. It was based on a so called “nursing assessment”, which comprised the patients’ physical assessment related to their swallowing function (a total of 32 items), including a swallow test using a thickened and thin liquid. The patients’ individual item results were compared with a “gold standard”, i.e. an objective examination of the swallowing function focusing on detecting penetration / aspiration – FEES, conducted by the physician.

Since all the results were dichotomized (normal versus abnormal), the patterns of association could be examined using the association coefficient phi (ϕ). Nursing assessment items with a statistically significant relationship to FEES were included in the NDST, as long as the items contained $\leq 5\%$ of missing data. An important prerequisite for the development of a “generic” nursing tool was sufficient similarity between the two groups of patients (patients with a neurological condition on the one hand and patients with an ENT condition on the other hand). In other words, the frequency of abnormal findings associated with swallowing function needed to be similar for both groups of patients.

Next, the NDST’s diagnostic criteria were calculated for each possible cut-off score; the priority was the highest possible sensitivity and negative predictive value (NPV).

Phase 2 (from 10/2011–11/2012) focused on studying the effectiveness of education on the correct use of the NDST, developed in Phase 1. The learners attended an educational session consisting of a video on patient assessment using the NDST, practising all the related skills, and a discussion. In total, 5 identical sessions were organized (three for the students and two for the nurses), and the size of each group ranged from 9 to 18 learners.

Immediately after the session, the learners completed a knowledge post-test that measured their knowledge (it included 8 questions and so the total possible score was 8 points – one point for each correct answer). The knowledge post-test was a multiple-response test, and for each question, the probability to randomly choose the correct answer was 25%.

The learners’ median, mode, average total score, and average success rate, obtained on the post-test, were calculated. In addition, each test question was analysed and its success rate was determined. Finally, attention was paid to the nature of the discussion and skill practice during each session. This aspect of the session was to a large extent determined by the learners themselves, and subsequently, its content could vary accordingly.

The centrepiece of Phase 3 (from 08/2013–12/2013) entailed determining inter-rater reliability of the NDST (through independent assessments by two assessors), in a research sample consisting of patients with cerebrovascular accident. The assessments were conducted ≤ 2 hours apart, and each assessor was blinded to the result obtained by the other assessor. The inter-rater reliability was determined for the overall result as well as for the individual assessment items, using coefficient kappa (κ).

RESULTS

As far as Phase 1 is concerned, it was found that between the two mentioned groups of patients, there were significant differences in the frequency of abnormal findings associated with swallowing function. Most importantly, “only” 41.5% of patients with a neurological condition had abnormal FEES; the percentage of patients with an ENT condition and abnormal FEES was much higher (60.5%). Therefore, the condition of “sufficient unanimity” for the development of a generic dysphagia screening tool was not met. Consequently, a neurological screening tool was developed, by analysing the results for the subset of 106 patients with a neurological diagnosis.

Out of 11 nursing assessment items with a statistically significant relationship to FEES, eight did not have missing data in more than 5% of the cases and were hence included in the screening tool (tab. 1).

Tab. 1. Nursing dysphagia screening tool

Items	Yes*	No
1. Ability to cough		
2. Ability to clench the teeth		
3. Symmetry / strength of the tongue		
4. Symmetry / strength of facial muscles		
5. Shoulder symmetry / strength		
6. Dysarthria		
7. Aphasia		
8. Thickened liquid: cough		

* "Yes" is abnormal for items 6–8; "No" is abnormal for items 1–5.

When determining the ideal cut-off score that would enable dichotomization of overall results into "normal" and "abnormal" ones, the priority was to achieve the highest possible sensitivity and negative predictive value. They were the highest for cut-off score = 1; sensitivity reached 95.5% (95% confidence interval [CI]: 84.9–98.7%) and negative predictive value reached 88.9% (95% CI: 67.2–96.9%).

Phase 2 focused on studying the effectiveness of education on the neurological NDST developed in Phase 1. As was mentioned, the total possible score of the eight-question knowledge post-test was 8 points. The median of the post-test was 6 points, the mode was 7 points (24.3% of the learners obtained this score), the average total score was 5.9 points, and the average success rate was 73.8%. For half of the questions, the success rate of the research sample was higher than 80%. The lowest success rate was 51.4% (for one question).

The centrepiece of Phase 3 entailed determining inter-rater reliability in a sample consisting of 42 patients with cerebrovascular accident. Inter-rater reliability of the dichotomized result and the individual items is in Table 2.

Tab. 2. Inter-rater reliability of the nursing dysphagia screening tool (N = 42)

Items	κ	p-value
Dichotomized result	0.264	0.047*
1. Ability to cough	0.724	< 0,001**
2. Ability to clench the teeth	-0.046	0.641
3. Symmetry / strength of the tongue	0.070	0.635
4. Symmetry / strength of facial muscles	0.324	0.013*
5. Shoulder symmetry / strength	0.540	0.001**
6. Dysarthria	0.583	< 0,001**
7. Aphasia	0.600	< 0,001**
8. Thickened liquid: cough	0.784	< 0,001**

N – the sample size; κ – coefficient kappa; * – the result (κ) is statistically significant for $p \leq 0.05$; ** – the result (κ) is statistically highly significant for $p \leq 0.01$.

DISCUSSION

The diagnostic parameters of the NDST developed in Phase 1 (Tab. 1) are just as high as the diagnostic parameters of several other, frequently cited foreign tools. For example, the Toronto Bedside Swallowing Screening Test (TOR-BSST) demonstrated 91–95% sensitivity and 89.5–93.3% NPV (Martino et al., 2009, p. 560). The Gugging Swallowing Screen (GUSS) had 100% sensitivity and NPV (Trapl et al., 2007, p. 2949). However, both screening tools were developed based on “gold standard” assessments involving a much smaller group of patients: Trapl et al.’s sample included 49 patients (2007, p. 2950) and Martino et al.’s sample included 68 patients (2009, p. 559) who underwent “gold standard” (FFES or videofluoroscopy) testing.

No screening tool was developed for the subset of patients with an ENT diagnosis ($n = 38$) because the two items with a statistically significant relationship to FEES (both were related to the thin liquid swallow test) contained a high percentage of missing data and for the third item with a statistically significant relationship to FEES, this relationship was negative. However, further research in patients with ENT diseases could focus on studying the relationship between the thin liquid swallow test conducted by nurses and an examination using a “gold standard” (e.g. FEES).

The results of Phase 2 suggest that the effectiveness of the education was not convincing. However, the test may have been difficult in comparison with other tests. For example, Cichero et al. also implemented an educational session on the correct use of a dysphagia screening tool; they used the true / false type of knowledge post-test, for which the probability to choose the correct answer to each question was as high as 50% (2009, p. 1652). The average score was 94% (Cichero et al., 2009, p. 1652) – it was much higher than the average score achieved in this study, which is not surprising since Cichero et al.’s (2009) post-test seemed to be much easier.

An interesting finding was that during the educational session, the students focused more on “technical” skills whereas the nurses focused on “cognitive” skills, i.e. on clinical reasoning and decision-making. Their goal was not to “master” the assessment techniques but rather to understand whether the presented activity made sense to them.

As was mentioned, Phase 3 focused on determining inter-rater reliability of the NDST. Inter-rater reliability of the dichotomized result was rather low (coefficient $\kappa = 0.264$; $p = 0.047$). However, for three assessment items, substantial agreement was obtained: “thickened liquid: cough” ($\kappa = 0.784$; $p < 0.001$) “ability to cough” ($\kappa = 0.724$; $p < 0.001$), and “aphasia” ($\kappa = 0.600$; $p < 0.001$). Average agreement was obtained for items “dysarthria” ($\kappa = 0.583$; $p < 0.001$) and “shoulder symmetry / strength” ($\kappa = 0.540$; $p = 0.001$). The remaining items had low or slightly negative agreement: (“symmetry / strength of facial muscles”, “symmetry / strength of the tongue” and “ability to clench the teeth”).

Future work could focus on efforts to improve inter-rater reliability of the NDST. One important factor that may have contributed to low overall agreement is the fact that one of the assessors was an experienced nurse (i.e. the principal researcher of all three phases of the study) with extensive training in nursing physical assessment; the other assessor was a university student enrolled in a master nursing study program, who had undergone training in Phase 2 of the study and additional one-day supervision by the first assessor at the bedside. This amount of training may not have been sufficient, especially in more complicated situations. For example, patients with neurological diagnoses may exhibit apraxia. In fact, managing “difficult” patient situations (such as apraxia) had not been included in the educational session; yet the presence of apraxia makes it more difficult to interpret the findings.

CONCLUSION

The eight-item nursing dysphagia screening tool described in this paper is the only dysphagia screening tool developed in the CR and based on a rigorously conducted research study. For neurological patients, its diagnostic criteria are excellent. However, implementation of the tool in practice is not easy. The content of the educational session may not be entirely adequate due to somewhat lower knowledge post-test results; at the same time, however, the post-test may have been too difficult. As the results of Phase 3 revealed, it could be beneficial to expand the educational session and include “difficult situations”. In addition, nurses need to understand the rationale behind the tool’s use in their daily practice before they are ready to learn the technical skills needed for correct tool administration.

The tool has already been implemented in selected Czech hospitals. Further recommendations for practice are expected because the use of the tool is studied in a project funded by the Internal Grant Agency of the Czech Ministry of Health, “Management of diagnostics and therapy of swallowing disorders” (Research and Development Council of the Czech Republic, 2013). It is hoped that in selected settings in the CR (such as stroke centres and neurological ICUs), nursing dysphagia screening will become an integral part of patient assessment.

The study was the basis of the author’s PhD dissertation, which was supervised by Associate Professor Edvard Ehler, MD, CSc. The following co-workers participated in data collection (in alphabetical order): Iva Bártová, MD; Michal Černý, MD; Miloš Kotulek, MD; Mgr. Adéla Stehlíková; Mgr. Jana Škvrňáková, PhD (all in Phase 1); Mgr. Marie Matějčková (in Phase 2); and Bc. Helena Trundová (in Phase 3). The study was partially funded by the Internal Grant Agency of the Czech Ministry of Health, project no. NT13725.

REFERENCES

- BOURS, G.J.J.W. – SPEYER, R. – LEMMENS, J. – LIMBURG, M. – DEWIT, R. 2009. Bedside screening tests vs. videofluoroscopy or fibreoptic endoscopic evaluation of swallowing to detect dysphagia in patients with neurological disorders: systematic review. In *Journal of Advanced Nursing* [online], 2009, vol. 65, no. 3, pp. 477-493. [cit. 2013-07-11]. Available on: http://kennisnetwerkcvva.nl/sites/default/files/gerri_bours_review_swallowing_screening_2009.pdf.
- CICHERO, J. A. Y. – HEATON, S. – BASSETT, L. 2009. Triaging dysphagia: nurse screening for dysphagia in an acute hospital. In *Journal of Clinical Nursing* [online], 2009, vol. 18, no. 11, pp. 1649-1659. [cit. 2013-12-31]. Available from CINAHL Complete.
- HINCHEY, J. A. – SHEPHARD, T. – FURIE, K. – SMITH, D. – WANG, D. – TONN, S. 2005. Formal dysphagia screening protocols prevent pneumonia. In *Stroke* [online], 2005, vol. 36, no. 9, pp. 1972-1976. [cit. 2010-06-06]. Available on: <http://stroke.ahajournals.org/content/36/9/1972.full>.
- MANDYSOVÁ, P. – EHLE, E. 2011. Dysphagia screening in neurology: the nurse's role. In *Neurologie pro praxi* [online], 2011, vol. 12, no. 6, pp. 426-429. [cit. 2012-09-15]. Available on: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2011/06/12.pdf>.
- MANDYSOVÁ, P. – EHLE, E. 2013. The effectiveness of a nurse-led educational session focused on dysphagia screening. In *Nursing of the 21st century in the process of changes 2013 [CD-ROM]*. Nitra: Faculty of Social Sciences and Health Care in Constantine the Philosopher University in Nitra, 2013, pp. 185-191.
- MANDYSOVÁ, P. – EHLE, E. – ŠKVRŇÁKOVÁ, J. – ČERNÝ, M. – KOTULEK, M. 2012. Tvorba osmipoložkového testu pro screening poruch polykání sestrou. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2012, vol. 2, no. 2, pp. 45-50. [cit. 2013-09-14]. Available on: http://www.osevrotavelstvo.eu/_files/2012/02/45-tvorba-osmipolozkoveho-testu-pro-screening-poruch-polykani-sestrou-2012-2-2.pdf.
- MARTINO, R. – SILVER, F. – TEASELL, R. – BAYLEY, M. – NICHOLSON, G. – STREINER, D. L. – DIAMANT, N. E. 2009. The Toronto Bedside Swallowing Screening Test (TOR-BSST). In *Stroke* [online], 2009, vol. 40, no. 2, pp. 555-561. [cit. 2012-08-02]. Available on: <http://stroke.ahajournals.org/content/40/2/555.full>.
- PETRŽÍLKOVÁ, K. – MANDYSOVÁ, P. – ŠKVRŇÁKOVÁ, J. – EHLE, E. 2012. Subjective assessment of the swallowing function in seniors: Use of the foreign tool EAT-10. In *Kontakt* [online], 2012, vol. 14, no. 3, pp. 261-268. [cit. 2014-03-16]. Available on: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20121012095317974506.pdf>.
- RESEARCH AND DEVELOPMENT COUNCIL OF THE CZECH REPUBLIC. NT13725 - Management diagnostiky a terapie poruch polykání (2012-2015, MZO/NT). [online]. 2013. [cit. 2013-06-25]. Available on: <http://www.isvav.cz/projectDetail.do?rowId=NT13725>.
- TEDLA, M. et al. 2009. Poruchy polykání. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2009. 312 p.
- TRAPL, M. – ENDERLE, P. – NOWOTNY, M. – TEUSCHL, Y. – MATZ, K. – DACHENHOUSEN, A. – BRAININ, M. 2007. Dysphagia bedside screening for acute stroke patients: The Gugging Swallowing Screen. In *Stroke* [online], 2007, vol. 38, no. 11, pp. 2948-2952. [cit. 2012-08-01]. Available on: <http://stroke.ahajournals.org/content/38/11/2948>.

KONTAKT

Petra Mandysova, MSN, Ph.D.
Faculty of Health Studies, University of Pardubice
Průmyslová 395
532 10 Pardubice
Czech Republic
e-mail: Petra.Mandysova@upce.cz

Received: 21st March 2014

Accepted: 28th April 2014

KOŽUCHOVÁ, M. ET AL. DOMÁCA OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ – RECENZIA

Lucie Sikorová

Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta, Ústav ošetrovateľství a porodní asistence

KOŽUCHOVÁ, M. et al. *Domáca ošetrovateľská starostlivosť*. 1. vyd. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2014. 245 s. ISBN 978-80-8063-414-8.

Domáci ošetrovateľská péče je celosvětovým trendem, který tvoří neoddělitelnou součást moderního systému zdravotnické péče. Je významnou součástí odborné, kvalifikované péče, která je určená pacientům, kteří jsou z důvodu změny zdravotního stavu částečně nebo úplně odkázáni na odbornou pomoc další osoby. Domácí prostředí má při péči o nemocného nespornou výhodu při procesu jeho uzdravování. Přináší pacientovi jistotu, pocit bezpečí a sociální a emocionální podporu blízkých.

V monografii autorky prezentující problematiku domácí péče v kontextu Slovenska a přibližují aktuální poznatky k domácí péči získané studiem, výzkumem a praxí. Výstupem komplexního přístupu autorského kolektivu je zajímavá, čtivá a především informačně saturovaná publikace. Monografie je primárně určena odborníkům v komunitní péči, je využitelná také v profesní i postgraduální přípravě sester a dalších zdravotnických pracovníků.

Publikace o rozsahu 287 stran, včetně příloh, je systematicky rozdělena do deseti kapitol pokrývajících samostatné tematické okruhy. Publikace se opírá o kvalitní informační zdroje (knižní a časopisecké prameny a legislativní dokumenty) precizně uváděné v závěru každé kapitoly. V úvodních kapitolách monografie jsou prezentována teoretická a historická východiska rozvoje domácí péče v kontextu zemí Evropské unie. Za stěžejní část předkládané publikace je možno pokládat druhou a třetí kapitolu, které vyčerpávajícím způsobem přibližují vznik, rozvoj, zaměření a hlavní aspekty domácí ošetrovateľské péče na Slovensku včetně očekávaných trendů dalšího vývoje. Komunitní sestry a sestry pracující v agenturách domácí péče ocení zejména třetí kapitolu, ve které autoři po historickém exkurzu prezentují konkrétní prakticky využitelné informace o financování ADOS na Slovensku a o základních požadavcích na jejich provoz (ošetrovateľská dokumentace, vybavení a personální složení). Komplexní přístup je patrný zejména v dalších částech publikace, kdy se autoři věnují souvisejícím tématům jako je rodina, zátěž neformálních pečovateli a kvalita života pacientů/klientů domácí péče. Pozornost je věnována také sestrám pracujícím v domácí péči (pracovní spokojenost a zátěž sester), interakci mezi sestrou a pacientem/klientem v domácí péči a jeho rodinou (komunikace v domácí péči) a také etice v kontextu domácí péče. Kromě výsledků výzkumů, jejichž poznatky byly využity při zpracování kapitol, zde čtenář najde také přehled a charakteristiku nástrojů vhodných k měření prezentovaných fenoménů.

Logicky strukturovaná a přehledná publikace je psána jasným a srozumitelným akademickým jazykem, což je předpokladem pro její úspěšné využití u sester a případně jiných zdravotnických pracovníků v terénní komunitní praxi, ve vzdělávacím procesu a také pro výzkumnou činnost studentů a akademických pracovníků. Monografie vytvořená zkušeným autorským týmem je zárukou odborné a metodologické kvality publikace.

KONTAKT

Mgr. Lucia Sikorová, PhD.

Ústav ošetrovateľství a porodní asistence, LF OU
Syllabova 19
703 00 Ostrava – Zábřeh
Česká republika
e-mail: lucie.sikorova@osu.cz

Prijaté: 4. 4. 2014

Akceptované: 2. 5. 2014