

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek
Sekcia sestier pracujúcich v psychiatrii
Psychiatrické oddelenie UNLP Košice
Regionálna komora sestier a pôrodných asistentiek Košice I a Košice II
Slovenská lekárska komora



„STAROSTLIVOSŤ O PSYCHIATRICKÉHO PACIENTA V 21 STOROČÍ.“

Zborník príspevkov z 1.medzinárodného vedeckého sympózia odborníkov
pracujúcich v psychiatrii a XVII. celoslovenskej konferencie sestier pracujúcich v psychiatrii
s medzinárodnou účasťou

8. - 9. októbra 2015

Historická radnica, Hlavná 59, Košice



Editori

PhDr. Tatiana Hrindová, PhD.

PhDr. Katarína Samecová

Recenzenti:

doc. PhDr. Mária Zamboriová, PhD.

doc. PhDr. Lucia Dimunová, PhD.

Rukopisy neprešli jazykovou úpravou. Za jazykovú stránku, obsahovú stránku a úplnosť uvádzania literárnych zdrojov zodpovedajú autori príspevkov.

© Vydala Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, Amurská 71, Bratislava.

Rok vydania: 2015

ISBN: 978-80-89542-53-6

EAN: 9788089542536

OBSAH

ZMIENNE SOCJODEMOGRAFICZNE, KLINICZNE I PSYCHOMETRYCZNE U PACJENTÓW UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU ZE WSPÓŁWYSTĘPUJĄCYMI: PRZYJMOWANIEM NARKOTYKÓW LUB ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI <i>Antczak K. et al.</i>	5
ASERTIVITA AKO NÁSTROJ KOMUNIKÁCIE ZDRAVOTNÍCKYCH PRACOVNÍKOV <i>Grešková D., Hajdúková M.</i>	13
ŠPECIALIZÁCIA V PSYCHIATRICKOM OŠETROVATEĽSTVE - CESTA K AUTONÓMNEMU VÝKONU OŠETROVATEĽSKEJ PRAXE? <i>Hrindová T., Leczová, D.</i>	20
EVIDENCE BASED NURSING – TEORETICKÉ VÝCHODISKÁ STAROSTLIVOSTI V PSYCHIATRICKOM OŠETROVATEĽSTVE <i>Kilíková M.</i>	27
SOCIÁLNA REHABILITÁCIA V PRAXI <i>Kleinová D.</i>	35
PIELĘGNIARKA W PSYCHIATRYCZNEJ OPIECE ZDROWOTNEJ W POLSCE <i>Kosińska B.</i>	37
PRÍRUČKA AKO OBJAVIŤ CESTU K ABSTINENCII A AKO ÍŠŤ ĎALEJ... (PODPORA A RADY PRE KAŽDÉHO KOHO POSTIHOĽ ALKOHOLIZMUS) <i>Pronajová M., Kašovská J., Calíková L.</i>	41
KOMUNITNÁ STAROSTLIVOSŤ V OBLASTI DUŠEVNÉHO ZDRAVIA Z POHĽADU SESTIER <i>Raková J.</i>	61
DEPREŠIA AKO DETERMINANT KVALITY ŽIVOTA U SENIOROV <i>Sováriová Soósová M.</i>	70
SLEDOVANIE RIZIKOVÉHO FAKTORA ŽIVOTNÉHO ŠTÝLU V PRIMÁRNEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI <i>Štefková G., Zamboriová M.</i>	79
SYNDRÓM FOMO <i>Uhláriková A., Sandtnerová J.</i>	88
ABSTRAKTY	93
REHABILITÁCIA GERONTO-PSYCHIATRICKÝCH PACIENTOV <i>Urbánová E.</i>	94
JAK PROBÍHÁ REFORMA PSYCHIATRICKÉ PĚČE V ČR <i>Petr T.</i>	95
ROLE PSYCHIATRICKÝCH SESTER V KOMUNITNÍ PĚČI – PRAKTICKÉ SKUŠENOSTI <i>Novotná B.</i>	95
PRÍNOS PRÁCE SESTRY V PSYCHIATRICKOM PROCESSE <i>Herczog K., Konkolyiová L.</i>	96
NÁCVIK KONŠTRUKTÍVNEHO JEDNANIA U DROGOVO ZÁVISLÝCH – KONŠTRUKTÍVNA HÁDKA <i>Nováková V., Molnárová J.</i>	96
HISTÓRIA V4 PSYCHIATRICKÉHO OŠETROVATEĽSTVA V OBRAZOCH <i>Molnárová J.</i>	97
PSYCHIATRICKÉ ASPEKTY PROSTREDIA V STAROSTLIVOSTI O PACIENTOV S PSYCHICKÝMI PORUCHAMI <i>Matisová R., Chrenová Z., Flešková D., Ondrejka I.</i>	98

ÚVOD

I. medzinárodné vedecké sympóziu odborníkov pracujúcich v psychiatrii kontinuálne nadväzuje na tradíciu celoslovenských konferencií sestier pracujúcich v psychiatrii SK SaPA s medzinárodnou účasťou. Účastníci tohto odborného podujatia sa stretávajú po roku, aby sa venovali oblastiam psychiatrického ošetrovateľstva, prezentovali vlastné skúsenosti a získavali nové informácie .

Odborný rast sestier prispieva k zvyšovaniu kvality ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta. Psychiatrické ošetrovateľstvo vyžaduje od sestry nielen odbornú pripravenosť, ale aj osobnostnú zrelosť. Oblasť duševného zdravia je oblasťou, v ktorej sa stretávajú a vzájomne na seba pôsobia všetky aspekty ľudskej existencie: biologická, psychologická, sociálna a environmentálna. Väčšina ľudí má ďaleko od optimálneho stavu duševného zdravia. Duševné zdravie nie je teda štatistickou normou, ale cieľom, ktorý je potrebné dosiahnuť.

V zborníku sú publikované príspevky autorov, ktorí vystúpili v rámci odborného programu I.medzinárodného vedeckého sympózia odborníkov pracujúcich v psychiatrii, konaného 8.-9.10.2011 v Košiciach. Témy boli obsahovo zamerané na oblasť psychiatrického ošetrovateľstva, preventívnych programov pre zlepšovanie informovanosti o duševnom zdraví, ale aj na predstavenie alternatívnych programov v súvislosti so starostlivosťou o ľudí s duševnými chorobami. Významnosť tohto podujatia podporuje aj účasť viacerých zahraničných hostí, ktorí svojimi príspevkami približujú špecifiká v poskytovaní psychiatrickej starostlivosti pacientom s duševným ochorením v ich regióne.

Editori

ZMIENNE SOCJODEMOGRAFICZNE, KLINICZNE I PSYCHOMETRYCZNE U PACJENTÓW UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU ZE WSPÓŁWYSTĘPUJĄCYMI: PRZYJMOWANIEM NARKOTYKÓW LUB ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI

Autor: Katarzyna Antczak^{1*}, Anna Zielińska^{1*}, Damian Czarnecki¹, Marcin Ziółkowski¹, Hubert Wójcik^{1*}, Elżbieta Holec^{1*}, Jan Chodkiewicz², Krzysztof Gąsior³, Artur Juczyński⁴, Agata Biedrzycka⁵, Katarzyna Nowakowska-Domagala⁶

¹Zakład Pielęgniarstwa Psychiatrycznego, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, *- członkowie koła naukowego „Altera Pars”

²Zakład Psychologii Zdrowia, Instytut Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego,

³Świętokrzyskie Centrum Profilaktyki i Edukacji

⁴Miejski Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Łodzi

⁵Oddział Leczenia Uzależnień, Szpital Psychiatryczny w Radomiu

⁶ Zakład Rehabilitacji Psychospołecznej, Katedra Rehabilitacji Uniwersytetu Medycznego w Łodzi,

Streszczenie

Uzależnienie od alkoholu to poważny problem społecznoekonomiczny, ale również kliniczny, szczególnie, gdy osoby uzależnione dodatkowo mają zaburzenia psychiczne (depresje, zaburzenia lękowe) lub przyjmują narkotyki. Z tego względu wymagają oni ukierunkowanych działań pielęgniarskich w opiece medycznej.

Słowa kluczowe: Uzależnienie od alkoholu. Problemy socjodemograficzne, kliniczne i psychometryczne. Zaburzenia psychiczne. Uzależnienie od narkotyków.

Summary

Alcohol addiction is a serious socio-economic and clinical problem, especially when people affected also suffer from mental disorders (depression, anxiety disorders) or addicted to drugs. For this reason, they require targeted nursing actions in medical care.

Key words: alcohol addiction, socialdemographic, clinical and psychometric problems, mental disorders, drug addiction

Wstęp

Niecałe 9% ludności mieszkającej w Polsce ma problemy z używaniem alkoholu, w tym picie szkodliwe oraz uzależnienie od alkoholu [1]. 800 tys. Polaków wykazuje objawy uzależnienia od alkoholu- według szacunkowych danych [2]. Na leczenie zgłasza się około 120-130 tysięcy osób, czyli około 1/7 pacjentów rozpoczyna terapię, z czego spory odsetek tej terapii już nie kończy [3]. Jest to najrzadziej zgłaszająca się do leczenia grupa pacjentów. Używanie alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych jest bardziej normą, niż wyjątkiem w grupie pacjentów psychiatrycznych [5,6]. Nadużywanie alkoholu prowadzi do wielu powikłań zdrowotnych, które pogłębiają się i nasilają wraz z czasem trwania uzależnienia. Używanie narkotyków oraz zaburzenia psychiczne stanowią jedne z nich. Uzależnienie od substancji psychoaktywnej z współwystępującym zaburzeniem psychicznym określane jest jako podwójne rozpoznanie [3,4].

Cel badań

Celem badań było porównanie zmiennych socjodemograficznych, klinicznych i psychometrycznych u pacjentów, którzy byli uzależnieni tylko od alkoholu lub dodatkowo przyjmowali narkotyki lub występowały u nich zaburzenia psychiczne.

Osoby badane i metodologia badań

W badaniach uczestniczyli mężczyźni i kobiety leczone stacjonarnie odwykowo. Porównano zmienne socjodemograficzne, kliniczne i psychometryczne (skala głodu alkoholowego PENN, skala głębokości uzależnienia SADD, skala nawrotów) w grupach osób tylko uzależnionych od alkoholu (n=248) z osobami dodatkowo przyjmującymi narkotyki (n=35) lub z zaburzeniami psychicznymi (depresje, zaburzenia lękowe) (n=137). Praca powstała w ramach projektu badawczego B14118000050.03 „Odczuwanie głodu alkoholu przez osoby uzależnione. Polska adaptacja narzędzi pomiaru i ich upowszechnienie” finansowanego przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

Omówienie

Pacjenci uzależnieni tylko od alkoholu w porównaniu z osobami dodatkowo przyjmującymi narkotyki znamienne statystycznie różnili się posiadaniem partnera oraz odpowiednio wiekiem (44,5vs35,0 lat), wynikami skali nawrotów (przyjemne uczucia- 4,43vs3,77; próby kontroli picia - 3,99vs3,31; względy towarzyskie - 4,50vs5,05), średnim wiekiem, w którym

rozpoczął się problem alkoholowy (28,59vs23,37 rok życia) oraz czasem leczenia odwykowego (4,16vs1,59 lat) i występowaniem zaburzeń psychicznych (36,4%vs62,9%). Natomiast osoby uzależnione tylko od alkoholu w porównaniu z pacjentami z współwystępującymi problemami psychicznymi różnili się posiadaniem partnera oraz odpowiednio wynikami skali PENN (6,30vs8,29), skali nawrotów (dolegliwości somatyczne - 3,75vs4,28; nagły głód substancji - 3,94vs4,35; nieprzyjemne uczucia - 4,85vs5,27; konflikty - 4,37vs5,04), skali SADD (20,60vs24,92), występowaniem myśli samobójczych (7,9%vs21,6%), czasem leczenia odwykowego (2,82vs5,15 lat) i wiekiem, w którym rozwinął się problem alkoholowy (29,5vs25,9 rok życia).

Narkotyki

występowanie myśli samobójczych

u osób przyjmujących narkotyki:

- TAK- 23,5% (8 osób)
- NIE- 76,5% (26 osób)

u osób nie przyjmujących:

- TAK-11,9% (28 osób)
- NIE-88,1% (208 osób)

Płeć

osoby uzależnione:

- mężczyzna-91,4% (32 osoby)
- kobieta- 8,6% (3 osoby)

osoby nie przyjmujące:

- mężczyzna- 82,7% (206 osób)
- kobieta- 17,3% (43 osoby)

Stan cywilny

osoby uzależnione:

- żonaty/mężatka-54,3% (19 osób)
- kawaler/panna- 31,4% (11 osób)
- rozwodnik- 14,3% (5 osób)
- wdowiec- 0 osób

osoby nie przyjmujące:

- żonaty/mężatka- 25,5% (63 osoby)
- kawaler/panna- 48,6% (120 osób)
- rozwodnik-24,3% (60 osób)
- wdowiec- 1,6% (4 osoby)

Zamieszkanie

osoby uzależnione:

- samotnie- 21,9% (7 osób)
- z rodziną- 78,1% (32 osoby)

osoby nie przyjmujące:

- samotnie- 22,4% (54 osoby)
- z rodziną-77,6% (187osób)

Rodzice (lub jeden) uzależnieni

osoby uzależnione:

- TAK-73,5% (25 osób)
- NIE-26,5% (9 osób)

osoby nie przyjmujące:

- TAK- 57,7% (143 osoby)
- NIE-42,3% (105 osób)

występowanie zaburzeń psychicznych (nerwice,depresje)

osoby uzależnione:

- TAK-62,9% (22 osoby)
- NIE-37,1% (13 osób)

osoby nie przyjmujące:

- TAK-36,4% (90 osób)
- NIE-63,6% (157 osób)

Występowanie chorób somatycznych

osoby uzależnione:

- TAK-14,3% (5 osób)
- NIE-85,7% (30 osób)

osoby nie przyjmujące:

- TAK- 19,2% (47 osób)
- NIE-80,8% (198 osób)

Uczestnictwo w AA

osoby uzależnione:

- TAK-65,7% (23 osoby)
- NIE-34,3% (12 osób)

osoby nie przyjmujące:

- TAK-71,9% (179 osób)
- NIE-28,1% (70 osób)

Aktualne zażywanie leków przepisanych przez psychiatrę

osoby uzależnione:

- TAK-31,4% (11 osób)
- NIE-68,6% (24 osoby)

osoby nie przyjmujące narkotyków:

- TAK-20,6% (51 osób)
- NIE-79,4% (196 osób)

Zaburzenia psychiczne

Występowanie myśli samobójczych

U osób z zaburzeniami psychicznymi:

- TAK-21,6% (29 osób)
- NIE-78,4% (105 osób)

U osób bez zaburzeń psychicznych:

- TAK- 7,9% (17 osób)
- NIE-92,1% (198 osób)

Płeć

U osób z zaburzeniami:

- MĘŻCZYZNA- 81% (111 osób)
- KOBIETA- 19% (26 osób)

U osób bez zaburzeń:

- MĘŻCZYZNA- 81,9% (185 osób)
- KOBIETA- 18,1% (41osób)

Stan cywilny

U osób z zaburzeniami:

- żonaty/zamężna- 40,7% (55 osób)
- kawaler/panna- 30,4% (41 osób)
- rozwodnik- 25,9% (35 osób)
- wdowiec- 3% (4 osoby)

U osób bez zaburzeń:

- żonaty/zamężna- 23,7% (53 osób)
- kawaler/panna- 55,4% (124 osoby)
- rozwodnik- 19,2% (43 osoby)
- wdowiec- 1,8% (4 osoby)

Zamieszkanie

U osób z zaburzeniami:

- sam- 23,1% (30 osób)
- z rodziną-76,9% (100 osób)

U osób bez zaburzeń:

- sam-17,6% (39 osób)
- z rodziną-82,4% (182 osoby)

Rodzice (lub jeden) uzależnieni

u osób z zaburzeniami psychicznymi:

- TAK-69,3% (95 osób)
- NIE- 30,7% (42 osoby)

u osób bez zaburzeń:

- TAK- 50,4% (113 osób)
- NIE- 49,6% (111 osób)

Występowanie chorób somatycznych

u osób z zaburzeniami:

- TAK-28,7% (39 osób)
- NIE- 71,3% (97 osób)

u osób bez zaburzeń:

- TAK- 13,5% (30 osób)
- NIE- 86,5% (193 osoby)

Uczestnictwo w grupie AA

U osób z zaburzeniami psychicznymi:

- TAK- 65,9% (91 osób)
- NIE- 34,1% (47 osób)

U osób bez zaburzeń:

- TAK-62,1% (139 osób)
- NIE- 37,9% (85 osób)
-

Aktualne zażywanie leków przepisanych przez psychiatrę

U osób z zaburzeniami:

- TAK- 42,6% (58 osób)
- NIE- 57,4% (78 osób)

U osób bez zaburzeń:

- TAK- 8% (18 osób)
- NIE-92% (206 osób)

Wnioski

Pacjenci uzależnieni od alkoholu z współwystępującymi problemami, jak przyjmowanie narkotyków czy zaburzenia psychiczne, wymagają ukierunkowania działań pielęgnarskich w opiece odwykowej szczególnie na: poczucie osamotnienia, zapobiegania nawrotom picia, głód substancji psychoaktywnej, a przede wszystkim zapobieganie ryzyka zachowań

suicydalnych. Zbudowanie zaufania oraz atmosfery bezpieczeństwa między pielęgniarką a pacjentem może być kluczem do postawienia trafnej diagnozy. Właściwe rozpoznanie ma niebagatelne znaczenie w opracowywaniu procesu pielęgnowania, planowaniu oraz realizowaniu skutecznej terapii. Przyszłością jest zatem stworzenie odpowiedniego środowiska terapeutycznego dla tej grupy pacjentów.

Piśmiennictwo

- [1].Wojnar M., Ślufarska A., Jakubczyk A. Nawroty w uzależnieniu od alkoholu. Część pierwsza: Definicje i modele. *Alkoholizm i Narkomania*, 2006; 19, 4, 379-394.
- [2].Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (2005) *Badania statystyczne – raport*; www.parpa.pl (12.06.2014r)
- [3].Klimkiewicz A., Klimkiewicz J., Jakubczyk A., Kieres- Salomoński I., Wojnar M. Współwystępowanie uzależnienia od alkoholu z innymi zaburzeniami psychicznymi. Część II Patogeneza I leczenie, *Psychiatria Polska* 2015; 49(2): 277–294,
- [4].Chodkiewicz J. Motywacja do leczenia i utrzymania abstynencji a ukończenie terapii przez mężczyzn uzależnionych od alkoholu. *Alkoholizm i Narkomania* 2013, Tom 26, nr 2, 119–136
- [5].Walton M., Blow F., Bingham C., Chermack S. Individual and social/environmental predictors of alcohol and drug use 2 years following substance abuse treatment. *Addictive Behaviors*. 2003; 28, 4, 627-642.
- [6].Chodkiewicz J. Terapia osób uzależnionych od alkoholu: lęk i depresja a zasoby osobiste. *Alkoholizm i Narkomania*. 2010; 23, 3, 201-216.
- [7].Pettrakis I, Gonzalez G, Rosenheck R, Krystal J. Comorbidity of alcoholism and psychiatric disorders. An overview. <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh26-2/81-89.htm> [dostęp: 06.03.2015].

ASERTIVITA AKO NÁSTROJ KOMUNIKÁCIE ZDRAVOTNÍCKYCH PRACOVNÍKOV

Autor: Darina Gešková, Marianna Hajdúková

OLÚP, n. o. Predná Hora

Abstrakt

Príspevok sa dotýka problematiky komunikácie zdravotníckych pracovníkov v OLÚP, n.o. Predná Hora vo vzťahu k závislým pacientom. Zameriava sa na zistenie nedostatkov v oblasti komunikácie sestier, zdravotníckych asistentov a sanitárov, ako aj na vzdelávanie v oblasti asertívnej komunikácie a jej aplikácie do praxe.

Kľúčové slová: Asertivita. Komunikácia. Sestra.

Podľa mienky mnohých expertov sa informácie v najbližších rokoch stanú hybnou silou vo všetkých oblastiach spoločenského vývoja. Dostávajú sa k nám cez tlač, internet, masovokomunikačné prostriedky, ale najčastejšou cestou získavania informácií je **komunikácia**, prostredníctvom ktorej vyjadrujeme svoje názory, myšlienky alebo pocity (Kabátová, 2011).

Komunikácia s pacientom je dôležitým aspektom ošetrovateľských činností. Pod pojmom „komunikácia s pacientom“ sa rozumie nielen uplatňovanie verbálnej komunikácie na získavanie a poskytovanie rôznych informácií, ale aj uplatňovanie jednotlivých zložiek neverbálnej komunikácie. S pacientom sestra hovorí o jeho aktuálnych alebo potenciálnych zdravotných problémoch, ťažkostiach, prianiach, o procese liečby, o postojoch k chorobe, ale aj o jeho sebaúcte a sebahodnotení (Morovicsová et al, 2004). Autorka Kristová (2002) uvádza, že profesionálna komunikácia sestry je komplexná náročná zručnosť a vyžaduje si zvládnutie vonkajších a vnútorných podmienok. K vonkajším podmienkam patrí prostredie a pacient, k tým vnútorným vlastné prejavy v správaní a konaní. Osvojenie takýchto spôsobilostí a zručností umožní komunikáciu nielen začať, ale i rozvíjať a ukončiť.

Na vznik komunikácie medzi pacientom a sestrou, a na jej produktívny rozvoj vplývajú tri základné požiadavky: chcieť komunikovať, vedieť komunikovať a mať možnosti na komunikáciu (Friedlovej 2007).

Nesprávne zvolené slová môžu byť príčinou rôznych nedorozumení, komunikačných problémov a bariér. Mnohé odborné publikácie (Pokorná, 2010; Venglářová, 2007; Aranda, 2005;.) opisujú rôzne **komunikačné bariéry zo strany sestier**. Podľa autorov najčastejšie z nich sú súdenie, kritika, podceňovanie pacienta, vyrušovanie súkromnými telefonátmi, nevhodný humor, irónia, etiketizácia - nálepkovanie pacientov, stereotypizácia, skákanie do reči, prikazovanie, nedostatok času, „neoblúbený pacient“, nursing speak - špecifický tzv. ošetrovateľský žargón a iné. Podľa Španteková, Králová (2009) je potrebné vyhýbať sa komunikačným bariéram a zvládať ich. Chybná alebo nezvládnutá komunikácia môže byť zdrojom sororigénie, teda poškodenia pacienta sestrou. Slovo potom nepôsobí ako liek ale ako jed, má obrovskú moc, dokáže utešiť, uraziť, ale aj raniť.

Dôvody pre voľbu prieskumu

- Zvyšujúce sa percento nespokojnosti pacientov s prístupom sestier, zdravotníckych asistentov (ďalej len ZA) a sanitárov.
- Verbalizácia pacientov na nevhodné správanie a komunikáciu sestier, zdravotníckych asistentov a sanitárov pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti.
- Neefektívna komunikácia, upevnenie a osvojenie si základných pojmov a techník asertívneho správania k pacientom.

PRIESKUMNÁ ČASŤ

Cieľom prieskumu bolo:

- analyzovať dotazník spokojnosti pacientov pri ukončení liečby zameraný na prístup sestier, ZA a sanitárov pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti,
- identifikovať prejavy negatívneho správania sestier, ZA a sanitárov,
- uskutočniť interné vzdelávanie sestier, ZA, sanitárov v oblastiach asertivity, stresu, zvládania stresu, komunikácie s problémovými jedincami,
- zistiť vplyv vzdelávania na zmenu v prístupe sestier, ZA a sanitárov k pacientom,
- naučiť sestry, ZA a sanitárov porozumieť problémovému pacientovi.

Metóda prieskumu: Pre zber dát sme použili šetrenie prostredníctvom neštandardizovaného dotazníka - Dotazník spokojnosti pri odchode pacienta v OLÚP, n.o. Predná Hora. Zamerali sme sa na oblasť prístupu sestier, zdravotníckych asistentov a sanitárov k pacientovi pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

Charakteristika súboru a organizácia prieskumu:

Pacienti OLÚP, n.o. Predná Hora anonymne vyplňali dotazník deň pred ukončením ústavnej liečby medicíny drogových závislostí. Vyplnené dotazníky vkladali do uzamknutej schránky, ktorá je umiestnená na každom oddelení. Odpovedali na poloopenú otázku: „Boli ste spokojný/á s prístupom sestier, zdravotníckych asistentov a sanitárov pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pre Vás?“.

- spokojný/á
- neviem posúdiť
- nespokojný/á, napíšte dôvod

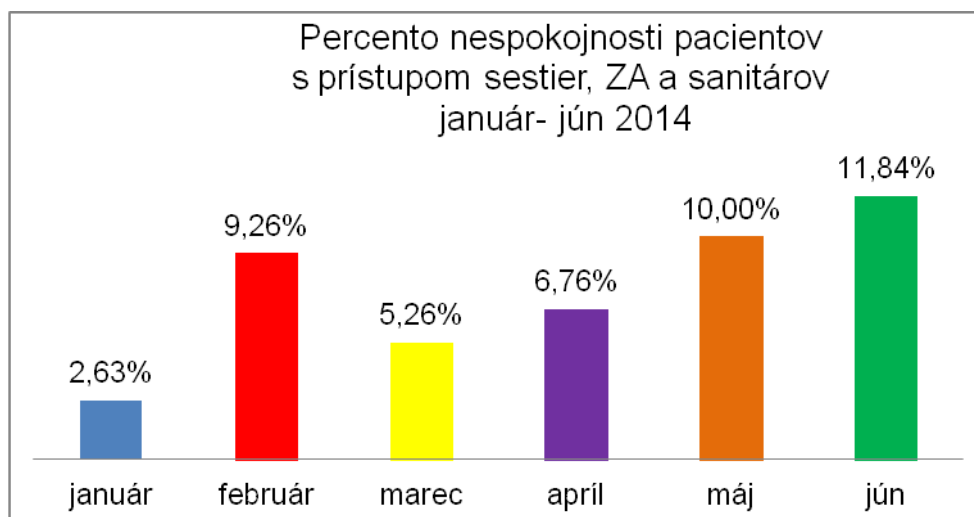
Prieskum prebiehal v dvoch etapách Prvá etapa sa uskutočnila v mesiacoch január až jún 2014. V tejto etape sme mapovali prístup zdravotníckych pracovníkov pred interným vzdelávaním a analyzovali sme 368 dotazníkov. Z výsledkov dotazníkového šetrenia sme v mesiaci júl 2014 realizovali interné vzdelávanie pre sestry, ZA a sanitárov. Prebiehalo formou naplánovaného vzdelávania dvoma lektormi a absolvoval ho celý úsek ošetrovateľstva: 31 sestier, 3 zdravotnícki asistenti a 5 sanitári. Obsahom vzdelávania v oblasti asertívneho správania bolo osvojiť si zásady sebahodnotenia v komunikácii, komunikačné stratégie: pasivita, agresivita, manipulácia, asertivita, najčastejšie zlozvyky pri hovorení a počúvaní pacienta, nácvik otvorenej a dobrej komunikácie, zásady asertívneho odmietania a vyjadrenie hnevu, ako aj zvládanie problémových situácií. Vzdelávanie v oblasti zvládania stresu bolo zamerané na komunikáciu s problémovými jedincami na techniky zvládania stresu, a techniky reorientácie pacienta (zastavenie účelnosti nevhodného správania). Druhá etapa prieskumu prebiehala v mesiacoch júl až december 2014 už po internom vzdelávaní zdravotníckych pracovníkov. V tejto etape sme analyzovali 376 dotazníkov. Celkovo sme analyzovali 744 dotazníkov.

Vyhodnotenie: počítačový program MS Excel

Výsledky prieskumu

1. etapa prieskumu: pred interným vzdelávaním zdravotníckych pracovníkov

Tabuľka 1 Nespokojnosť pacientov s prístupom zdravotníckych pracovníkov v OLÚP, n.o. Predná Hora január - jún 2014



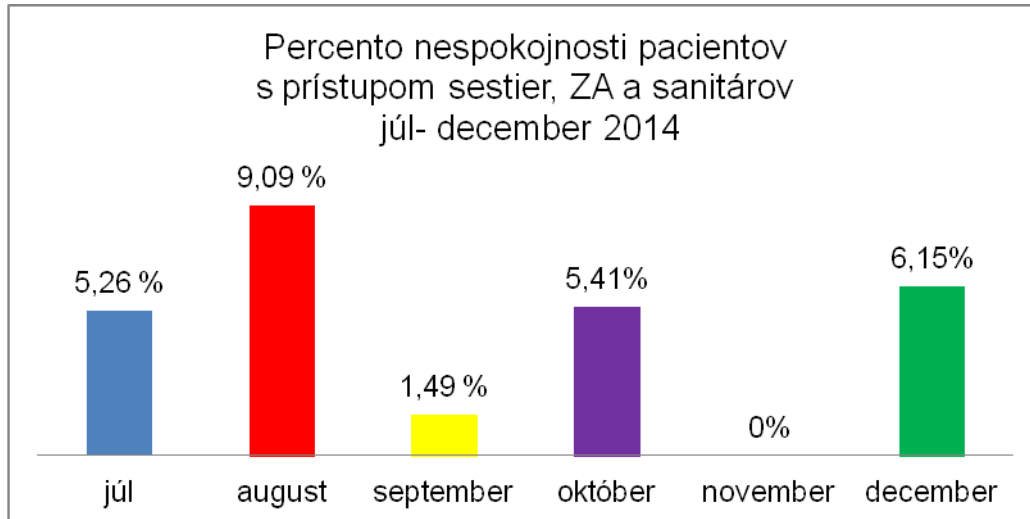
V mesiacoch január až jún 2014 vyjadrilo nespokojnosť s prístupom zdravotníckych pracovníkov v priemere až 12,85 % pacientov. Najčastejšie prejavy negatívneho správania a komunikačných bariér zdravotníckych pracovníkov ako uvádzali pacienti boli nasledovné:

- povýšenectvo,
- arogancia,
- nervozita,
- nedostatok empatie,
- náladovosť,
- neprofesionálny prístup.

Na základe zistených výsledkov z prvej etapy zrealizovaného prieskumu sme prijali preventívne opatrenie, o zaradení zdravotníckych pracovníkov do interného vzdelávania, ktoré bolo zamerané na komunikáciu s pacientom, asertivitu, stres a jeho zvládanie. Vzdelávanie sa uskutočnilo v mesiaci júl 2014. Následne po ukončení vzdelávacej aktivity sme formou neštandardizovaného dotazníka, získali. Výsledkom zistenia je, že sestry ZA a sanitári hodnotili prednášky efektívne, zmysluplné a prínosné v ich každodennej práci s pacientmi.

2. etapa prieskumu: po internom vzdelávaní zdravotníckych pracovníkov

Tabuľka 2 Nespokojnosť pacientov s prístupom zdravotníckych pracovníkov v OLÚP, n.o. Predná Hora júl - december 2014

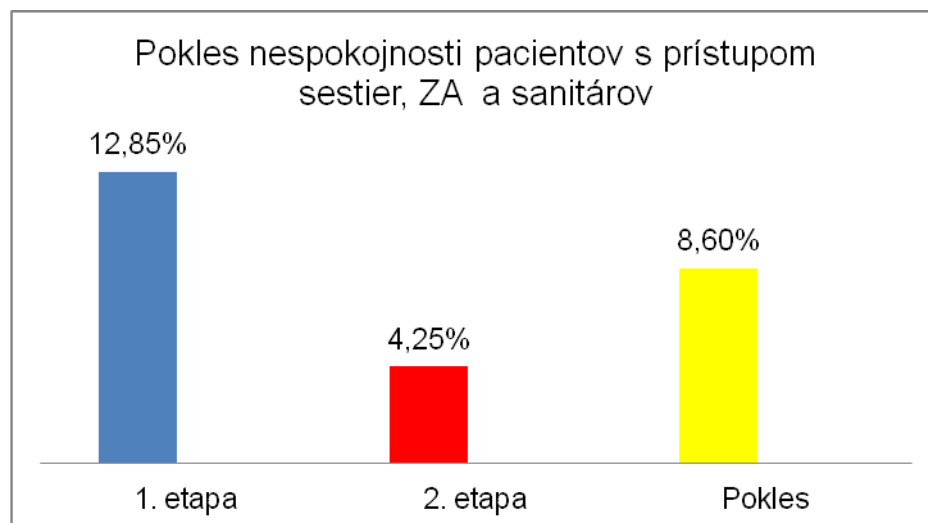


V mesiacoch júl až december 2014 vyjadrilo nespokojnosť s prístupom zdravotníckych pracovníkov v priemere už len 4,25 % pacientov. Najčastejšie prejavy negatívneho správania a komunikačných bariér zdravotníckych pracovníkov ako uvádzali pacienti boli nasledovné:

- nerešpektovanie chodu oddelenia,
- arogantný prístup sestier.

Výsledky porovnania nespokojnosti pacientov s prístupom sestier, ZA a sanitárov za prvý a druhý polrok 2014 uvádzame v tabuľke 3.

Tabuľka 3 Pokles nespokojnosti pacientov s prístupom zdravotníckych pracovníkov



Výsledkom zistenia z 1. etapy prieskumu je, že v priemere **až 12,85 %** pacientov vyjadrilo nespokojnosť s prístupom zdravotníckych pracovníkov OLÚP, n.o. Predná Hora. Po internom vzdelávaní uskutočnenom v našom zariadení pre úsek ošetrovateľstva vyjadrilo v 2. etape prieskumu v dotazníkoch nespokojnosť s prístupom zdravotníckych pracovníkov **už len 4,25 %** pacientov. Ide o pokles nespokojnosti pacientov o **8,6%**, čo je pre nás významným zistením. Výsledky prieskumu nám jasne preukázali, že vzdelávanie v oblasti komunikácie, asertívneho správania, stresu a jeho zvládania môže mať vplyv na zmenu prístupu sestier, ZA a sanitárov pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientom.

Odporúčania pre prax

Na základe výsledkov z prieskumu sme vypracovali nasledovné odporúčania:

- organizovať v zdravotníckych zariadeniach povinné odborné semináre a kurzy komunikácie pre sestry zamerané na riešenie problémov,
- edukovať sestry o asertívnom správaní k pacientom,
- poskytnúť sestrám spätnú väzbu od pacientov v oblasti prístupu a komunikácie,
- efektívne využívať manažment času v komunikácii s pacientom,
- dbať na to, aby sestry vedeli účinne komunikovať s pacientom s vysoko humánnym prístupom.

Záver

Komunikácia je jedným zo základných nástrojov pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Vo výraznej miere ovplyvňuje aj celkovú úroveň kvality poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti, preto sa od zdravotníckych pracovníkov očakáva aby komunikácia s pacientom bola aj efektívne využitá. Často to ale tak nie je a komunikácia je posunutá na „druhú koľaj“. Nedostatky v oblasti komunikácie sestry – pacient a asertívneho správania sestier môžu zabraňovať dosahovať lepšie výsledky v liečebnom procese. Preto je potrebné sa neustále vzdelávať, rozširovať svoje vedomosti aj v oblasti komunikácie v ošetrovateľstve.

Zoznam použitej literatúry

ARANDA, S. 2005. *Paliatívni péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada, 2005. 324 s. ISBN 80247-1295-4.

FRIEDLOVÁ, K. 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovateľské péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 170 s. ISBN 978-80-247-1314-4.

KABÁTOVÁ, O. 2011. *Úskalia komunikácie medzi sestrou a geriatrickým pacientom*: bakalárska práca. Brno: Katedra ošetrovateľstva, Lekárska fakulta, Masarykova univerzita, Brno, 2011. 116 s.

KRISTOVÁ, J. et al. 2002. *Komunikácia v ošetrovateľstve*. Martin: Osveta, 2002. 163 s. ISBN 808063-107-7.

MOROVICSOVÁ, E. et al. 2004. *Komunikácia v ošetrovateľstve*. Bratislava: UK v Bratislave. 2004. 140 s. ISBN 80-223-1940-6.

POKORNÁ, A. 2010. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 160 s. ISBN 978-80-2473271-8.

ŠPATENKOVÁ, N.; KRÁLOVÁ, J. 2009. *Základní otázky komunikace. Komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén, 2009. 135 s. ISBN 80-7262-599-3.

Kontakt na autorov:

Mgr. Darina Gešková

OLUP n.o. Predná Hora

darina.geskova@olup-prednahora.sk 0902/965 057

PhDr. Marianna Hajdúková

OLÚP n.o. Predná Hora

marianna.hajdukova@olup-prednahora.sk 0902 965 060

ŠPECIALIZÁCIA V PSYCHIATRICKOM OŠETROVATELSTVE - CESTA K AUTONÓMNEMU VÝKONU OŠETROVATELSKEJ PRAXE?

Autor: Tatiana Hrindová, Dita Leczová

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava

Abstrak

Autonómny výkon ošetrovateľských intervencií sestrou je významným atribútom pre zvyšovanie image povolania sestry. Absolvovanie špecializačného štúdia má sestru pripraviť na výkon špecifických ošetrovateľských intervencií v danom špecializačnom odbore. V príspevku predstavujeme výsledky výskumu, ktorého hlavným cieľom bolo overiť vplyv absolvovania špecializačného štúdia v odbore Ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii na vybrané aspekty kvality výkonu sestry pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti. Z výsledkov výskumu vyplýva, že absolvovanie špecializačného štúdia signifikantne ovplyvňuje subjektívne vnímanie pripravenosti sestry na samostatný výkon špecifických intervencií v psychiatrickom ošetrovateľstve, nemá však vplyv na motiváciu sestier samostatne vykonávať vybrané intervencie samostatne, ani na frekvenciu ich realizácie.

Kľúčové slová: Špecializačné štúdium. Ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii. Špecifické intervencie sestry. Autonómia výkonu sestry.

Zo sociologického hľadiska sa dá profesia pomenovať ako povolanie, odbornosť, alebo odborná príprava na požadované povolanie. Pojem profesie sa vzťahuje k pracovným rolám. Na výkon pracovných rolí je nutné absolvovať vzdelávanie, ktoré zahŕňa teoretické a vedecké zložky potrebných vedomostí (Bártlová,2005). Presadzovanie autonómie výkonu sestier pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti vyžaduje, aby sestry svoju profesionalitu deklarovali nielen formálnym kvalifikačným osvedčením, ale aj skutočnou profesionalitou vykonávaných intervencií (Bártlová,2005).

Absolvovaním špecializačného štúdia získava sestra odbornú spôsobilosť na výkon špecializovaných činností. Pre výkon špecializovaných činností sestry pracujúcej na psychiatrii je potrebné absolvovanie špecializačného štúdia v odbore Ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii. Táto skutočnosť podporuje záujem sestier o absolvovanie špecializačného štúdia v súvislosti s vykonávaním špecifických intervencií pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti v psychiatrii. Do akej miery absolvovanie špecializačného štúdia

vplýva na autonómny výkon ošetrovateľských intervencií sme sa rozhodli overiť výskumom . Pre overenie zistení sme sa rozhodli osloviť sestry pracujúce v piatich psychiatrických nemocniciach v Slovenskej republike, ktoré priamo vykonávajú ošetrovateľskú starostlivosť o pacientov s duševným ochorením. Skupinu sestier, ktoré boli zaradené do výskumu tvorilo 242 respondentov, z čoho bolo 7,4% mužov a 92,6 % žien. Vekový priemer respondentov bol 44 rokov, priemerná dĺžka praxe na psychiatrickom oddelení u našich respondentov bola 17,8 roka.

Vo výskume sme sa zamerali na overenie vplyvu absolvovania špecializačného štúdia v odbore Ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii na vybrané aspekty kvality výkonu sestry pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti, zisťovali sme postoj sestier k špecializačnému štúdiu a vzťah vybraných premenných k autonómnemu výkonu ošetrovateľskej praxe. Medzi čiastkové ciele nášho výskumu patrilo zistenie, či absolvovanie špecializačného štúdia v odbore Ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii má vplyv na frekvenciu využívania meracích škál sestrami. Náš predpoklad sme postavili na Vyhláške MZ SR 364/2005, kde je stanovené, že sestra samostatne používa posudzovacie stupnice v ošetrovateľstve, táto činnosť patrí k intervenciám, ktoré sestra má autonómne využívať pre objektivizáciu údajov pri posudzovaní. Po zhodnotení výsledkov sme konštatovali, že sestry so špecializáciou a bez špecializácie sa nelíšia v celkovej frekvencii využívania meracích škál a hodnotiacich techník. Jediným meracím nástrojom, pri ktorom sa rozdiel signifikantne potvrdil je Minimal test (MMSE), ktorý však využívali častejšie sestry bez špecializácie. Ako uvádza Vöröšová (2008,Vöröšová, Zrubcová, Drienovská, 2005) Mini-Mental-State Examination patrí medzi najpoužívanejšie škály na zhodnotenie mentálneho stavu a kognitívnych funkcií. Dobre pripravená sestra má využívať nástroje na objektivizáciu posudzovania stavu pacienta. Ďalším predpokladom nášho výskumu bolo tvrdenie, že sestry so špecializáciou subjektívne hodnotia svoju pripravenosť na samostatný výkon vybraných intervencií vyššie ako sestry bez špecializácie. Pri porovnaní priemerov sme zistili, že sestry so špecializáciou subjektívne hodnotia svoju pripravenosť na samostatný výkon špecifických intervencií vyššie, ako sestry bez špecializácie.

Tab.1 Porovnanie subjektívne hodnotenej pripravenosti respondentov so špecializáciou a bez špecializácie na samostatný výkon špecifických intervencií

meraný konštrukt	sestry so špecializáciou (N=150)		sestry bez špecializácie (N=77)		U	sig.
	M	SD	M	SD		
subjektívna pripravenosť na samostatný výkon špecifických intervencií	16,31	4,38	17,01	3,81	5127	0,08

Toto zistenie sme sa rozhodli preskúmať hlbšie, preto sme stanovili predpoklad, že existuje pozitívny vzťah medzi úrovňou subjektívneho hodnotenia pripravenosti na samostatný výkon a frekvenciou vykonávania vybraných intervencií. Túto hypotézu sme overovali preskúmaním tesnosti lineárnych vzťahov medzi vnímaním subjektívnej pripravenosti sestry na samostatný výkon špecifických intervencií a frekvenciou ich vykonávania.

Tab.2. Tesnosť lineárnych vzťahov medzi úrovňou subjektívneho hodnotenia pripravenosti na samostatný výkon a frekvenciou vykonávania vybraných intervencií.

	frekvencia vykonávania vybraných intervencií
subjektívna pripravenosť na samostatný výkon špecifických intervencií	,540**

Pearsonov korelačný koeficient $r > 0,5^{**}$ sig. (2-stranná) $p < 0,01$

Tento predpoklad sa potvrdil zistením, že čím sestry subjektívne hodnotia svoju pripravenosť na samostatný výkon špecifických intervencií vyššie, tým častejšie ich vykonávajú. Ako uvádza Obrončíková, Majerníková (2012) motivácia je dynamický proces, ktorý nás vedie vo výbere činností, veľmi výrazne sa prejavuje aj pri výbere profesie.

V ďalšej hypotéze nášho výskumu, sme stanovili predpoklad, že sestry so špecializáciou signifikantne častejšie využívajú vybrané intervencie v porovnaní so sestrami bez špecializácie. Predpokladali sme, že ak je sestra motivovaná získavať nové vedomosti, bude viac motivovaná k vyššej frekvencii samostatného vykonávania špecifických intervencií. Zamerali sme sa na intervencie, ktoré uvádza Hreňová, Hrindová (2013) ako konkrétne

výkony, ktoré sestry realizujú pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti pacientom s duševným ochorením: biblioterapia, relaxačné techniky, edukačné programy, muzikoterapia, ergoterapia, programy pre seniorov, psychoterapia. Túto skupinu konkrétnych výkonov sme rozšírili ešte o vedenie komunity, arteterapiu a prvky bazálnej stimulácie. Napriek tomu, že sestry so špecializáciou subjektívne hodnotia svoju pripravenosť na samostatný výkon intervencií vyššie, vo frekvencii vykonávania vybraných špecializovaných intervencií sa sestry bez špecializácie a sestry so špecializáciou v našom súbore nelíšia. Carpenito -Moyet (2010, In Macková, Zeleníková, 2012) uvádza, že sestry sú stále vnímané ako asistentky lekárov a nie ako samostatná profesia. Ak sa sestry zamerajú iba na klinické problémy pacientov, spojené výhradne z medicínskou problematikou, nevenujú sa profesionálnemu ošetrovateľstvu. Je dôležité podporovať sestry pre aplikovanie teoretických poznatkov ošetrovateľských postupov do praxe, zohľadňujúc systém organizácie práce, kompetencií sestry a zodpovednosti za ošetrovateľské intervencie.

Haroková, Gurková (2012), uvádzajú, že s vekom a rokmi praxe sa zvyšuje spokojnosť sestier v oblastiach, kde sa prejavia výsledky ich skúseností, zručností- v kontrole a zodpovednosti v práci, pochvale a uznaní a plánovaní na pracovisku. V našom výskume sme sa rozhodli overiť vzťah frekvencie využívania meracích škál, subjektívne hodnotenej pripravenosti na samostatný výkon intervencií u sestier s rôznou dĺžkou praxe v psychiatrickom ošetrovateľstve. Pre lepšiu analýzu vzťahov sme skupinu respondentov rozdelili na tri početne rovnocenné skupiny podľa dĺžky praxe v psychiatrickom ošetrovateľstve. Z výsledkov výskumu vyplýva, že sestry s kratšou praxou častejšie využívajú meracie škály v porovnaní so sestrami s dlhšou praxou. Tento rozdiel sa ukázal ako štatisticky významný. Sestry s dlhšou praxou subjektívne hodnotia svoju pripravenosť na samostatný výkon vyššie, ako sestry s kratšou praxou. Rozdiel vo frekvencii realizovania vybraných intervencií medzi sestrami s dlhšou praxou a s kratšou praxou sa nepotvrdil. Vstup Slovenskej republiky do Európskej únie podmienil zmenu vo vzdelávaní sestier. Vzdelávanie sestier sa presunulo zo stredných zdravotníckych škôl na vysoké školy. V r. 2004 vstúpili do platnosti zákony, ktoré stanovili povinnosť poskytovať ošetrovateľskú starostlivosť metódou ošetrovateľského procesu v Z.z. 578/2004. Sestry bez špecializácie v našom súbore boli vekovo mladšie a vykazovali kratšiu priemernú dĺžku praxe na psychiatrickom oddelení, čomu pripisujeme vplyv na častejšie využívanie Minimental testu sestrami v praxi.

Postoj sestier k prínosu špecializačného štúdia pre samostatnú realizáciu špecifických intervencií je významným atribútom motivácie sestier pre jeho absolvovanie a uplatnenie získaných vedomostí v praxi. Pre túto skutočnosť sme sa zamerali na preskúmanie postojov

sestier, ktoré sme zisťovali pomocou Dotazníka postojov k špecializačnému štúdiu. Sestry so špecializáciou sa signifikantne líšia od sestier bez špecializácie v súhlasných postojoch, že sestry po absolvovaní špecializačného štúdia majú väčší záujem o rozšírenie svojich kompetencií pre výkon samostatných intervencií, že sestra absolvovaním štúdia získa kompetencie na výkon samostatných intervencií. Paradoxne však, v súvislosti s deklarováním týchto postojov vyznieva zistenie, že pri zisťovaní frekvencie využívania vybraných intervencií sestrami sa sestry, ktoré absolvovali špecializačné štúdium nelíšia od sestier, ktoré dané štúdium neabsolvovali.

Na základe našich zistení môžeme konštatovať, že absolvovanie špecializačného štúdia signifikantne ovplyvňuje subjektívne vnímanie pripravenosti sestry na samostatný výkon špecifických intervencií v psychiatrickom ošetrovatel'stve, nemá však vplyv na motiváciu sestier samostatne vykonávať vybrané intervencie samostatne, ani na frekvenciu ich realizácie. Motivácia sestier k samostatnému výkonu ošetrovatel'ských intervencií je významným atribútom pre zvyšovaniu image profesie sestry. Priaznivú pracovnú motiváciu na výkon pracovných činností ovplyvňujú motivačné faktory (Duchoň, Šafránková, 2008). Motivačné faktory a im zodpovedajúca potreba seberealizácie sú výrazne ovplyvňované vnútornou motiváciou. Skutočnými motivačnými faktormi je skupina potrieb, ktorých zdroj motivácie je vnútorný a slúži k rozvoju osobnosti a jej seberealizácii (Lasovská, Králová, 2011). Z pohľadu motivátora - seberealizácie sestry, sa výrazným motivačným prvkom javí možnosť výkonu samostatných intervencií, ktoré sú v plnej kompetencii sestry, s plnou zodpovednosťou za ich výkon.

Napriek zmene pregraduálneho vzdelávania sestier v Slovenskej republike, možnostiam špecializačnej prípravy sestier a povinnosti sústavného vzdelávania nedochádza k výraznému presadzovaniu autonómneho výkonu ošetrovatel'skej praxe sestry. Špecializačná príprava sestry má obsahovať také teoretické vedomosti a praktické skúsenosti, ktoré sestru pripravujú na samostatné vykonávanie intervencií v súvislosti s vykonávaním ošetrovatel'skej starostlivosti v psychiatrii, na ktoré sestra absolvovaním špecializačného štúdia získala kompetenciu výkonu. Profesia bez uvedomenia si jej významu, hodnoty a zmyslu je len mechanickým vykonávaním nejakej nevyhnutnej aktivity, ktorá neprináša človeku žiadne potešenie, pôžitok, radosť, žiadnu pozitívnu motiváciu. Aby sa tak nestalo je potrebné budovať životnú filozofiu, hodnotový systém a cez ne nachádzať aj zmysel svojej profesie. (Hadašová, Kollárová, 2008, s. 53). Sestry potrebujú značnú dávku motivácie, aby svoje povolanie vykonávali so značným entuziazmom a ochotou pomáhať tým, ktorí sú na ich pomoc odkázaní.

Zoznam použitej literatúry

- BÁRTLOVÁ, S. 2005. Sociológie medicíny a zdravotníctva. 6. vyd. Praha : Grada, 2005. 188s. ISBN 80-247-1197-4.
- DUCHOŇ, B., ŠAFRÁNKOVÁ, J. 2008. Integrace tvrdých a měkkých prvků řízení. 1.vyd. Praha: C.H.Beck, 378s. ISBN 978-80-7400-003-4
- HADAŠOVÁ, L., KOLLÁROVÁ, B. 2008. Úloha ošetrovateľského manažéra v aspekte motivácie sestier. In MOLISA 5 Medicínsko-ošetrovateľské listy Šariša, 1.vyd. Prešov: GRAFOTLAČ, s.r.o., 2008. s.49-54. ISBN 978-80-8068- 882-0.
- HAROKOVÁ, S., GURKOVÁ, E. 2012. Faktory pracovnej spokojnosti českých sestier. In KONTAKT- odborný a vedecký časopis pro zdravotně sociální otázky. Dostupné online: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/4~2012/970-faktory-pracovnej-spokojnosti-ceskych-sestier>. ISSN 1804-7122
- HREŇOVÁ, S., HRINDOVÁ, T. 2013. Špecifické intervencie sestier v psychiatickej ošetrovateľskej praxi. In Ošetrovateľstvo a pôrodná asistancia - Supplementum, č.2, 2013, ISSN 1336-183X
- LASOVSKÁ, A., KRÁLOVÁ, J. 2011. Motivace všeobecných sester ke zvyšování kvalifikace. In: PROFESE on-line, roč. IV/1, duben 2011, s.11-15 Dostupné online: <http://profeseonline.upol.cz/motivace-vseobecnych-sester-ke-zvysovani-kvalifikace/> ISSN 1803-4330
- MACKOVÁ, H., ZELENÍKOVÁ, R. 2012. Faktory ovlivňující používání ošetrovateľských diagnóz v praxi. In: Ošetrovateľství a porodní asistence, roč.3, č.2/2012. s.390. ISSN 1804-2740
- OBRONČÍKOVÁ, A., MAJERNÍKOVÁ, L. 2012. Motivačné a demotivačné činitele pre vzdelávanie a prácu sestier. In Quo vadis zdravotníctvo. Zborník príspevkov z vedecko-odbornej konferencie z medzinárodnou účasťou 8.-9.novemra 2012, Prešov, s. 422-433, ISBN 978-80-555-0698-2
- VÖRÖŠOVÁ, G. 2008. Príprava sestry na posúdenie funkčnej schopnosti pacienta. In: Cesta k profesionálnemu ošetrovateľství III. Sborník příspěvků III. Slezské vědecké konference

ošetřovatelství s mezinárodní účastí, 13-14. května 2008, Opava, 84s.-86s.,ISBN 978-80-7248-470-6

VYHLÁŠKA MS SR č. 364/2005 Z. z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom z 2. júna 2005.

Kontakt autora:

PhDr. Tatiana Hrindová, PhD.

hrindova.tatiana@gmail.com

EVIDENCE BASED NURSING – TEORETICKÉ VÝCHODISKÁ STAROSTLIVOSTI V PSYCHIATRICKOM OŠETROVATEĽSTVE

Autor: Mária Kilíková

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, n.o. Detašované
pracovisko bl. Sáro Salkaházi Rožňava

Súhrn

V teoretickej rovine charakterizujeme základné pojmy a kategórie z vedeckých zdrojov poznania. Upriamujeme pozornosť na prínosy ošetrovateľskej praxe založenej na dôkazoch v klinickej praxi ošetrujúcich. Definujeme bariéry implementácie metodiky ošetrovateľskej praxe založenej na dôkazoch do klinickej praxe na Slovensku a v iných krajinách.

Kľúčové slová: Ošetrovateľstvo. Prax. Dôkaz. Výskum. Ošetrujúci.

Úvod

Ošetrujúcim s vysokoškolským vzdelaním je samozrejماً implementácia výsledkov a dôkazov ošetrovateľských výskumov v klinickej praxi. Výsledkom procesu implementácie je poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti „na mieru“, ktorá je prínosom pre pacienta, pre jeho rodinu, pre ošetrujúcich a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Pojmy a kategórie, ktoré sú obsahom vzdelávania ošetrujúcich v modernom psychiatrickom ošetrovateľstve sú **Evidence Based Practice** (EBP) – prax založená na dôkazoch, **Evidence Based Medicine** (EBM) - medicína založená na dôkazoch, **Evidence Based Nursing** (EBN) - ošetrovateľská prax založená na dôkazoch, **Evidence Based Public Health** (EBPH) - verejné zdravotníctvo založené na dôkazoch. Tieto pojmy sa stali stredobodom pozornosti klinickej praxe v mnohých krajinách, vrátane štátov Európskej únie. Spoločným znakom uvedených pojmov je poskytovanie zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti na základe validných publikovaných výsledkoch výskumov. Podľa Davida Sacketta (2000), prax založená na dôkazoch je integráciou najlepšieho vedeckého dôkazu s klinickou skúsenosťou v záujme uľahčenia klinického rozhodovania. Tento prístup je odlišný od štandardného biomedicínskeho prístupu. Podľa Jarošovej (2007, s.27) klinické využitie EBN nie je iba obyčajná aplikácia výsledkov výskumu do praxe. EBN zviditeľňuje výsledky výskumov a integruje najlepší možný dôkaz pre individualizovanú ošetrovateľskú starostlivosť

o pacienta. Ošetrojúci musí využívať svoje vlastné klinické skúsenosti a na ich základe aplikovať nájdené dôkazy v špecifických klinických situáciách u svojho konkrétneho pacienta. K tomu slúžia špeciálne postavené klinické otázky vo formáte PICO(T). Podľa Zeleníkovej (2012, s.7) podmienkou EBN je, že k danej problematike musí byť publikovaný adekvátny výskum, ošetrojúci musia mať zručnosti týkajúce sa prístupu a kritické analýzy výskumu a prax musí umožniť ošetrojúcim implementovať zmeny vychádzajúce z ošetrovateľstva založeného na dôkazoch. Proces ošetrovateľskej praxe založenej na dôkazoch bol popísaný Plevovou (2011, s. 235) ako päť krokový proces. **Krok 1** - Formulácia klinickej otázky. **Krok 2** - Systematické vyhľadávanie najlepších dostupných dôkazov. **Krok 3** - Kritické posúdenie dôkazov ako validita, klinická významnosť, použiteľnosť. **Krok 4** - Aplikácia dôkazov, výsledkov do klinickej praxe. **Krok 5** - Zhodnotenie výsledkov, implementácia dôkazov, intervencia. Iní autori popísali proces EBN ako proces, obsahujúci šesť krokov, kde pribudol Krok 0 – Kritický postoj k praxi. V zahraničných publikáciách (Melnik et al., 2010; Melnik, Fineout-Overholt, 2011, s.11) je EBN charakterizovaný ako proces, ktorý má sedem krokov. **Krok 0** – Fáza dotazovania. **Krok 1** – Formulácia klinickej otázky v PICO(T) formáte. **Krok 2** – Hľadanie a zber najlepších dôkazov. **Krok 3** – Kritické hodnotenie dôkazov. **Krok 4** – Integrácia dôkazov, klinickej skúsenosti, hodnôt a preferencií pacienta pri rozhodovaní v klinickej praxi alebo zmenené. **Krok 5** – Vyhodnotenie výsledku praktických rozhodnutí alebo zmien založených na dôkazoch. **Krok 6** – Diseminácia, rozšírenie výsledkov.

Krok 0 - Fáza dotazovania, obsahuje kritické posudzovanie vlastnej praxe a kritické myslenie vedie k tomu, že sa ošetrojúci pýta, na základe akého dôkazu sa vykonáva táto konkrétna intervencia. Podľa Johnston a Fineout-Overholt (2005) táto fáza je najnáročnejšia v procese EBN rovnako pre študentov ošetrovateľstva ako pre ošetrojúcich v praxi. Dotazovanie a otázky typu „Prečo?“ tvoria základ ošetrovateľstva založeného na dôkazoch. **Krok 1 - Formulácia klinickej otázky v PICO(T) formáte.** PICO(T) otázka je jednotný, systematický spôsob identifikácie jednotlivých súčasti klinického problému (Stillwell et al., 2010a, s.59). PICO(T) formát poskytuje účinný rámec pre vyhľadávanie v elektronických databázach, určených pre získanie článkov relevantných ku klinickej otázke (Melnik et al., 2010, s.52). PICO(T) je skratka jednotlivých zložiek klinickej otázky. **P** = Pacient, populácia, problém. **I** = Intervention , hlavná intervencia, predmet záujmu. **C** = Comparison Intervention or Comparison Group – alternatíva, porovnávajúca intervencia. **O** = Outcome , výsledok, ktorý sa hodnotí. **T** – Time , za aký čas.

Tabuľka 1 PICOT model pre klinické otázky (Zdroj: Melnyk et al., 2010, s.52)

	Anglický názov	Slovenský preklad	Popis
P	Patient, Population, Problem	Pacient, populácia, problém	Aká je skupina pacientov?
I	Intervention/Issue of Interest	Intervencie, predmet záujmu	Čo je hlavná intervencia?
C	Comparison Intervention or Comparison Group	Alternatívna, porovnávajúca intervencií alebo	Aká je iná alternatíva hlavnej intervencie?
O	Outcome	Výsledok	Čo chcem merať, zlepšiť, dosiahnuť?
T*	Time	Čas	Za aký čas?

T* (čas) sa nevyžaduje u každej klinickej otázky

Existujú 2 typy klinických otázok:

- základná, všeobecná otázka (background question)
- špecifická otázka (foreground question).

Základné otázky sú považované za širšie, všeobecné a ich zodpovedanie poskytuje všeobecné vedomosti. Špecifické otázky sú relevantné ku klinickému problému. Ich zodpovedanie vedie k určeniu, ktorá z dvoch intervencií je efektívnejšia pre zlepšenie výsledkov pacienta. Klinická otázka môže vzniknúť zo série otázok, ktoré sa týkajú klinickej praxe sestry. Ich formulácia je najdôležitejšou časťou EBN, pretože z nich vychádzajú ďalšie kroky. Dôležité je začať so špecifickou otázkou, ktorá sa vzťahuje k pacientovi tj. k problému. Klinická otázka sa môže týkať všetkých krokov ošetrovateľského procesu.

Krok 2 - Hľadanie a zber najlepších dôkazov. Premostenie klinickej otázky do vyhľadávacej stratégie je významnou súčasťou druhého kroku – hľadanie najlepších dôkazov. PICOT formát pomáha identifikovať kľúčové slova. Melnyk (2010, s.52) je toho názoru, že ich zadanie a následná kombinácia urýchľuje vyhľadávanie relevantných článkov v databázach PubMed, CINAHL apod. Stillwell et al. (2010, s.42) popisujú, ako hľadať dôkaz pre zodpovedanie klinickej otázky:

1. Identifikovať typ PICOT klinické otázky (intervencia, etiológia, diagnóza, prognóza).

2. Určiť úroveň dôkazov, ktorá najlepšie zodpovie klinickú otázku.
3. Vybrať relevantné databázy k vyhľadávaniu.
4. Pre vyhľadávanie v databázach využiť kľúčové slová z PICOT otázky.
5. Usmerniť, racionalizovať vyhľadávanie pomocou nasledujúcich stratégií:
 - použiť riadený slovník databázy (MeSH termíny)
 - kombinovať vyhľadávanie použitím Booleovských operátorov (OR, AND, NOT)
 - obmedziť konečné vyhľadávanie výberom definovaných dát napr. vek, pohlavie, jazyk, typ článku – systematické prehľady a pod.

Medzi validné zdroje je možné zaradiť knihy, časopisy, databázy a smernice. Elektronické knihy: *Uptodate, Harrison's Online*. EBP periodiká: *ACP Journal Club, Evidence-Based Medicine, Evidence- Based Nursing, Worldviews on Evidence-based Nursing a iné*. Smernice - guidelines: *National Library for Health, NICE, National Guidelines Clearinghouse a iné*. Webové stránky: *Academic Center for Evidence – Based Nursing, AHRQ, Cochrane Center a iné*. Žiaková (2009, s.316) uvádza, že za najvýznamnejšie pre EBN považujú databázy *Cochran Library*. Databázy *Cochran Library* je celosvetové najznámejším, najviac využívaným a najrozšírenejším zdrojom zdravotníckych výskumov. *Cochrane Collaboration Group* pripravuje štandardizované prehľady a metaanalýzy najvyššej kvality, ktoré poskytujú spoľahlivé podklady pre uplatnenie praxe založené na dôkazoch.

Krok 3 - Kritické zhodnotenie dôkazov. Odporúča sa pri výsledkoch výskumov publikovaných v ošetrovateľských a biomedicínskych časopisoch kriticky posúdiť využívanie formátu IMRAD, čo znamená: **I** = Introduction alebo úvod, zdôvodňuje, prečo sa autori rozhodli vykonať tento konkrétny výskum alebo štúdium. **M** = Methods, metódy ktorými bol výskum realizovaný a výsledky analyzované. **R** =Results alebo zistené výsledky, dôkazy. **A** = And. **D** = Discussion, diskusia obsahujúca názor autora o tom, že čo znamenajú výsledky. Nájdené dôkazy, články s publikovaným výskumom, musia byť pred aplikáciou do klinickej praxe kriticky zhodnotené podľa stanovených kritérií, ktoré z nich sú najviac relevantné, validné, reliabilné a použiteľné pre zodpovedanie klinickej otázky. Hodnotné sú výsledky individuálnych výskumov jednotlivých autorov alebo výskumných tímov, realizovaných najmä v klinickej praxi. Sú nimi: pokus (experiment), randomizované kontrolované štúdie (randomized controlled trial), kohortové štúdie (cohort trial), štúdie prípadu a kontrol (case - control study), prierezové štúdie (cross - sectional study), kazuistika (case study), série

prípadov (case series). Sekundárne štúdie sú výstupom výskumu publikovaných výsledkov primárnych štúdií, ktoré sa zaoberajú určitou problematikou. Patria sem: prehľady (reviews), ktoré môžu byť systematické (systematic review), nesystematické (review), metaanalýza (meta-analysis). Oficiálne odporúčania a smernice (best practices, clinical practice guidelines), rozhodovacie analýzy (decision-making analysis) a ekonomická analýza (economic analysis) (Plevová et al., 2011, s.242). Pre rýchle zhodnotenie štúdie Melnyk et al. (2010, s.52) odporúčajú použiť tri dôležité otázky: Sú výsledky štúdie validné? Aké sú výsledky štúdie a sú pre mňa dôležité? Pomôžu výsledky štúdie pri starostlivosti o pacienta?

Krok 4 - Integrácia dôkazov, klinickej skúsenosti, hodnôt a preferencií pacienta pri rozhodovaní v klinickej praxi. Na zdôvodnenie zmeny v klinickej praxi sú samotné výskumné dôkazy nedostatočné. Jednou z možností ako aplikovať dôkaz do klinickej praxe ošetrojúcich, je používanie smerníc, guidelines, štandardov tj. klinických doporučených postupov v praxi. Tieto musia byť na základe najnovších výskumov pravidelne inovované. Ako uvádza Baška (2003, s.319), kvalitne pripravené a pravidelné aktualizované smernice sa stávajú nástrojom, prostredníctvom ktorého môže každá sestra pracovať na základe vedeckých dôkazov bez toho, aby venovala nadmerné množstvo času ich vyčerpávajúcim hľadaním a triedením. Klinické doporučené postupy sú systematicky vytvárané stanoviska, ktoré pomáhajú sestram a pacientom pri rozhodovaní o vhodnej starostlivosti v určitej klinickej situácii.

Krok 5 - Vyhodnotenie výsledkov praktických rozhodnutí alebo zmien založených na dôkazoch. Po implementácii zmien v klinickej praxi (založených na dôkazoch) je dôležité monitorovať a hodnotiť každú zmenu výsledkov, každú pozitívnu zmenu podporiť a negatívnu napraviť. Aj keď intervencia bola popísaná ako efektívna v štúdiu, neznamená to, že bude rovnako účinná v klinickom prostredí. Monitorovanie efektu zmien v klinickej praxi, môže pomôcť sestram zaznamenať nedostatky v realizácii starostlivosti.

Krok 6 - Diseminácia, rozšírenie výsledkov EBN. Ošetrojúci môžu prostredníctvom ošetrovateľskej starostlivosti založenej na dôkazoch dosiahnuť vynikajúce výsledky starostlivosti, ktoré nedostatočne zdieľajú so svojimi kolegyňami a členmi multidisciplinárneho tímu. Medzi metódy diseminácie poznatkov sa zaraďujú odborné diskusie, prezentácie na konferenciách, odborné publikácie v recenzovaných a odborných časopisoch (Melnyk et al., 2010, p.53).

Existuje celý rad prekážok, **bariér**, ktoré znemožňujú realizáciu EBN. Sme toho názoru, že medzi najčastejšie sa vyskytujúce prekážky je možné zaradiť:

- Nedostatok prístupu k informáciám – potrebné je sprístupniť internet a údaje z najnovšej literatúry. Apelujeme, že informácie musia byť ľahko prístupné a majú sa týkať presne vymedzeného problému starostlivosti.
- Nedostatočná evidencia dát, ktoré sa získavajú vo výskume. Údaje získané v prieskumoch (výskumoch) záverečných prác ostávajú v archívoch škôl. Nepublikujú sa nie sú sprístupnené pre prax.
- Nedostatočné vedomie klinickej expertízy u ošetrojúcich. Aj po získaní vyššieho vzdelania a špecializácie ošetrojúci z rôznych dôvodov sa nepresadzujú a riadia sa viac rutinným, zaužívaným spôsobom výkonu praxe, alebo preberajú expertízu od lekárov, ktorá nie je zameraná na ošetrovatelstvo, ale na liečenie. Napriek celoživotnému vzdelávaniu sa u ošetrojúcich nedostatočne prejavuje dôvera v zmene postavenia a samostatnosti v rozhodovacom procese.
- Pacientove hodnoty u ktorých je zdravie opakom choroby. Deklarujú zdravý životný štýl, ale málo dbajú o jeho dodržiavanie a očakávajú zázraky od medicíny (Kilíková, 2013).

Hrstková (2011, s.91) vo svojej práci uvádza prehľad najčastejších bariér v súčasnosti na území Českej republiky nasledovne:

- nižšia možnosť výberu databázy v českom, slovenskom jazyku
- neumožnený prístup od organizácie
- jazyková bariéra
- spoplatnené databázy a ich vysoká cena
- nedostatočná evidencia dát z výskumov záverečných a diplomových prác
- nedostatočné vedomosti o EBN a jej stratégii
- nesprávne pochopenie a negatívny pohľad na EBN
- konzervatívny prístup k EBN
- vysoký počet pridelených pacientov
- administratívne a organizačné problémy pracoviska
- nedostatok času k zhromažďovaniu informácií
- nedostatok informácií
- zložitosť obsahu poznatkov

- nesprávne pochopenie výskumu
- negatívny pohľad na výskum.

Cherry a Jacob (2005, s.503) bariéry rozdelili do troch skupín.

1. Bariéry vzťahujúce sa k výsledkom výskumov:

- štúdie nie sú zamerané na klinické problémy
- štúdie nie sú opakované
- závery nie sú formulované v podobách, ktorým rozumie väčšina sestier v klinickej praxi.

2. Bariéry na strane sestier:

- sestry neprikladajú výskumu dôležitosť
- sestry nečítajú závery výskumov
- sestrám chýba schopnosť nájsť závery výskumov
- sestry nevedia, ako aplikovať výsledky výskumov do praxe.

3. Bariéry týkajúce sa charakteristiky organizácie

- túžba po stabilite
- výdaje na rozvoj a implementácie
- autoritatívny štýl vedenia manažmentu
- organizačný zmätok z vonkajších a vnútorných tlaku.

Záver

Priepastný rozdiel medzi výskumom, teóriou a praxou ošetrovateľstva je možné zjemniť implementáciou teórie klinickej praxe založenej na dôkazoch. Tento záujem musí byť spoločným záujmom ošetrovateľov. Je žiaduce, aby klinická prax ošetrovateľov mala vedecký základ. Táto predstava sa stáva výzvou aj pre sestry poskytujúce starostlivosť v psychiatrickom ošetrovateľstve. Očakávame angažovanosť ošetrovateľov v tvorbe vedeckých databáz a v realizácii výskumov, ktoré splňajú znaky tzv. tvrdej vedy.

Zoznam použitej literatúry

BAŠKA, T. Ošetrovateľská prax založená na dôkazoch. In ŽIAKOVÁ, K. a kol. *Ošetrovateľstvo teória a vedecký výskum*. Martin : Vydavateľstvo Osveta, spol. s. r. o., 2003, s. 314-319. ISBN 80-8063-131-X.

BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. 2005. *Výskum v ošetrovateľstve*. Brno : NCO NZO, 2005. 146 s. ISBN 80-7013-416-X.

HRSTKOVÁ, P. 2011. *Místo výzkumu v a evidence based practice v ošetrovatelství: diplomová práca*. České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. 2011.82 s.

CHERRY,B., JACOB, S.R. 2005. *Contemporary Nursing*. St. Louis: Mosby 2005. p. 632. ISBN 978-0323-02968-1.

JOHNSTON, L., FINEOUT-OVERHOLT, E. 2005. Teaching EBP: “Getting from Zero to One“ Moving from Recognizing and Admitting Uncertainties to Asking Searchable, Answerable Questions. In *Worldviews of Evidence-Based Nursing*. ISSN 1741-6787, 2005, 2/2: p. 298–302.

KILÍKOVÁ, M. 2013. *Teorie moderního ošetrovatelství II*. Příbram : Ústav sv. J.N. Neumanna, 2013. 252 s. ISBN 978-80-260-3756-9.

MELNYK, B.M. et. al. 2010. Evidence-Based Practice: Step by Step: The Seven Steps of Evidence-Based Practice. In *American Journal of Nursing*. ISSN 1538-7488, 110/1: p. 51–53.

PLEVOVÁ, I. a kol. 2011. *Ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2011. 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0.

SACKETT, D. et al. 2000. *Evidenc- Based Medicine: How to Practice and Teach EBM*. London : Churcill-Livingstone, 2000. 261 p. ISBN 978-0443062407.

STILLWELL, S.B. et. al. 2010a. Evidence-based practice, step by step: Asking the Clinical Question: A Key Step in Evidence-Based Practice. In *American Journal of Nursing*. ISSN 1538-7488, 2010, 110/3: p. 58–61.

STILLWELL, S.B. et. al. 2010b. Evidence-based practice, step by step: Searching for the evidence. Strategies to help you conduct a successful search. In *American Journal of Nursing*. ISSN 1538-7488, 2010, 110/5: p. 41–47.

ZELENÍKOVÁ, R., JAROŠOVÁ, D. 2012. Úvod do problematiky ošetrovatel'stva založeného na dôkazoch. In *Kontakt*. ISSN 1212-4117, 2012, roč. 15, č. 1, s. 7-13.

ŽIAKOVÁ, K. a kol. 2009. *Ošetrovatel'stvo teória a vedecký výskum*. 2. prepracované vydanie. Martin : Vydavateľ'stvo Osveta, spol. s. r. o. , 2009. 322 s. ISBN 978-80-8063-304-2.

ŽIAKOVÁ, K. a kol. 2009. *Ošetrovatel'ský slovník*. Martin : Vydavateľ'stvo Osveta, spol. s. r. o. , 2009. 218. s. ISBN 978-80-8063-315-8.

Kontaktné údaje autora:

prof. PhDr. Mária Kilíková, PhD.,
VŠZ a SP sv. Alžbety Bratislava, n.o.
Detašované pracovisko Bl. Sály Salkaházi Rožňava
Kósu Schoppera 22, 04801 Rožňava
e-mail: m.kilikova@gmail.com

SOCIÁLNA REHABILITÁCIA V PRAXI

Autor: Drahoslav Kleinová

Rehabilitačné stredisko Radosť Košice

Súhrn

ZPP Radosť ako občianske združenie vzniklo v roku 1997 z potreby odľahčenia rodín, žijúcich v spoločnej domácnosti s rodinným príslušníkom – užívateľom psychiatrických služieb. V začiatkoch sa tejto práce ujali rodičia, ktorí mali túžbu skvalitniť život hendikepovaným rodinám. V ôsmich pilotných projektoch podporených Nadáciami a generálnym sponzorom IQ Servis a.s. v Košiciach sme získali skúsenosti pri rôznych integračných aktivitách s psychiatrickými klientmi. Prvá Psychiatrická klinika Tr. SNP nám poskytla priestory na klubovú činnosť, kde sme realizovali varenie, arteterapiu, muzikoterapiu, nácvik empatie, asertivity, spoločenské hry a edukačné programy.

Kanceláriu sme získali od evanjelickej cirkvi a.v. na Zvonárskej ulici, neskôr od sponzorov IQ Servis na Rastislavovej ulici, vďaka PhDr. Milane Kovaničovej CSc. Poskytovali sme tu aj poradenstvo pre klientov a ich príbuzných. Po verifikácii činnosti v praxi a zostavení projektov, nás Košický samosprávny kraj začal v roku 2002 finančne podporovať v sociálnom poradenstve a v roku 2004 v sociálnej službe Rehabilitačné stredisko pre ľudí s duševnými poruchami. Ostatné finančné prostriedky získavame zo zbierok, 2% z daní, ale najmä predajom výrobkov v rámci predajných trhov, ktoré klienti vyrábajú počas tvorivých dielní. Naše zariadenie prevádzkujeme na Sídlisku KVP č. 1. Ateliér, kaviareň pre géniov, relaxačná miestnosť, kuchynka, spoločenská miestnosť, tiež krytá terasa sú určené na sociálnu rehabilitáciu. U klientov podporujeme samostatnosť, nezávislosť, sebestačnosť v čo najväčšej možnej miere prostredníctvom nácviku praktických zručností, integračných, výchovných, vzdelávacích aktivít, nácviku sociálnej komunikácie a pod. Trojdňové psychorehabilitačné pobyty nám odkrývajú také informácie o klientoch, ktoré v zariadení nemožno vidieť. Vedeť ich k tomu, aby boli pre druhých užitoční. Hudobne a pohybovo nadaní klienti účinkujú pravidelne v domovoch sociálnych služieb pre starších občanov a mládež s postihnutím v Košiciach i Bardejove.

Kľúčovou oblasťou v prístupe ku klientom je dodržiavanie základných etických princípov a hodnôt. Klient je vždy na prvom mieste a prístupujeme k nemu ako k partnerovi, ktorý má právo vyjadrovať svoje potreby, požiadavky a zúčastňovať sa na spolurozhodovaní o dôležitých skutočnostiach. Veľký dôraz kladieme na dodržiavanie dôstojnosti a jedinečnosti každej osoby a vytváranie takého prostredia a vzťahov, ktoré je založené na dôvere, úcte a tolerancii.

Spolupracujeme s Regionálnym občianskym združením ODOS - Košice, kde jeho predsedníčka MUDr. Dagmar Breznoščáková PhD. v spolupráci s vedením psychiatrického oddelenia PNLP v Košiciach primárkou MUDr. Evou Pálovou PhD. zabezpečujú v našom združení cyklus zaujímavých prednášok o duševnom zdraví, sociálnych zručnostiach, sebapoznání a vzťahoch medzi ľuďmi, ktoré sú určené pre klientov, rodičov, ale aj pre verejnosť. Dlhodobo nám pomáhajú s odbornými radami. Do budúca by sme veľmi radi privítali spoluprácu aj s ambulantnými psychiatrami, ktorých pacienti sú našimi klientmi.

S pacienstkými organizáciami Pohľad v Košiciach a Pozdrav v Michalovciach nadväzujeme spoluprácu formou športových aktivít, exkurzií a pod. Snažíme sa podnecovať patientsku organizáciu Pohľad k samostatnej činnosti.

S celoslovenským občianskym združením ODOS – Bratislava spolupracujeme na vydávaní časopisu o činnosti združení na Slovensku. Poriada tiež psychorehabilitačné a vzdelávacie pobyty pacientov, rodičov a sociálnych pracovníkov, ktorí sú najaktívnejší.

Už 12 rok spolupracujeme s Ligou za duševné zdravie, ktorá organizuje celoslovenskú zbierku Dni nezábudiek. Zabezpečuje povolenia, sprostredkovanie materiálu a kampaň v médiách. V roku 2012 bola našej organizácii pridelená cena kancelárie WHO na Slovensku za inovatívny prístup v podpore duševného zdravia. V roku 2005 nás v Rehabilitačnom stredisku Radosť navštívilo 23 psychiatrov z Európskej únie.

Citujeme: „Boli sme veľmi dojatí atmosférou a entuziazmom v tomto stredisku. Zvlášť je dobré vidieť angažovanosť príbuzných. Je to jasný smer k nájdeniu nových ciest pomoci klientom, ktorí sú ochotní prijať nové myšlienky. Rozhovormi s pacientmi si človek uvedomí, aký je dôležitý pocit bezpečia.“ Prezident Asociácie European Board of psychiatry (U.E.M.S.)

Dr. James G. Strachan, Škótsko

Mgr. Drahoslav Kleinová

Riaditeľka Rehabilitačné strediska Radosť Košice

PIELĘGNIARKA W PSYCHIATRYCZNEJ OPIECE ZDROWOTNEJ W POLSCE

Autor: Bożena Kosińska

Vice President of the Polish Association of Polish Nurses (PSPiPP)

Abstract

W stacjonarnej opiece psychiatrycznej miejsce pielęgniarki jest niekwestionowane od lat, lecz obecność pielęgniarki z jej tradycyjnie przypisywanymi zadaniami w tzw. formach pośrednich psychiatrycznej opieki, już nie jest tak oczywista. W Polsce jest tendencja zmniejszania wskaźników liczby łóżek w szpitalach (np. 1990 r. - 9,6; 2005 r. - 8,3/10 000 mieszkańców), z jednoczesnym zwiększaniem dostępności do pozainstytucjonalnych form (np. zespoły opieki środowiskowej 1990 r. - 12; 2005 r. - 29; oddziały dzienne 1990 r. - 76; 2005 r. - 203). *Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015*, kładzie nacisk na rozwój opieki środowiskowej. W latach 2002-2014, 901 pielęgniarek uzyskało specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego. W sumie w obszarze psychiatrycznej opieki zdrowotnej pracuje ok. 10000 pielęgniarek, w tym ok. 1000 specjalistek, które są głównym motorem zmian. Dominujący głos pielęgniarek psychiatrycznych może być skutecznym czynnikiem pobudzania do rozwoju i zwiększania nakładów finansowych na pozainstytucjonalne formy opieki psychiatrycznej.

Słowa kluczowe: Pielęgniarka. Psychiatria. Psychiatryczna opieka środowiskowa.

W stacjonarnej opiece psychiatrycznej miejsce pielęgniarki jest niekwestionowane od lat, lecz już obecność pielęgniarki z jej tradycyjnie przypisywanymi funkcjami i zadaniami w tzw. formach pośrednich psychiatrycznej opieki, takich jak zespoły środowiskowe, oddziały rehabilitacji psychiatrycznej, już nie jest tak oczywista. *Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego 2011-2015* za główny cel przyjął ograniczenie występowania zagrożeń dla zdrowia psychicznego, poprawę jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi i ich bliskich oraz zapewnienie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, głównie w środowisku rodzinnym i społecznym, to nie wypracowano dotąd jednego, ani nawet dominującego modelu organizacji tej opieki.

Dane epidemiologiczne wskazują na lawinowo rosnący popyt na świadczenia z zakresu zdrowia psychicznego. Gorsza kondycja psychiczna obywateli ma negatywny wpływ

na klimat społeczno-polityczny, zmniejsza produktywność i innowacyjność. Obecnie można wyróżnić cztery grupy rozpoznaw, stanowiących największe zagrożenie dla zdrowia psychicznego Polaków, generując ok. 75% kosztów leczenia:

1. depresje,
2. choroby związane ze starzeniem, w tym choroby organiczne,
3. zaburzenia alkoholowe,
4. przewlekłe choroby schizofreniczne i afektywne.

W Polsce, podobnie jak w innych krajach, obserwuje się tendencję zmniejszania wskaźników liczby łóżek psychiatrycznych w szpitalach (np. wskaźnik: łóżko na 10 00 mieszkańców w 1990 r. - 9,6; w 2005 r. - 8,3), z jednoczesnym zwiększaniem dostępności do ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej i innych pozainstytucjonalnych form (np. liczba zespołów opieki środowiskowej w 1990 r. - 12, w 2005 r. - 29; w 2009 r. -45; oddziały dzienne w 1990 r. - 76, w 2005 r. - 203; w 2009 r. - 259; hostele 1990-7; 2005-12). W ostatnich dekadach wprowadzane są sprzyjające warunki do wprowadzania modelu środowiskowej opieki psychiatrycznej w Polsce, m. in. poprzez wydanie Rozporządzenia Ministra Zdrowia *Narodowego Programu Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015*, to jednak zdecydowanie większość działań opiera się na entuzjazmie lokalnych społeczników, w których gronie przeważają pielęgniarki.

Narodowy Fundusz Zdrowia podaje, iż w 2012 r. zgłoszonych do realizacji umów w opiece psychiatrycznej i leczenia uzależnień było 10 767 pielęgniarek. Podstawą prawną kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych jest ustawa z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U.2011,174, 1039 z późn. zm.). Art. 61 nakłada na pielęgniarkę obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych. Obecny system kształcenia podyplomowego przewiduje:

1. szkolenie specjalizacyjne, zwane specjalizacją,
2. kurs kwalifikacyjny,
3. kurs specjalistyczny,
4. kurs dokształcający.

W latach 2002-2014, 901 pielęgniarek uzyskało specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego. Kurs kwalifikacyjny – cel: uzyskanie przez pielęgniarkę wiedzy i umiejętności do udzielania określonych świadczeń zdrowotnych wchodzących w zakres danej dziedziny pielęgniarstwa lub dziedziny mającej zastosowanie w ochronie zdrowia. W latach

2010-2012, 2120 pielęgniarek ukończyło kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego.

Kurs specjalistyczny – cel: uzyskanie przez pielęgniarkę wiedzy i umiejętności do wykonywania określonych czynności zawodowych przy udzielaniu świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych lub rehabilitacyjnych, np. kursy (dane z lat 2010-2012) *rehabilitacja podopiecznych z zaburzeniami psychicznymi* (213 pielęgniarek), *prowadzenie psychoterapii podstawowej z wykorzystaniem elementów psychoterapii kwalifikowanej* (164 pielęgniarek), *aktywizacja podopiecznych z wykorzystaniem elementów terapii zajęciowej* (63 pielęgniarek). W sumie w obszarze psychiatrycznej opieki zdrowotnej pracuje ok. 1000 specjalistek w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, ponadto ok. 4 0000 pielęgniarek - absolwentek innych form kształcenia podyplomowego, które są głównym motorem zmian.

System psychiatrycznej opieki zdrowotnej wymaga głębokiej reorientacji. Należy wycofać się z modelu dużego szpitala psychiatrycznego pochłaniającego większość kosztów, a oferującego opiekę zaledwie dla kilkunastu procent pacjentów. Należy dążyć by opieka psychiatryczna była opieką środowiskową zorganizowaną w centra zdrowia psychicznego dającą sieć oparcia w postaci opieki zdrowotnej, wsparcia społecznego i wsparcia w zakresie pracy zawodowej. Praca w ambulatorium, środowisku pacjenta pozwala pielęgniarkom rozwijać własne umiejętności, kompetencje, zainteresowania. Dominujący głos pielęgniarek psychiatrycznych może być skutecznym czynnikiem pobudzania do rozwoju i zwiększania nakładów finansowych na pozainstytucjonalne formy opieki psychiatrycznej

Piśmiennictwo:

1. Araszkievicz A, Golicki D, Heitzman J, Biała Księga - Osoby chorujące na schizofrenię w Polsce – Raport, Warszawa 2004.
2. Meder J, Jarema M, Araszkievicz A, Psychiatryczna opieka środowiskowa w Polsce - Raport, Warszawa 2008.
3. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r., w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, (Dz. U. 2011, 24, 128).
4. Sosnowska M, Prot-Klinger K, Scattergood M i wsp., Relacja terapeutyczna w psychiatrii środowiskowej z perspektywy pacjenta i terapeuty, Psychiatria Polska 2011, tom XLV.
5. Thornicroft G, Tansella M, W stronę lepszej psychiatrycznej opieki zdrowotnej, Warszawa 2010.

6. Załuska M, Środowiskowy model leczenia psychiatrycznego z zmiany w strukturze lecznictwa w ostatnich latach w Polsce. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2006, 15(4).
7. Zielona Księga, Poprawa zdrowia psychicznego ludności, Strategia zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej, Bruksela 2005.

Bożena Kosińska RN, PhD

Specialist in psychiatric nursing

Director of Nursing in Psychiatric Hospital in Radom, Poland

President of the Foundation for the Development of Polish Nursing (FRPP)

Vice President of the Polish Association of Polish Nurses (PSPiPP)

tel. 509037118 email: bozko@vp.pl

PRÍRUČKA AKO OBJAVIŤ CESTU K ABSTINENCII A AKO ÍŠŤ ĎALEJ... (PODPORA A RADY PRE KAŽDÉHO KOHO POSTIHOLO ALKOHOLIZMUS)

Autor: Mária Pronajová, Janka Kašovská, Lenka Calíková

Psychiatrická liečebňa SUČANY

Abstrakt

Príručka svojim obsahom a zameraním určite nie je v publikačnej činnosti priekopníčka. Stačí ak spomenieme slovo alkoholizmus. Alkoholizmus najviac trápi samotných pacientov a ich príbuzných a tým prináša do ich života skutočné utrpenie. Tento materiál neprináša len dôležité informácie, ale dáva aj nádej, že pri dodržiavaní postupov sa dá aj s týmto ochorením kvalitne žiť. Je to návod ako objaviť cestu, ujsť zo svojho väzenia a vrátiť sa do krajšieho života. Túto príručku odporúčame nielen pacientom a ich príbuzným, ale aj širokému spektru ľudí, ktorí by mohli ovplyvniť rozvoj starostlivosti o jedincov závislých na alkohole. Cieľom práce je poskytnúť podporu každému, koho zasiahol alkoholizmus. Či už týmto ochorením trpíte vy sami, alebo je to váš príbuzný, alebo priateľ, tu môžete nájsť informácie o tomto ochorení, ktoré vám pomôžu vysvetliť princípy sebakontroly a správania so zameraním sa na problém pitia. Aby sa dosiahol úspech, je dôležité tieto princípy pochopiť a prejsť postupnou zmenou.

Kľúčové slová: Alkoholizmus. Závislosť. Intoxikácia. Abstinencia.

Úvod

Medzi najznámejšie návykové látky v našej verejnosti patrí alkohol. Je to legálna droga a pitie alkoholu je našou spoločnosťou vysoko tolerované. Nadmerné užívanie alkoholu a následná závislosť predstavuje vážny problém nielen pre jednotlivca, ale aj pre celú spoločnosť. Má veľký podiel na chorobnosti, úrazovosti, invalidite, predčasnej úmrtnosti, samovražednosti. Prispieva k vážnym protispoločenským prejavom, najmä k zvýšeniu agresivity a k trestnej činnosti.

Efektívnosť programov zameraných na prevenciu závislostí je stále nízka. Preto je opodstatnené venovať im adekvátnu pozornosť zameranú na terapeutickú pomoc jedincom so závislosťou tohto druhu. Príručka je venovaná ľuďom, ktorí sa rozhodli kráčať po ceste abstinencie, tí ktorí so svojou závislosťou neustále bojujú. Príručka môže priviesť aj človeka, ktorý pociťuje svoje pitie ako problémové, k rozhodnutiu pre trvalú abstinenciu.

1. ALKOHOLIZMUS – prehľad

Čo je alkoholizmus ? Alkoholizmus je ochorenie, ktoré sa nedá vyliečiť, ale dochádza k jeho uzdraveniu. Môže vzniknúť u mladých, starých a aj u ľudí v strednom veku. Ohrozuje ľudí všetkých tried a rozličného etnického pôvodu. Postihuje rovnako ženy ako mužov. Vyskytuje sa v rodinách kde sú genetické predispozície a faktory, ktoré napomáhajú jeho vzniku. Je to sužujúci stav, ktorý môže závažne narušiť život nielen tých, ktorí ním trpia, ale aj život ich príbuzných a priateľov. Panuje mylná predstava, že alkoholizmus je prejav slobodnej vôle. Mnohí toto ochorenie zľahčujú a nepovažujú ho za dôležité. A pre mnohých je ešte stále tabuizované. Avšak správne rozhodnutie a voľba tej správnej cesty k abstinencii, môžu ľuďom trpiacim alkoholizmom pomôcť v tom, aby pokračovali v živote, ktorý ich uspokojuje a dáva zmysel.

Zamysleli ste sa niekedy nad tým- „kam smeruje môj život?“ Pri alkoholizme ide o konzum alkoholu v takej miere, že dochádza ku telesným, duševným a sociálnym poškodeniam. Prítomná je fyzická a psychická závislosť na alkohole, zvlášť strata kontroly a nutkanie pokračovať v pití. (Groblinger, Stockmayr 1992)

Ľudí podľa ich vzťahu k alkoholu delíme do štyroch skupín :

- **Abstinenti** – nepijú alkoholické nápoje. Za abstinenta možno považovať i človeka, ktorý nepožil alkohol v žiadnej forme ani množstve najmenej tri roky. Úplných abstinentov je veľmi málo, najčastejšie sú nimi deti, ide o akúsi prirodzenú abstinenciu.



- **Konzumenti** – pijú alkoholické nápoje v primeranom množstve a v určitom čase, hlavne pre chuť a na uhasenie smädu. Takéto užívanie sa označuje aj ako spoločenské alebo bežné. Z odborného hľadiska takémuto spôsobu konzumácie hovoríme úzus (Kafka, 1993).

- **Pijani** – pijú alkoholické nápoje nielen na uhasenie smädu a pre ich chuť , ale hlavne pre ich účinky.



- **Alkoholici** – pijú alkohol, lebo sú na ňom závislí.



Účinky alkoholu na ľudský organizmus

Účinky alkoholu na ľudský organizmus sú veľmi rôznorodé a závisia od viacerých faktorov. Existuje súvislosť, že účinok alkoholu závisí aj od tolerancie, reaktivity užívateľa a ovplyvňuje ho aj dlhotrvajúci abúzus. Pri dlhotrvajúcom nadmernom pití alkoholu sa výrazne menia neuropsychotropné účinky, zvyšuje sa tolerancia, vzniká psychická a telesná závislosť. So zvyšujúcimi dávkami vzniká túžba po alkohole , keď závislá osoba často myslí na alkohol, prvú dávku pije dychtivo. Chronická intoxikácia alkoholom zvyšuje depresiu, úzkosť, dysfóriu. Agresívne správanie k okoliu aj k sebe (samovraždy), je často spojené s nadmerným požívaním alkoholu. Pokles libida a impotencia je u alkoholikov častý (Kršiak,1988). Dlhodobý abúzus alkoholu spôsobuje negatívne zmeny osobnosti. Človek po istom čase stráca súdnosť, schopnosť sebauvedňovania, vytráca sa emotivita, strácajú sa vyššie city, zvyšuje sa emočná labilita a nastáva ochudobnenie duševného života a celkové sprimitívnenie (Skála ,1987).



Ak vznikne závislosť, tak okrem psychickej závislosti sa vytvára aj silná telesná závislosť. Alkohol má mnoho škodlivých vplyvov nielen na psychiku, ale aj na rôzne orgány tela ako je pečeň, mozog, tráviaci trakt, srdcovo-cievny systém, ľadviny. Ľudia so závislosťou na alkohole majú častejší výskyt rakoviny a umierajú v priemere o 15 – 20 rokov skôr ako ich rovesníci. K predčasnému starnutiu, zmenám v mozgu, k alkoholovej demencii vedú psychické následky (Okruhlica,1998).

Zdravotný stav postupne zhoršuje aj spolupôsobenie nasledovných účinkov.

- **Euforizujúci** – účinok drogy vnímaný človekom ako eufória, je zákernou vlastnosťou drogy. Eufóriu charakterizuje telesná a duševná pohoda , radosť zo života, sebavedomie, zdravie. Dôvodom eufórie je dosiahnutie želaného cieľa , alebo naplnenie nejakej predstavy.
- **Zmocňujúci** – pomaly sa droga zmocňuje človeka. Myslenie a vôľové zložky sú orientované na obstarávanie, konzumáciu drogy a vyhľadávanie miest, kde sa s drogou možno stretnúť. Spočiatku sa s drogou experimentuje. Je to čas najväčšieho sebaklamu. Vysoká tolerancia na drogu neprimerane podporuje rast sebavedomia.
- **Zhubný** – spolu s euforizujúcim a zmocňujúcim účinkom spoluúčinkuje deštrukčný fenomén drogy. Alkohol ovplyvňuje čas prežitia. Priemerný vek skracuje o viac ako 24 rokov. Človeka závislého na alkohole a jeho stratená ľudskosť ho vyradí z rodinného prostredia, z pracovných činností. Zhubný účinok je plazivý (Novotný,1999).

Závislosť na alkohole ako diagnóza

Na odlišenie abúzu alkoholu od alkoholovej závislosti slúžia štandardné diagnostické kritéria popísané v MKCH-10.

Podľa MKCH-10 kritéria na stanovenie diagnózy syndrómu závislosti sú:

- **Silná túžba** alebo pocit kompulzie vziať si látku.
- **Ťažkosť kontroly správania** (jeho ovládania) smerom proti užívaniu látky.
- **Abstinenčný stav** po znížení alebo prestaní užívania látky, prípadne zmiernenie alebo ústup abstinenčných príznakov po užití drogy.

Psychické – úzkosť, zvýšená dráždivosť, depresie, poruchy pamäti, vnímania, vedomia.

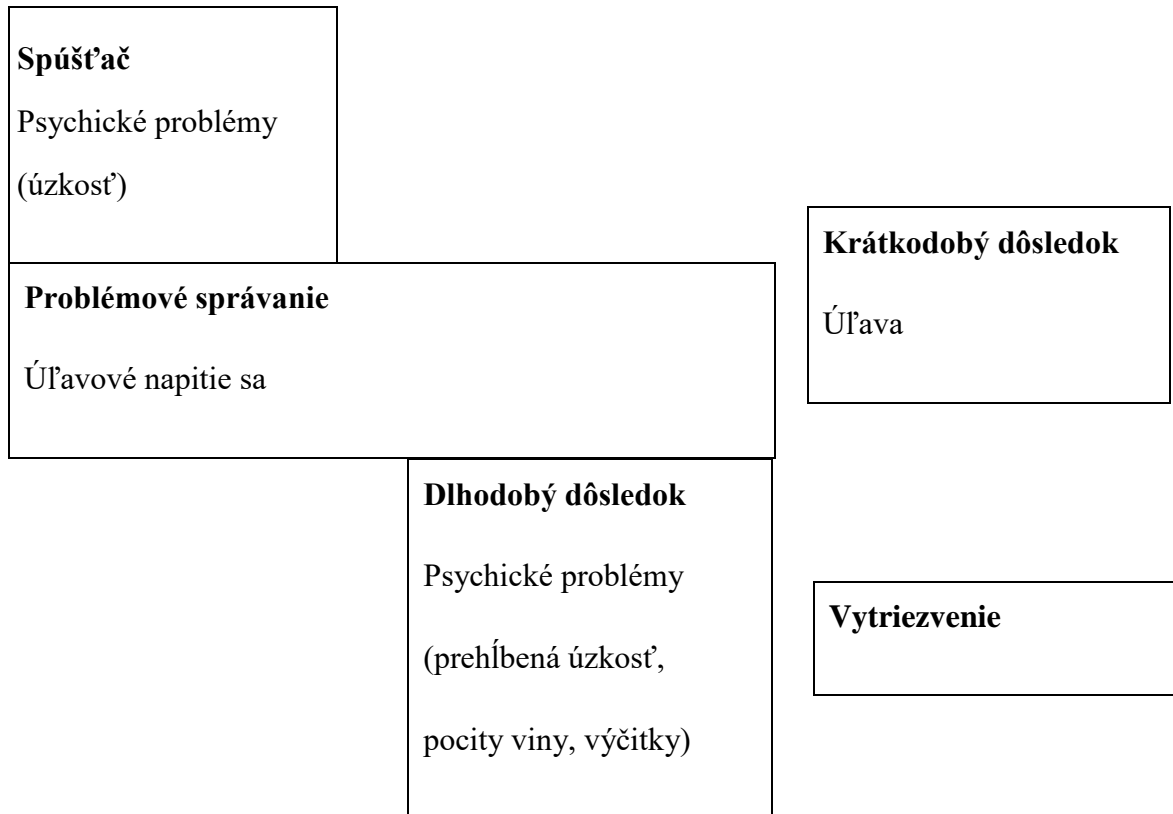
Somatické – neurologické – tras, poruchy reči, chôdze, citlivosti, epileptické záchvaty a - vegetatívne – potenie, svrbenie, poruchy spánku, zvracanie, hnačky, tachykardia, výkyvy tlaku.

- **Taký dôraz tolerancie**, akým sú zvyšovanie dávky na dosiahnutie rovnakého účinku pôvodne produkovaného nižšími dávkami.
- **Progressívne zanedbávanie** alternatívnych pôžitkov, alebo záujmov v dôsledku používania alkoholu, v myslení dominuje problematika alkoholu.
- **Pokračovanie v požívaní alkoholu** aj napriek jasnému dôkazu škodlivých následkov (poškodenie pečene, depresívne stavy, poškodenie kognitívnych funkcií ap.).

Diagnóza závislosti môže byť postavená iba v tom prípade, ak sa tri alebo viaceré uvedené kritéria preukázali u pacienta v priebehu posledného roka.

Bludný kruh závislosti

Ako alkohol mení vaše myšlienky, pocity a správanie? Povedzme, že niekto má duševné problémy. Siahne po alkohole a jeho problémy sa zdanlivo zmiernia. Keď ale vytriezvie, jeho problémy sa všetky vrátia a k tomu ešte zlá nálada z opice a z toho, že mu niekto behom opitosti ukradol doklady a peniaze. Ak takého človeka napadne zase sa opiť, dostáva sa do bludného kruhu závislosti. Jeho myšlienky sú často skreslené, „presviedčajú ho o tom, že nie je schopný svoj problém riešiť a zvládnuť nutkanie a bagatelizujú dôsledky pitia“.



Podobné bludné kruhy sa objavujú i v pracovnej oblasti, v rodinnom živote a aj v zdravotnej oblasti (Nešpor, 2006).



Príznaky alkoholizmu

Príznaky alkoholizmu ovplyvňujú to, ako rozmýšľate, ako sa cítite a ako sa správate. Delia sa na štyri vývojové fázy, resp. štádia (predalkoholické, prodromálne, kruciálne a konečné).

1. Predalkoholická – počiatočná fáza

Pitie má spoločenský charakter a predstavuje začiatok cesty k alkoholizmu. Táto fáza sa delí na príležitostné a pravidelné pitie pre úľavu. Zvyšovanie alcoholickej tolerancie uvádza ako sprievodný jav.

2. Prodromálna – varovná fáza

Táto fáza je charakterizovaná častejšou opitnosťou a stále sa zvyšujúcou frekvenciou pitia , ktoré sa začína prejavovať i výskytom *alkoholických okienok* (výpad spomienok na určitý čas opitosti) (Kafka ,1993).

Tajné pitie je dôkazom toho, že jedinci sa začínajú vyhýbať pitiu na oslavách, lebo majú strach z odhalenia a namiesto toho pijú, keď si myslia, že sa na nich nikto nepozera.

Typická je u niektorých *predpríprava alkoholom*, kedy sa „posilňujú“ predtým, než idú na návštevu, pred skúškou ap. Ďalším príznakom tejto fázy je *hltavé pitie a pocity viny pre pijanské správania a vyhýbanie sa zmienkam o alkohole pri konverzácií*. Napriek vyššie uvedeným príznakom pijú ďalej a *stúpajúca frekvencia alkoholických okienok* sa vyvíja do štandardu. A to je už varovným signálom, že sa končí druhá fáza a začína sa fáza rozhodná, kedy už hovoríme o chorobe.

3. Kruciálna – rozhodujúca fáza

Fázu prejavujúcej sa závislosti charakterizuje stále rastúca tolerancia.

Za vážny znak sa pokladá *strata kontroly v pití* (loss of controle), ktorá sa vyznačuje tým, že ohrození ak si vypijú čo len jeden pohárik, nie sú schopní prestať piť. Situácia vedie k *racionalizácii pitia*, t.j. snažia sa okoliu ale i sebe odôvodniť a ospravedlniť svoje konanie. Pri *čelení spoločenskému tlaku* je evidentný nátlak zo strany zamestnávateľa, rodiny a priateľov. Symptóm veľikášstva, nadradenosti vo verbálnom prejave v ebriete alebo správaní poukazuje na *grandské správanie*.

Nápadné agresívne správanie je veľmi časté. Prítomná je verbálna aj brachiálna agresia (najčastejšie voči manželke, rodine, deťom), často krát vyúsťujúca do trestnej činnosti. Môžu nastať *periódy úplnej abstinencie* vynútené somatickým stavom (po epileptickom paroxyzme, po operácií ap.), z pohrozenia rozvodom, z problémov

v práci ap. Pokúšajú sa dodržiavať svoje vlastné pravidlá toho, kedy budú piť a čo budú piť, čím poukazujú na ďalší príznak a to je *zmena štýlu pitia*. *Vzdávanie sa priateľov* upozorňuje na to, že preferujú pitie v samote alebo s ďalšími alkoholikmi z iných vrstiev.

Opúšťanie práce – najčastejšou príčinou je výpoveď zo strany zamestnávateľa, prechod na nižšiu funkciu, povahová neznášanlivosť a konflikt so zamestnávateľom. Centrom záujmu sa stáva alkohol, či už jeho získavanie alebo ukrývanie čomu hovoríme *alkoholocentrické správanie*. *Strata vedľajších záujmov*, ktoré mali v minulosti, strata záujmu o rodinu, domácnosť, domáce záľuby, šport a turistiku.

Reinterpretácia interpersonálnych vzťahov sa dotýka najmä v manželskej, partnerskej prípadne rodinnej oblasti. Výpovede ako : „manželka mi nerozumie“, „nariadený na ňom sedí“, „okolie mu nerozumie“, poukazuje na *výrazné sebaľutovanie*.

Geografický únik vyplýva zo systému izolácie a racionalizácie, nemá motivačné pozadie („odidem a prestanem piť“). Sprievodným znakom *zabezpečovania si zásob* je skrývanie alkoholu na rôznych miestach, zvyčajne pred partnerom. Má najčastejšiu formu nákupu domov. Charakteristické je *zanedbávanie správnej výživy* , čo ešte zhoršuje zdravotný stav. Ignorovanie jedla počas viacdňového pitia je častým príznakom.

Somatické postihnutia s následným aj príčinným vzťahom k alkoholu vedú k *prvej hospitalizácii pre niektoré alkoholické choroby*. *Pokles potencie a alkoholická žiarlivosť* podmienená poklesom potencie, nezhodami medzi partnermi sú symptómami na konci kruciálnej fázy. *Pravidelné ranné pitie* slúži na upokojenie sa po nepríjemnom stave. Je to symptóm, ktorý je súčasťou abstinenčnej symptomatológie.

4. Konečná, terminálna fáza

Táto fáza je charakterizovaná zmenami , ktoré závislosť zapríčiňuje, a nie dĺžkou pitia.

Nasledovné symptómy: *prolongovaná opilosť* poukazuje na dvojdnové, štvordňové až týždeň trvajúce pitie vyúsťujúce do hlbokého metabolického rozvratu.

Poškodenie myslenia sa manifestuje prevažne porušením chronológie. Môže sa objaviť zábudlivosť, deficit vo výbavnosti, zabiehavosť. Prítomné sú aj *prvé alkoholické psychózy* ako je napr. delirium tremens, alkoholická halucinóza, alkoholická paranoidná psychóza a i.

Častým znakom tejto fázy je aj *pitie s osobami hlboko pod jeho spoločenskú úroveň* (bolo im jedno s kým pijú, hlavne že im zaplatili).

Pitie aj technických výrobkov ako je Alpa, Pitralon, voňavka a v najkrajnejších prípadoch pijú postihnutí denaturovaný lieh. Dochádza k *strate alkoholovej tolerancie*, kedy im stačia relatívne malé dávky alkoholu, aby sa opili. Stála myšlienka niečo si zohnať, nutkavosť až neovládateľnosť sú typické pre symptóm *obsedantný charakter pitia*. Matné „zbožné priania“ ako napr. „nájdem si zamestnanie a prestanem piť“, „nájdem si priateľku a prestanem piť“, „keby prestali vyrábať alkohol“ sú nereálne. U mnohých dochádza k *zlyhávaniu racionalizačného systému* vplyvom viacerých faktorov: pocity bezmocnosti, predošlá neúspešná protialkoholická liečba, strata rodiny (Kunda, 1988). Tí, ktorí sa dostanú až do posledného štádia, nie sú schopní žiť s alkoholom, ale ani bez neho. Môžu si však vybrať liečebnú starostlivosť, akceptovať pomoc a vzdať sa alkoholu.

Liečba

Klasická liečba alkoholizmu sa delí na medikamentóznú, psychoterapeutickú a rehabilitačnú. Základným cieľom je trvalá abstinencia.

Z hľadiska organizačnej formy rozlíšenie liečby:

- **Ambulantná** – uskutočňuje sa v poradniach, ordináciách pre alkoholizmus a iné toxikománie.
- **Ústavná** – zahŕňa psychiatrickú pomoc a vlastnú protialkoholickú liečbu na oddeleniach nemocníc, prípadne v špeciálnych zariadeniach, stacionároch.

Z hľadiska právneho ide o liečbu:

- **Dobrovoľnú** – je najviac účinná.
- **Ochrannú** – nariaďuje ju súd na základe paragrafu 72 Trestného zákona.

Dnešný systém pomoci obsahuje ambulatnú a ústavnú formu liečby, či možnosť doliečovania, resp. rehabilitácie s ich charakteristickými liečebnými programami.

Campral – výrazne znižuje túžbu po alkohole (anticravingový efekt).

- redukuje frekvenciu recidív u pacientov závislých na alkohole
- znižuje aj tendenciu k recidíve podmienenej tlakom pijanského prostredia.

Campral má vynikajúci bezpečnostný profil a neprejavujú sa u neho žiadne nežiaduce účinky na CNS. Bol vyhodnotený ako najefektívnejší spomedzi doteraz známych spôsobov liečby alkoholovej závislosti.

2. Motivácia je dôležitejšia než vôľa

To, že sa nedokážete vo vzťahu k alkoholu dostatočne ovládať, nemusí byť len prejavom vašej slabej vôle, ale znakom závislosti. Vôľa je dostatočne silná, ale orientovaná iným smerom. Potrebuje výhybku, ktorá by jej smer zmenila. Práca s motiváciou je práve takouto výhybkou.



Štádia motivačných zmien

Motivácia sa mení a je možné ju ovplyvňovať. Spontánne sa mení v závislosti od toho, ako sa cítite, kde sa nachádzate, či je pre vás uskutočnenie zmeny v danej chvíli ľahšie alebo ťažšie. Človek, ktorý sa rozhodne pre nejakú veľkú zmenu, prechádza rôznymi fázami rozhodovania, niekedy chce zmenu viac, inokedy menej. Preto je veľmi dôležité, vedieť sa aj v slabých chvíľach motivovať k tomu, aby ste nezlyhali a vo svojom rozhodnutí vytrvali.

1. **Štádium, kedy nestojí o zmenu**, človek necítiťuje potrebu s pitím skončiť.
2. **Štádium rozhodovania**, človek uvažuje, váha, pitie mu vyhovuje, prináša mu úľavu, na druhej strane začína vnímať aj kritické poznámky okolia a prvé negatívne dôsledky pitia.
3. **Štádium rozhodnutia**, človek sa rozhodol s pitím prestať. Negatívne dôsledky prevážili nad prínosom alkoholu.
4. **Štádium jednania**, uskutočňovanie zmeny a postupné kroky smerujúce k cieľu – k trvalej abstinencii.
5. **Štádium udržania zmeny**, nastolená zmena sa udržiava, abstinencia sa stáva samozrejmovou súčasťou života.
6. **Recidíva**, návrat k pitiu a k starému spôsobu správania (Nešpor,2006).

Ako si motiváciu posilňovať?

Motivačná váha. Podstatou tejto techniky je nájsť všetky výhody a nevýhody abstinencie a naopak výhody a nevýhody návratu pitia. Predstavte si misky váh, na ktorých sú na jednej

strane naložené výhody abstinencie a nevýhody pitia, či recidívy a na druhú miskú váh všetky nevýhody abstinencie a výhody pitia. Ku každej výhode a nevýhode na oboch stranách potom priradíte hmotnostné závažie (1 – 10 kg) podľa toho, čo pre vás uvedený dôvod pre pitie či abstinenciu znamená. (Nešpor, 1999).

Symbole abstinencie. Symbole môžu zvyšovať motiváciu a pripomínať hodnoty, ktoré s abstinenciou súvisia, dajú sa tiež využívať pri zvládaní chuti na alkohol, pretože pôsobia sugestívne. Anonymní alkoholicy si dávajú do peňaženky špeciálne mince. Sú na nich vyryté symboly abstinencie. Dotýkanie sa nejakého symbolu môže slúžiť ako tzv. ukotvenie – človek sa sústreďuje na dotykový alebo zrakový vnem a tak odvedie pozornosť od baženia bezpečným smerom (Nešpor, 2000).

Motivačná kartička V kríze sa človek často správa a myslí stereotypne. Často po každej hádke ste siahli po pohárik, každý piatok si odsedeli v krčme. Na to, aby sa pre vás abstinencia stala prirodzená, potrebujete sa naučiť nové stereotypy, Ale abstinentské. Vhodné je, aby ste si všetko to, čo vás motivuje zapísali na malú kartičku, ktorú budete nosiť stále pri sebe a občas si svoje dôvody pripomeniete a utvrdíte sa vo svojom rozhodnutí. Tiež je dobré napísať si na kartičku príznaky recidívy, pripomenúť si semafor, nalepiť fotku rodiny, napísať telefónne kontakty.



3. Ako začať

Samotná motivácia k zmene nestačí. Na dosiahnutie cieľa je dôležitý aj plán a postup. Ak chcete na sebe niečo zmeniť, musíte najskôr vedieť, čo chcete zmeniť, čo sa potrebujete niečo nové naučiť (ako odmietnuť alkohol), alebo naopak niečo odnaučiť (nepotláčať hnev, aby ste ho neskôr nerozpustili v alkohole). Porovnať a zaznamenať svoje správanie sa dá rôzne. Môžete využiť malé notesy, ktoré budete nosiť pri sebe. Údaje je dobré zbierať niekoľko dní, najlepšie celý týždeň. Čím podrobnejšie budú vaše záznamy, tým lepšie môžete

spoznať to, čo potrebujete zmeniť, aby ste dokázali abstinovať. Zaznamenávanie a meranie problémového správania môže mať pre ďalšiu zmenu niekoľko nasledovných výhod:

1. Okamžité záznamy umožňujú presnejší popis problému.
2. Meranie umožňuje upravovať ďalší postup v zmene, pokiaľ je to potrebné.
3. Meranie môže mať aj liečebný efekt, pretože poskytuje pravidelné a presné informácie o tom, ako sa zlepšujete.
4. Pravidelné meranie umožňuje zostať pri stanovených cieľoch a podporovať ich plnenie (Hawton a kol., 1989).

Zmena je základ. Niektorí ľudia majú v robení si pravidelných záznamov ťažkosti. Ak sa do záznamu nútite, skúste sa k tomu motivovať:

- Za kvalitné záznamy si zvolte odmenu.
- Stanovte si tzv. pripomínače – môže to byť niečo, čo zbadáte tesne pred vypitím pohárika a čo vám pripomenie, že si máte urobiť záznam (napr. kamienok, amulet vo vrecku, kartička v peňaženke, poznámka na chladničke, špeciálny pohár atď.). Keď sa pozriete na „pripomínač“, povedzte si sami pre seba: „je pre mňa dôležité zapísať si každý pocit, myšlienku skôr než začnem piť.“
- Vždy, keď si zapíšete pocity, myšlienky skôr, ako začnete piť, povedzte si niečo pozitívne, pochváľte sa, napr.: „Som zo sebou spokojný, som dobrý a držím sa svojho programu“.
- Vtiahnite do svojho programu aj iných ľudí – môžu vám pomôcť v pripomínaní a podporovať

Príklad záznamovej kartičky:

dátum	čas	spúšťač	ANM, správanie	emócia
10.12.2012	15,20	Cesta okolo krčmy	„čo keby som si dal jedno pivo“ - pobehtovanie	Úzkosť, chvenie

Pozorovať svoje správanie a myšlienky sa dá rôzne. Môžete využiť notesy, ktoré budete nosiť pri sebe. Údaje je potrebné zbierať niekoľko dní, najlepšie celý týždeň. Čím podrobnejšie budú vaše záznamy, tým lepšie môžete spoznať to, čo potrebujete zmeniť, aby ste dokázali abstinovať. Zapisujte si, kedy a kde sa objavili spúšťače, ako ste sa cítili, aké boli

vaše myšlienky, aké bolo vaše správanie. Prestať piť môžete až vtedy, keď budete vedieť, ako zmeniť jeho príčiny a dôsledky.

Spúšťače a dôsledky *Spúšťač* však nie je skutočnou príčinou toho, prečo pijete. Ak je spúšťačom partia, nie je automaticky zodpovedná za to, že vy pijete.

Spúšťače môžete kontrolovať tak, že sa im **vyhnete** (nechodiť na rizikové miesta), že ich **zmeníte** (zmeniť krčmových kamarátov za skutočných), že sa naučíte ich **zvládať** (vedieť ako si poradiť s hnevom, úzkosťou), alebo na ne nebudete reagovať. Niektorým príčinám sa nedá vyhnúť úplne, ale môžete ich aspoň **obmedziť** (v potravinách sa vyhnúť regálom s alkoholom). Spúšťače pitia môžete nachádzať okolo vás (vonkajšie spúšťače) alebo vo vás (vnútorné spúšťače), (Rotgers, 1999).

Dôsledky pitia - to, čo má v skutočnosti vplyv na to, že v pití pokračujete. Nasledujú potom ako sa napijete. Môžu vaše pitie udržiavať aj napriek tomu, že príčina, kvôli ktorej ste s pitím začali, už stratila na dôležitosti alebo pôvodný dôvod pitia už neexistuje.

Alkohol mení prežívanie človeka, poskytuje tak úľavu od smútku, úzkosti, hnevu alebo navodzuje stavy eufórie, radosti. Človek sa snaží vyhnúť tomu, čo je pre neho nepríjemné a vyhľadáva to príjemné. A to alkohol dokáže. Tento jeho účinok má veľkú silu na to, aby sa dlhodobšie dôsledky stali nepodstatné (hádky v rodine, podmienka v práci, slabý pracovný výkon, začínajúce zdravotné problémy).

Aký je váš cieľ? Teraz už viete ako na tom ste. Môžete si stanoviť svoj cieľ. Čo by ste chceli dosiahnuť? Ako by to malo vyzeráť na konci programu? Cieľ by mal byť jasný, konkrétny a dosiahnuteľný. Takýto cieľ vám ukazuje, že zmena je skutočne možná. Zmena vyžaduje, aby ste si cieľ rozdelili na ciele menšie. Môžete byť viac zameraný na to, čo dokážete v budúcnosti dosiahnuť, než na to, aké problémy vás práve trápia.

Dohoda sám so sebou.

Dohoda by mala obsahovať to, čo chcete zmeniť, ako budete pri zmene postupovať a ako sa odmeníte, ak dosiahnete svoj cieľ, prípadne aký trest si udelíte, ak svoje predsavzatie porušíte. Svoj cieľ je potrebné rozdeliť na menšie ciele, za ktoré sa vždy odmeníte, alebo potrestáte.

Zásady vytvorenia dohody

- formulovať ju tak, aby zabezpečila úspech, ciele by mali byť rozumné a mali by ste vedieť, ako sa za ich dosiahnutie odmeníte
- umožňovať odmeniť sa hneď po každom úspechu

- stanoviť vždy pozitívne
- sformulovať tak, aby vás priviedla k samostatnosti v riešení aj ďalších životných problémov (Bucková, 1999).

Príklad dohody

Rozhodol som sa, že nepôjdem do krčmy, keď ma budú volať kamaráti , ani ja sám (spoločenský tlak je spúšťač pitia):

Vždy, keď sa mi to podarí, sa odmením:.....

Ak sa mi to nepodarí, potrestám sa:.....

Za týždeň sebakontroly sa odmením:.....

Za mesiac sebakontroly sa odmením:.....

Dátum:.....

Podpis:.....

Odmena

Nebráňte sa sebaodmeňovaniu, každý z nás potrebuje odmeny, pochvaly, uznanie. Tým, že budete dôkladne využívať odmeňovanie, môžete svoje správanie skutočne zmeniť a zmenu si aj udržať.

Ako žiť spokojne bez alkoholu. Je pre vás veľmi užitočné naučiť sa niektoré stratégie, ako zvládať rozličné situácie. Nasledujúce stratégie vám pomôžu vyhnúť sa niektorým spúšťačom alkoholických príznakov a pripraviť vás na krízu, ku ktorej by mohlo dôjsť.

Ako sa naučiť znížiť stres ?

Takmer každý niekedy trpí stresom. Ide len o to, že niektorí ľudia sa s ním vedú vyrovnávať lepšie, ako druhí.

- Naučte sa spoznať, čo sa deje s vašim telom počas stresujúcich situácií.
- Spíšte si zoznam situácií, ktoré vám spôsobujú stres.
- Ak cítite, že situácia začína byť stresujúca, pomaly sa snažte odtiaľ odísť.
- Vyhýbajte sa krčmám, rizikovým miestam.

20 jednoduchých spôsobov, ako si poradiť s problémami

1. Riešte problémy hneď, odkladanie ich nevyrieši, práve naopak.
2. Uvedomte si, či máte pevný dôveryhodný vzťah.
3. Nájdite si oporu – priatelia, koníčky.

4. Vžite sa do druhých – empatia.
5. Využívajte zmysel pre humor.
6. Zvládnutie rutiny – ak robíte tie isté činnosti každý deň, porozmýšľajte ako to zmeniť.
7. Určte si priority.
8. Nesnažte sa splniť všetky požiadavky.
9. Nepokúšajte sa byť nadčlovekom.
10. Aplikujte modlitbu Anonymných alkoholikov.
11. Využite svoje skúsenosti z minulosti.
12. S problémami sa konfrontujte, nevyhýbajte sa im.
13. Vyhraďte si tzv. strastiplný čas.
14. Urobte nepríjemné veci ako prvé.
15. Cvičte a pohybujte sa.
16. Doprajte si dostatok odpočinku.
17. Zabudujte relaxáciu do svojho života.
18. Zaujmite relaxovaný postoj.
19. „Neličte“ stres prejedaním sa, fajčením alebo nadmerným pitím.
20. Neužívajte kofeín (Šlepecký a kol, 1996).

Ako sa naučiť znovu nadobudnúť schopnosť sebauvedomenia a sebapoznania?

Je to veľmi dôležité hlavne preto, aby ste dokázali rozpoznať rizikové duševné stavy ohrozujúce vašu abstinenciu. Preto je namieste:

- viesť si denník, do ktorého si budete zaznamenávať, ako sa v rôznych situáciách cítite, čo sa deje s vašim telom
- rozpoznávať rizikové duševné stavy, ktoré zhoršujú sebaovládanie, pokiaľ sú slabé
- hnev, smútok, zlosť, úzkosť, ale i radosť sa dajú zmierniť napríklad telesným cvičením, relaxáciou ap.
- rozpoznávať myšlienky, ktorými vás v prevlečení „zvádza“ alkohol
- rozpoznávať svoje spúšťače, ktoré vyvolávajú baženie a zhoršujú tak sebaovládanie.

Keď ich rozpoznáte, dokážete sa im vyhnúť alebo sa na nich lepšie pripraviť.

Keď sa dostaví kríza, dôležité je vybrať si tú správnu cestu.

Pomoc je poruke. Nik nemôže predstierať, že život s alkoholizmom je jednoduchý. Existuje obrovská podporná sieť, do ktorej patria profesionáli, dobrovoľníci, ľudia, ktorí vás majú radi

a veľmi im na vás záleží. Keď naplno využijete podporu zo strany týchto ľudí, pomôže vám to na ceste k abstinencii.

Pomôže vám, keď sa pohovárate s niekým, komu dôverujete.

Existuje veľká podporná sieť ľudí, ktorí majú o vás záujem.

- Všeobecný lekár – ako prvý vás vyšetří, hoci nie je špecialista v oblasti duševného zdravia a bude vedieť kam vás ďalej odporučiť.
- Psychiater – je špecialista v oblasti duševného zdravia. Určí vašu diagnózu a porozpráva sa s vami o liečbe, ktorú by ste mali absolvovať.
- Psychiatrická sestra – bude vás povzbudzovať, motivovať k liečbe, stáť pri vás.
- Sociálny pracovník – bude vám pomáhať, aby ste sa opäť zaradili do života. Sprostredkuje vám kontakt s agentúrami, pomôže vám pri hľadaní ubytovania, dohliadne na to, aby sa vám dostalo služieb.
- Terapeut – pomáha vám ako zvládať krízu, ako si udržať abstinenciu.
- Podporné skupiny – rôzne kluby, sociálne, A kluby, AA kluby.
- Telefónne linky dôvery - ak o svojich problémoch nechcete rozprávať v priamom kontakte, je to vhodný spôsob ako hľadať cestu a podporu.
- Internet – otvorí sa vám obrovská zbierka informácií o alkoholizme. Pomocou internetových diskusií sa môžete spojiť s ľuďmi, ktorí majú podobné skúsenosti ako vy.
- Rodina a priatelia – môžu vám poskytnúť emočnú podporu a praktickú pomoc.

Keď ste sa už začali zotavovať z alkoholizmu, budete sa chcieť čo najrýchlejšie vrátiť k svojmu predošlému životnému štýlu. Myslite však na to, aby ste sa s tým nemali unáhliť. Cesta k uzdraveniu je dlhá a najlepšie je, kráčať po nej malými krokmi, než veľkými skokmi. Predovšetkým dbajte na to, aby ste postupovali tempom, ktoré je vám pohodlné. Nedovoľte, aby vás niekto nútil robiť niečo, na čo sa ešte necítite byť pripravení.

Malé kroky vám pomôžu dostať sa na cestu k abstinencii.

4. Recidíva – návrat k pitiu

Recidíva nenastáva vypitím jedného pohárika. Je to komplex zmien, ktoré sa dejú vo vašom myslení, postojoch voči abstinencii, vo vašom prežívaní a správaní.

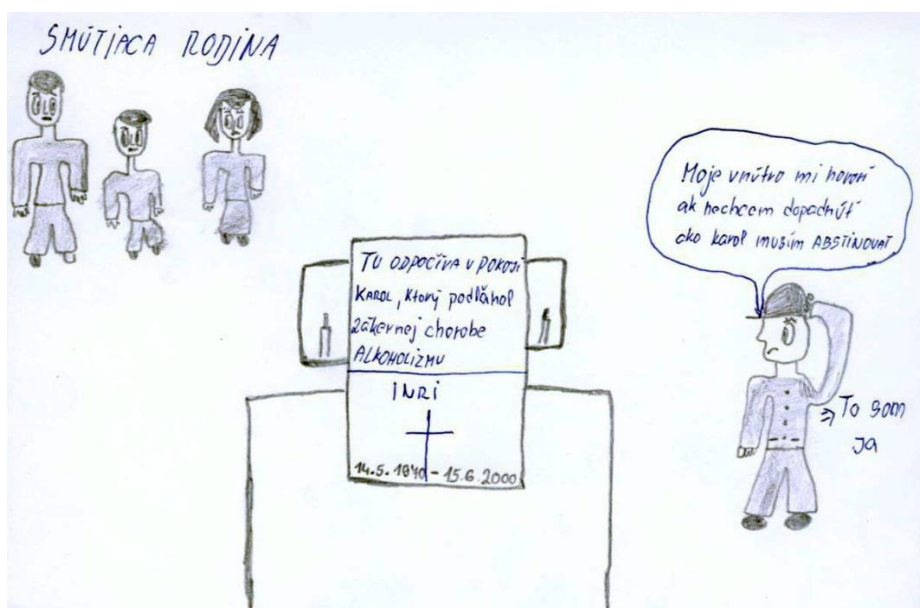
Rovnako ako abstinencia neznamená len nepitie, ale je nutná kompletná zmena osobnosti, postojov, správania, myslenia...tak ani recidíva sa nezačína prvým pohárikom

navyše, nie je to jednorazová udalosť, ale proces, počas ktorého sa „nenápadne“ mení vaše správanie, znovu sa oživí „klasické“ myslenie problémového alkoholika.

Ako rozpoznať príznaky recidívy?

Každý človek má svoj život vo vlastných rukách. Je schopný rozpoznať zmeny, ktoré môžu signalizovať návrat k pitiu:

- **Postoj** – začína sa meniť ako prvý, ako aj pohľad na abstinenciu. Môžete pochybovať o správnosti svojho rozhodnutia abstinovať.
- **Myslenie** – začína „zapáchať alkoholom“. Hovoríte si, že nemáte až taký problém, a keď budete chcieť, tak si vypijete alebo s tým prestanete.
- **Nálada** – prežívanie sa rovnako začína meniť – môžete pociťovať nespokojnosť, podráždenosť, všetko vám prekáža, alebo naopak, nič vás nerozhádže.
- **Správanie** – môžu ho spozorovať vaši blízki. Zanedbávate a poľavujete v dohodnutých pravidlách, nachádzate si stále viac výhovoriek, vraciate sa k starému spôsobu života.



Ako sa postaviť k recidíve

- Pre zvládnutie zlyhanie – recidívy je dôležité, ako ju budete vnímať, ako si ju budete vysvetľovať. V žiadnom prípade nesmiete recidívu podceňovať a povedať si: „Ved' sa nič vážne nestalo. Jeden pohárik mi nemôže ublížiť“. Takýto pohľad vás môže dostať za krátku chvíľu tam, kde ste začali. Ani z nej robiť katastrofu: „Už je to jedno, už som to pokazil. Nemá význam ďalej sa snažiť“. Skôr sa dá uhasiť malý požiar, než veľký.

- Svoje zlyhanie – recidívu je výhodné si vysvetliť ako tvrdú, ale užitočnú skúsenosť. Ak ste svoj problém s pitím doteraz brali ľahkovážne a pokus o abstinenciu len ako zaujímavý experiment, práve ste si mohli uvedomiť vážnosť vášho problému, spoznať svoje vysoko rizikové situácie, spúšťače a v budúcnosti sa im lepšie ubrániť.
- Cesta k abstinencii nemusí ísť len cez recidívy. Každá recidíva vás vracia o krok späť a priťahuje ďalšiu, prináša ďalšie zdravotné, pracovné, rodinné a iné komplikácie.

Krízový plán

Ak budete na recidívu pripravený, ste vo výhode. Neznamená to ju predpokladať alebo plánovať, ale mať pripravený krízový plán. Ak dôjde k recidíve, je dôležité a veľmi užitočné uvedomiť si nepriaznivé dôsledky ďalšieho pitia. Krízový plán by mal obsahovať nasledovné informácie:

- Kto vám môže pomôcť zastaviť recidívu? Urobte si zoznam spojencov a zariadení pri zastavení recidívy, ktorí by vám mohli byť v tomto smere užitoční.
- Čo by ste chceli, aby pre vás urobili v prípade recidívy?
- Ako by mali vaši spojenci postupovať, keby ste neboli schopný alebo ochotný dodržať dohodu?
- Príklad toho, čo by mal krízový plán obsahovať:

Moje spúšťače:	Ako ich zvládnem:
Moje prejavy cravingu:	Najúčinnejšie spôsoby:
Výhody abstinencie:	Nevýhody recidívy:

Dôležité telefónne čísla(linka dôvery, psychiatrická ambulancia, priateľ, príbuzný, atď.):

Záver

Príručka je určená širokému okruhu čitateľov. Patria medzi nich tí, ktorým alkohol spôsobil potiaže, a tí, ktorí majú problém s alkoholom v rodine. Môže sa použiť aj ako doplnok liečby.



Zoznam použitej literatúry

BUCKOVÁ, M.: Behaviorálna modifikácia: Teória a prax, Nitra: Pedagogická fakulta UKF v Nitre, 1999.

GROBLINGER, CH., STOCKMAYR, J.: *Všeobecná a špeciálna psychiatrická starostlivosť*. Študijný text pre vnútornú potrebu psychiatrických zariadení a subkatedry ošetrovateľstva v psychiatrii – IVZ, 1992.

KAFKA, J. a kol.: *Psychiatria*. Martin: Neografia, 1993. ISBN 80-217-0514-0.

MILLER, W.R., RIHOZ, R.P.: Průručka kontrovaného pitia, Engelwood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1976.

NEŠPOR, K.,Csémy, L.“ Bažení (craving). Společný rys mnoha závislostí a způsoby zvládnání, Praha: Sportpropag, a.s., 1999

NOVOTNÝ, I.: Vznik drogových závislostí a štádiá drogových závislostí. In: ONDREJKOVIČ, P., POLIAKOVÁ, E. a kol.: *Protidrogová výchova*. Bratislava: Veda 1. vyd. 1999. ISBN 80-224-0553-1.

OKRUHLICA, Ľ. A kol.: *Ako sa prakticky orientovať v závislostiach*. Průručka pre poradenskú činnosť. Bratislava: Inštitút drogových závislostí pri CPLDZ, 1998. ISBN 80-968111-1-8.

PRAŠKO, J. MOŽNÝ, P. ŠLEPECKÝ, M. a kol.: *Kognitívne behaviorální terapie psychických poruch*. Praha/Kroměříž: Tritton, 2007.

SKÁLA, J. a kol.: *Závislost na alkohole a jiných drogách*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1987.

ŠLEPECKÝ, M., PRAŠKO, J., POLONCOVÁ, E., ĎURNÝ, P.: *Ako zvládnúť stres*. Průručka pre ľudí trpiacich na dôsledky stresu, Liptovský Mikuláš: Pracovisko klinickej psychológie, 1996.

Kontaktné údaje autora

PhDr. PRONAJOVÁ Mária

03853 TURANY, generála Fraňu 1124/8

merryP@azet.sk

KOMUNITNÁ STAROSTLIVOSŤ V OBLASTI DUŠEVNÉHO ZDRAVIA Z POHĽADU SESTIER

Autor: Jana Raková

Ústav ošetrovateľstva, Lekárska fakulta, Univerzita P. J. Šafárika v Košiciach

Abstrakt

Novodobým trendom poskytovanej zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti je jej komunitný rozmer, má tiež podpornú-preventívny charakter s prihliadaním na všetky dimenzie človeka. Cieľom príspevku je konkretizovať názor sestier pracujúcich v psychiatrickom ošetrovateľstve na dôležitosť a prínos komunitnej starostlivosti a identifikovať perspektívy komunitného ošetrovateľstva so zameraním na klientov s narušeným duševným zdravím z pohľadu sestier. Realizovali sme prieskum, v ktorom sme oslovili pre spoluprácu 101 sestier vo vekovom rozmedzí od 21 do 63 rokov, na psychiatrických oddeleniach v mestách Rimavská Sobota, Michalovce a Košice. Zber dát prebiehal v období 12/2012 – 01/2013. Zo zistení je zrejmé, že sestry vidia perspektívy rozvoja komunitnej starostlivosti najmä v zlepšení komunikácie a spolupráce jednak na úrovni medzirezortnej ako aj pri poskytovaní komplexných zdravotníckych služieb.

Kľúčové slová: komunitné ošetrovateľstvo, duševné zdravie, sestra

Úvod

Sestra je zdravotnícky profesionál, ktorý spĺňa odbornú spôsobilosť podľa platnej legislatívy. Svojím pôsobením zastáva niekoľko rolí, popisuje Dimunová (2014) a ďalej ich vymedzuje ako rolu poskytovateľa ošetrovateľskej starostlivosti, manažérky, edukátorky, výskumníčky a iné. Rola sestry pri podpore zdravia je nepopierateľne dôležitá. Úlohou ošetrujúcich je pomáhať pacientom, rodinám a komunitám identifikovať a dosahovať ich fyzický, duševný, sociálny i duchovný potenciál v kontexte životného a pracovného prostredia. Nové vedecké prístupy v ošetrovateľstve a ich aplikácia v praxi metodologicky

vychádzajú z celostného prístupu k človeku v zdraví i v chorobe, čím je opodstatnené skúmať zdravie z rôznych aspektov (Zamboriová, Simočková, 2014).

Podpora duševného zdravia a prevencia vzniku duševných ochorení majú kľúčové miesto pri uplatňovaní stratégií v rámci komunitnej starostlivosti zameranej na duševné zdravie. **Duševné zdravie** (psychické zdravie) môžeme charakterizovať, stotožňujúc sa s definíciou WHO, ako stav telesnej a duševnej pohody, v ktorom si jednotlivec uvedomuje svoje schopnosti, dokáže zvládnuť obvyklý stres, môže pracovať produktívne a úspešne a dokáže byť prínosom pre svoju spoločnosť (Zelená kniha..., 2005).

Každé ochorenie prináša do života človeka nejakú zmenu. Ak je duševné zdravie človeka narušené, prípadne je u neho potvrdená duševná porucha vyvstáva potreba pôsobenia psychiatrického ošetrovateľstva, ktoré ako jeden z aplikovaných odborov ošetrovateľstva má svoje špecifiká. Problematika duševného zdravia však nie je zďaleka len zdravotníckym problémom, ale rovnako je problémom dotýkajúcim sa celej spoločnosti. V nadväznosti na uvedené prízvukujeme, že intervencie a služby cieleňé na duševné zdravie musia byť zamerané nie len na postihnutých ľudí, ale celopopulačne.

Poskytovanie integrovaných služieb sociálnej skupine, determinovanej geografickými rozmermi alebo rovnakými hodnotami a záujmami, predstavuje budúcnosť pre **komunitnú starostlivosť**. Jej rozvoj bezpodmienečne súvisí so zameraním zdravotnej politiky štátu. Vzhľadom na skúmanú oblasť duševného zdravia priblížime **komunitnú psychiatrickú starostlivosť**. V Európe sa komunitná psychiatrická starostlivosť vyvíjala podľa nemocničného prístupu už od konca šesťdesiatych rokov minulého storočia. Jeho charakteristiky môžeme pozorovať aj na Slovensku, kde ťažisko práce spočíva na psychiatrických oddeleniach nemocníc. Z veľkej škály možných komunitných služieb na Slovensku existujú denné psychiatrické stacionáre, psychosociálne centrá, socioterapeutické kluby, svojpomocné skupiny chorých a ich príbuzných, case management, chránené zamestnávanie, chránené bývanie (Pěč, Probstová a kol., 2009).

Rozmach psychiatrickej komunitnej starostlivosti na Slovensku súvisí najmä s plnením úloh Národného programu duševného zdravia. V tomto dokumente sa poukazuje na dôležitosť participácie psychiatrických sestier pri ošetrovateľskej starostlivosti o ľudí s duševnými poruchami formou komunitnej starostlivosti. Krajčovičová (2009) uvádza, že liečba duševne chorých v rámci komunitnej starostlivosti je označovaná za tretiu revolúciu v psychiatrii. Revolučné je, že prostredníctvom transformácie psychiatrickej starostlivosti je

presúvaná starostlivosť z veľkých liečebných zariadení smerom k postihnutému, do jeho prirodzeného prostredia = komunity. Potvrdzuje to aj definícia komunitnej starostlivosti podľa Pfeiffera, ktorá pod komunitnou starostlivosťou v psychiatrii vymedzuje systém liečby, pomoci a podpory, ktorý je usporiadaný po svojej obsahovej a organizačnej stránke tak, aby bol aj ľuďom s vážnejším duševným postihnutím schopný pomôcť žiť, čo možno subjektívne najuspokojivejším spôsobom v podmienkach bežného života (Pěč, Probstová a kol., 2009). Autori ďalej identifikujú, aký je **prínos komunitnej starostlivosti** pre duševne chorého:

- dotvára systém komplexnosti starostlivosti – k dispozícii má nielen biologické liečebné prostriedky a postupy, ale aj psychologické a psychosociálne,
- ponúka ďalšie možnosti okrem hospitalizácie – nie každá hospitalizácia v zdravotníckom zariadení je z dôvodu zvládnutia akútnych príznakov alebo diagnostiky (medzi takéto dôvody patria narušené vzťahy ale aj sociálne, či existenčné problémy),
- pomáha predísť relapsu preventívnou funkciou,
- pozitívne ovplyvňuje kvalitu života – táto vlastnosť komunitnej starostlivosti je pritom považovaná za najlepšiu, deje sa prostredníctvom zlepšenia sociálnych dôsledkov,
- zvyšuje účinnosť poskytovanej zdravotnej starostlivosti – prítomnosťou služby a zdrojov pomoci uprostred komunity je zvýšená pravdepodobnosť poskytnutia alebo vyhľadania samotným pacientom,
- pomáha pri destigmatizácii – cez osobnú skúsenosť v bežnom živote i v rámci informačných a zjednocujúcich programov.

Cieľovou skupinou v rámci komunitnej starostlivosti sú nielen jedinci s duševnou poruchou, ale aj ďalší členovia komunity, ktorí sú nabádaný k jej zabezpečeniu.

Práca psychiatickej sestry v komunitnej starostlivosti je zameraná na zabránenie možného psychického alebo sociálneho poškodenia pacienta, jeho prechodu do chronicity, rehospitalizácií, na zabránenie znevažovania pacienta a jeho odčlenenia. Dôležitou úlohou sestry je aj jej snaha, o čo najrýchlejšie zaradenie pacienta späť do spoločnosti (Dolák, Bártlová, 2010).

Faktom je, že prítomnosť duševných ochorení bola a naďalej zostáva podceňovaná, preto sa pre nás predmetom skúmania stal súčasný stav a perspektívy komunitnej starostlivosti v oblasti duševného zdravia z pohľadu sestier. Priblížujeme vybranú časť našich zistení prieskumu. Primárnym **cieľom** bolo **zistiť** aký je **postoj sestier** (kladný, záporný, neutrálny) pracujúcich na psychiatrickom oddelení **ku komunitnej starostlivosti pre**

pacientov s narušeným duševným zdravím. Druhoradým zámerom bolo **zhodnotiť názor sestier na ďalší možný rozvoj komunitnej starostlivosti** v oblasti duševného zdravia.

Metodika a charakteristika vzorky

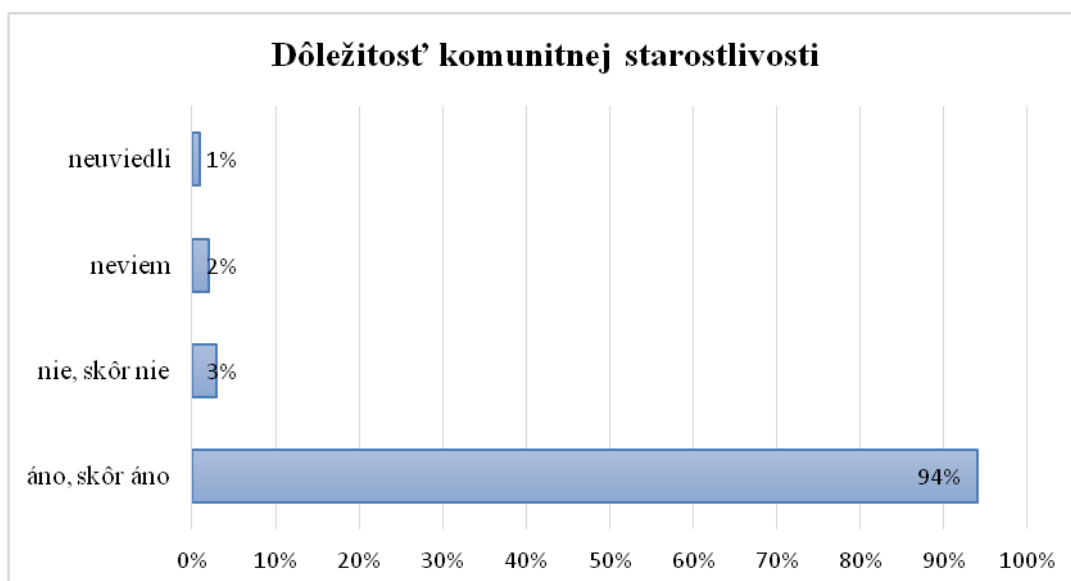
Výber prieskumnej vzorky bol zámerný, tvorili ju zdravotnícki pracovníci vykonávajúci profesiu **sestry**, ktorí pracovali na psychiatrických oddeleniach v mestách Rimavská Sobota, Michalovce a Košice.

Prieskumnú vzorku tvorilo spolu 101 sestier (100%). Z nich bolo 11 mužov (11%) a až 90 žien (89%). Najviac sestier bolo vo vekovej kategórii 31 – 40 rokov, bolo ich 40 (40%). Priemerný vek sestier v celej vzorke bol 39 rokov, medián mal hodnotu 39 a modus mal hodnotu 40. Najmladšia sestra bola vo veku 21 rokov a najstaršia mala 63 rokov. Najpočetnejšie zastúpenie mali sestry so stredoškolským odborným vzdelaním - 38 sestier (38%). Takmer polovica 48 sestier (48%) mala absolvované špecializačné štúdium. Najväčší počet 37 sestier (37%) mal dĺžku odbornej praxe v rozmedzí 11 – 20 rokov.

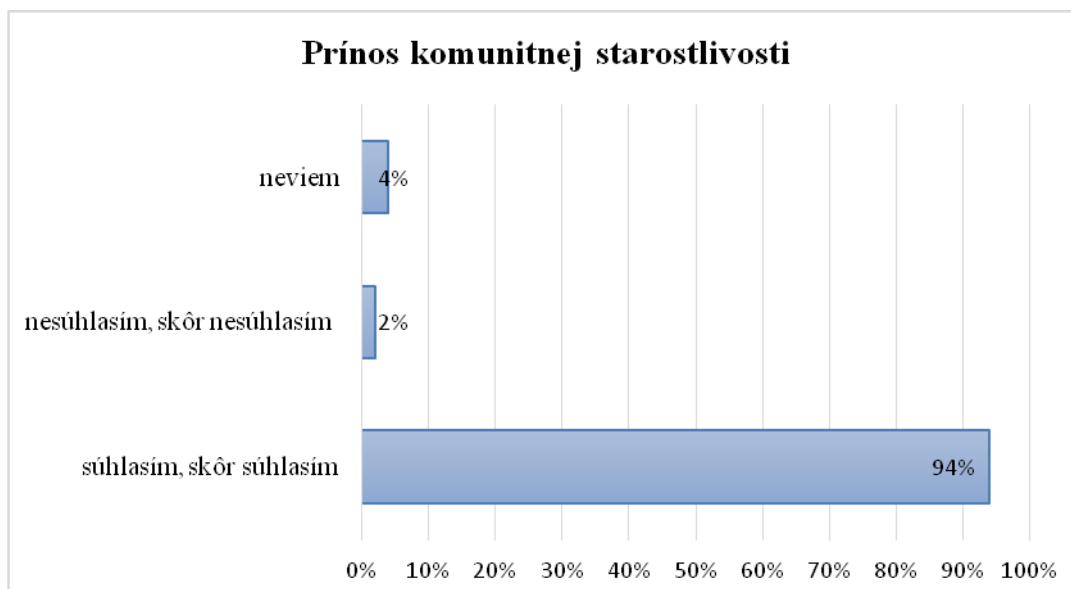
Prieskum bol realizovaný v mesiacoch **december 2012 - január 2013** na základe súhlasu vedenia nemocničných zariadení oslovených pre spoluprácu (podľa Kovaľová, 2013). Zber dát bol realizovaný s využitím **neštandardizovaného dotazníka**. Celkovo bolo distribuovaných 135 dotazníkov (75% návratnosť). Na spracovanie a vyhodnotenie získaných údajov sme použili počítačový program MS Excel a metódy deskriptívnej štatistiky.

Výsledky

V grafe 1, 2 prezentujeme **kladný postoj** sestier ku komunitnej starostlivosti pre pacientov s narušeným duševným zdravím. **95** sestier (94%) považuje komunitnú starostlivosť za **dôležitú** a rovnako **95** sestier (94%) udáva komunitnú starostlivosť za **prínosnú**, z dôvodu skvalitnenia poskytovanej psychiatrickej ošetrovateľskej starostlivosti. Komunitnú starostlivosť za nedôležitú považovali v našom prieskume iba 3 sestry (3%), a len 2 sestry (2%) nesúhlasili s tvrdením, že komunitná starostlivosť v oblasti duševného zdravia je prínosná.



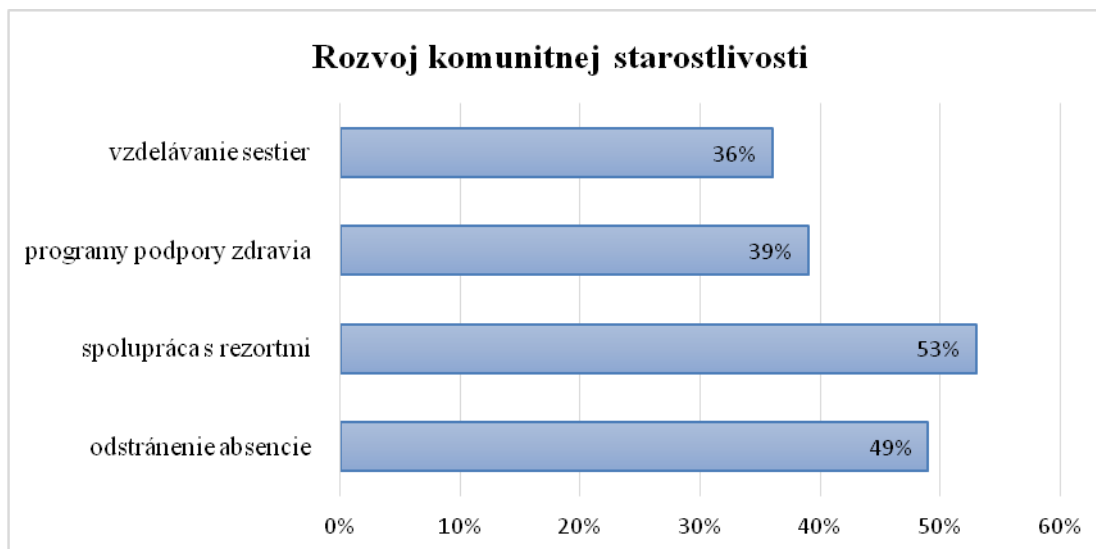
Graf 1 Význam komunitnej starostlivosti v psychiatrii z pohľadu sestier



Graf 2 Postoj sestier k skvalitneniu služieb pomocou komunitnej starostlivosti

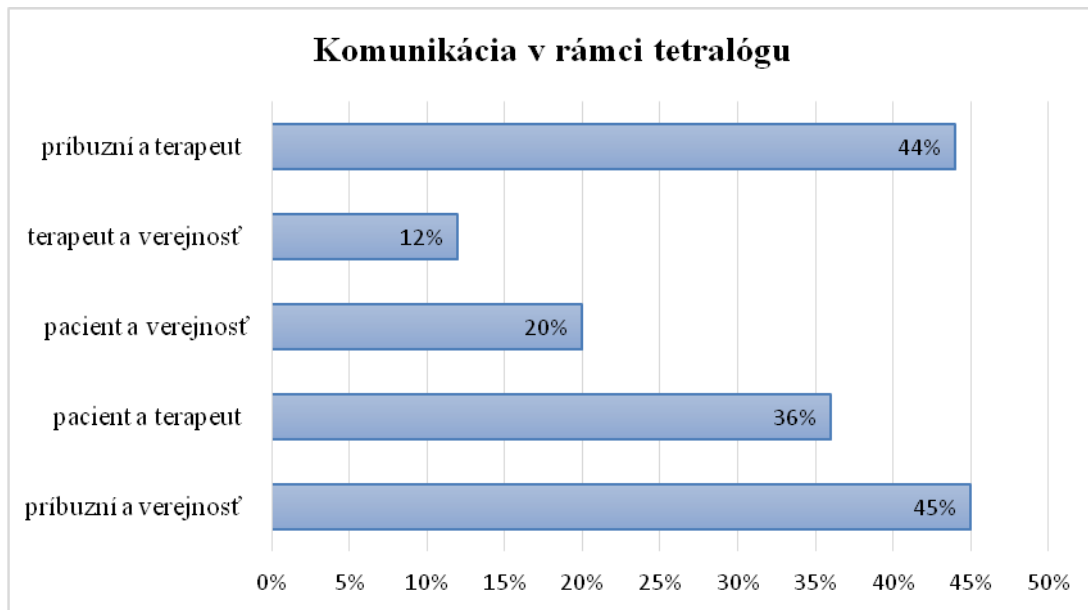
V grafe 3 zobrazujeme názor sestier zúčastnených prieskumu na problematiku **rozvoja komunitnej starostlivosti**, pričom sestry mohli uviesť viacero možností. Podľa **53 sestier** (53%) sa komunitná starostlivosť môže v budúcnosti rozvíjať na základe **lepšej kooperácie s rezortmi** ako sú napr. Ministerstvo zdravotníctva (MZ SR), Ministerstvo práce sociálnych vecí a rodiny (MPSVaR SR), verejnosť a rodina. K rozvoju by prispelo aj vytváranie komunitných služieb, na miestach kde ešte vôbec neexistujú, alebo absentujú vzhľadom na

počet obyvateľov podľa vyjadrení 49 sestier (49%). Taktiež zvyšovaním vzdelávania sestier by bolo možné dosiahnuť rozvoj komunitnej starostlivosti, uviedlo 36 sestier (36%).



Graf 3 Názor sestier na možný rozvoj komunitnej starostlivosti

Starostlivosť o pacientov s narušeným duševným zdravím sa nezaobíde bez rozhovoru. Z vyjadrení sestier v grafe 4 je zrejmé, že jeho zefektívnením medzi zložkami, ktoré majú na seba určitý vplyv a prichádzajú navzájom do interakcie v rámci starostlivosti o psychiatrických pacientov sa dá vylepšiť poskytovaná starostlivosť. 45 sestier (45%) sa vyjadrilo k zlepšeniu komunikácie v komunitnej starostlivosti pre pacientov s narušeným mentálnym zdravím vo vzťahu medzi **príbuznými pacienta a verejnosťou**. Takmer rovnaký počet sestier 44 (44%) vyslovil názor, že je potrebné zlepšenie vzájomného vzťahu medzi **príbuznými pacienta a terapeutom**. V prípade zlepšenia komunikácie na úrovni pacient a terapeut sa vyjadrilo 36 sestier (36%). 20 sestier (20%) sa vyjadrilo za zlepšenie rozhovoru medzi verejnosťou a pacientom, pričom najmenej 12 sestier (12%) uviedlo potrebu zlepšiť rozhovor medzi terapeutom a verejnosťou.



Graf 4 Názor sestier na potrebu zlepšenia komunikácie

Diskusia a záver

Nezanedbateľným dôvodom rozvoja komunitnej starostlivosti v psychiatrii je štatisticky potvrdený nárast výskytu duševných porúch v posledných desaťročiach.

Za cieľ komunitnej starostlivosti sa považuje poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v prirodzenom prostredí človeka s narušeným duševným zdravím, s čo najdlhším zotrvaním v komunite, do ktorej patrí. Komunitná starostlivosť sa vyznačuje aspektom multidisciplinárnej spolupráce pri uplatňovaní intervencií v oblasti zdravotníckych aj sociálnych služieb. Tento aspekt komunitne orientovanej starostlivosti bol bližšie identifikovaný aj sestrami v našom prieskume, keď ju považujú za **dôležitú a prínosnú** a zároveň možnosť rozvoja komunitného ošetrovateľstva na Slovensku vidia v **lepšej medzirezortnej spolupráci, ako aj v kooperácii s verejnosťou a rodinou.**

Rovnako aj my vyslovujeme názor, že zefektívnenie komunikácie by mohlo napomôcť k rozvoju komunitnej starostlivosti. Hrindová, Magurová (2011) svojím prieskumom potvrdzujú, že komunikácia je významnou súčasťou liečby podľa názoru 85% zapojených sestier. V jednej z otázok nášho prieskumu sa sestry stotožňovali s potrebou zlepšenia vzťahu medzi zložkami tetralógu. Ten upozorňuje na **potrebu vzájomnej komunikácie** medzi štyrmi prvkami systému starostlivosti o pacientov s narušeným duševným zdravím, ktorými sú

pacient, terapeut, rodinní príslušníci a verejnosť (Kovaničová, Pálová, 2011). Z vyjadrení sestier môžeme usúdiť, že zlepšiť by sa mal vzťah medzi príbuznými pacienta a verejnosťou a na vzájomnej komunikácii by mali popracovať aj príbuzní pacienta a terapeut (poskytovateľ zdravotníckych služieb).

Komunitnú starostlivosť o pacientov s narušeným mentálnym zdravím nemožno chápať ako úplnú náhradu psychiatrickej ústavnej starostlivosti. Dôležité je myslieť včas na predchádzanie vzniku duševným porúch, posilnením oblasti najmä primárnej prevencie. V súlade s uvedeným Štefková, Bernasovská, Bernasovská (2010) potvrdzujú, že jednou z ciest, ako svoje zdravie chrániť, je skúmať ho a monitorovať v jednotlivých životných obdobiach.

V závere si dovoľíme vysloviť poďakovanie všetkým sestram pracujúcim na nami oslovených pracoviskách za ich ochotu zapojiť sa do prieskumu.

Zoznam použitej literatúry

1. DIMUNOVÁ, L. 2014. Vnímanie profesie sestry z pohľadu pacienta. In: Kilíková, M., Laca, P. (eds.) *Supplement vybraných kapitol vo vedných odboroch sociálna práca a ošetrovatelstvo II.* Příbram: Ústav sv. Jána Nepomuka Neumanna, 2014. s. 43-51. ISBN 978-80-905973-1-0.
2. DOLÁK, F., BÁRTLOVÁ, S. 2010. Představa odborné veřejnosti o psychiatrické sestře v komunitní péči. In: *Ošetrovatelský výzkum a praxe založená na důkazech.* Ostrava: Ostravská univerzita, Fakulta zdravotníckych studií, 2010. s. 24-29. ISBN 978-80-7368-694-9.
3. HRINDOVÁ, T., MAGUROVÁ, D. 2011. Pripravenosť sestier na špecifické intervencie ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s duševným ochorením. In: *Molisa 8: Medicínsko-ošetrovateľské listy Šariša*, Prešov: PU, 2011. s. 18-28, ISBN 978-80-555-0507-7.
4. KOVALOVÁ, M. 2013. *Možnosti pôsobenia komunitného ošetrovatelstva v oblasti mentálneho zdravia.* LF UPJŠ v Košiciach, Bakalárska práca. 2013. 53 s.
5. KOVANIČOVÁ, M., PÁLOVÁ, E. 2011. Kvalita života u pacientov s chronickými psychickými poruchami. In: *Posilňovanie systému verejného zdravotníctva.* Košice: Equilibria, 2011. s. 114-117. ISBN 978-80-892-84-92-4.

6. KRAJČOVIČOVÁ, D. 2009. Komunitná liečba v psychiatrii – jej ciele a význam. In: *Psychiatria-Psychoterapia-Psychosomatika*, 2009, roč. 16, č. 1, s. 31-36.
7. PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V. a kol. 2009. *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha : Triton, 2009. 256 s. ISBN 978-80-7387-253-3.
8. ŠTEFKOVÁ, G., BERNASOVSKÁ, K., BERNASOVSKÁ, G. 2010. Výživa, fajčenie, alkohol – sledované determinanty zdravia v primárnej zdravotnej starostlivosti. In: Jurkovičová, J., Štefániková, Z. (eds.) *Životné podmienky a zdravie*. Bratislava: UVZ SR, 2010. s. 97-100, ISBN 978-80-7159-176-4.
9. ZAMBORIOVÁ, M., SIMOČKOVÁ, V. 2014. Zdravie ako súčasť metaparadigmy v ošetrovatelstve. In: Kožuchová, M. (ed.) *20 rokov agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti na Slovensku*. 2014. s. 308-316. ISBN 978-80-971586-5-1.
10. *Zelená kniha: Zlepšenie duševného zdravia obyvateľstva. K stratégii duševného zdravia pre Európsku úniu 2005*. [online]. 25 s. [cit. 2015-07-07]. Dostupné na: **Chyba! Odkaz není platný..**

Kontaktné údaje autora

PhDr. Jana Raková, PhD.

Lekárska fakulta UPJŠ v Košiciach, Ústav ošetrovateľstva

Tr. SNP 1, 040 11 Košice

e-mail: janka.rakova@gmail.com

DEPRESIA AKO DETERMINANT KVALITY ŽIVOTA U SENIOROV

Autor: Mária Sováriová Soósová

Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Lekárska fakulta, Ústav ošetrovateľstva

Abstrakt

Úvod: Dosahovanie maximálnej možnej kvality života (QOL) je jedným z dôležitých cieľov starostlivosti o seniorov a v určitej miere aj indikátorom poskytovanej zdravotnej starostlivosti. **Cieľ:** Posúdiť determinanty kvality života u seniorov. **Súbor:** Súbor tvorilo 102 seniorov z košického regiónu s priemerným vekom života $74,47 \pm 6,60$ rokov. Súbor tvorili prevažne ženy (65,7 %), väčšina seniorov žila bez partnera (54,9 %) a mala ukončené stredoškolské vzdelanie (67,0 %). Príjem väčšiny respondentov (49,5 %) bol medzi 300 – 400 eur mesačne. Priemerný počet vyskytujúcich sa ochorení bol $3,52 \pm 1,63$. **Metodika:** Kvalita života bola posudzovaná skrátenou verziou Dotazníka kvality života Svetovej zdravotníckej organizácie WHOQOL-BREF a WHOQOL-OLD, funkčný stav Barthelovej dotazníkom bežných denných činností, depresia Zungovým sebahodnotiacim dotazníkom depresie. **Výsledky:** Bez depresie bolo 28,4 % seniorov, ľahkou depresiou trpelo 37,3 %, stredne závažnou depresiou 20,6 % a ťažkou depresiou trpelo 13,6 % seniorov. Depresia sa častejšie vyskytovala u seniorov žijúcich osamele, vo vyššom veku a s vyšším počtom pridružených ochorení. Výrazne horšia kvalita života bola zaznamenaná u pacientov so stredne závažnou, no najmä ťažkou depresiou. **Záver:** Depresia negatívne ovplyvňovala kvalitu života seniorov. Depresia je závažným spoločenským problémom, keďže zvyšuje náklady na zdravotnú i sociálnu starostlivosť. Dôležitou úlohou sestier je včasný skrining depresie ako aj jej súčinná participácia s lekárom v oblasti farmakologickej a nefarmakologickej liečby a prevencie depresie u seniorov.

Kľúčové slová: depresia, kvalita života, seniori.

Úvod

Celosvetovo zaznamenávame rapidný nárast populácie vo veku 60 a viac rokov života, Slovensko nevynímajúc. Svetová zdravotnícka organizácia (WHO, 2002) predpokladá, že v roku 2025 bude celosvetovo vo veku 60 a viac rokov 1,2 milióna ľudí a do roku 2050 to budú 2 milióny seniorov. S neustále sa zvyšujúcim podielom populácie starších osôb v celosvetovom meradle možno pozorovať aj vzrast záujmu o skúmanie rôznych fenoménov v

tejto vekovej kategórii, ku ktorým nepochybne patrí aj výskum kvality života (QoL) (Kačmárová, 2013).

Jedným z dôležitých cieľov v starostlivosti o seniorov a v určitej miere indikátorom kvality ošetrovateľskej starostlivosti je aj dosahovanie maximálnej možnej miery QoL u seniorov. S jej hodnotením u seniorov vystupujú do popredia aspekty ako sú autonómia, sebestačnosť, schopnosť rozhodovania, absencia bolesti a utrpenia, zachovanie zmyslových schopností, udržanie sociálneho podporného systému, určitý finančný štandard, pocit užitočnosti pre iných, určitý stupeň pocitu šťastia a i. (Gurková, 2011). U seniorov je determinovaná mnohými záťažovými situáciami a faktormi, ktoré sa spájajú s vyšším vekom – od faktorov týkajúcich sa zmien v zdravotnom stave až po vyrovnávanie sa s novými obmedzeniami v živote, identifikáciou s novými rolami, možnosťami a dostupnou sociálnou oporou (Gurková, 2011).

Medzi závažné faktory, ktoré môžu ovplyvňovať kvalitu života u seniorov patrí depresia. Jiráček (2004) uvádza, že prevalencia úzkosti sa globálne u seniorov odhaduje na 5 – 6 % a incidencia depresie vo veku 65 a viac je 12 – 15 %. Depresie patria medzi časté psychické poruchy starých ľudí. Sú zdrojom utrpenia chorých a ich najbližších príbuzných. Sú však aj vážnym spoločenským problémom, pretože zvyšujú náklady na zdravotnú starostlivosť. Depresie v starobe sú liečiteľné, no ich identifikácia môže byť náročná. Depresie v starobe sa odlišujú od depresie v mladších vekových skupinách štruktúrou príznakov, intenzitou, zastúpením jednotlivých klinických príznakov a tiež priebehom a prognózou. Starí ľudia sa zriedkavejšie sťažujú na smútok, častejšie referujú o únave, nedostatku energie a príznakoch, imponujúcich príznaky somatických chorôb. (Kolibáš a kol., 2005)

Cieľom tejto štúdie je posúdiť prevalenciu depresie u seniorov a vzťah medzi depresiou a vybranými demografickými ukazovateľmi. Zistiť vplyv depresie na kvalitu života seniorov.

Metodika

Súbor

Kritériom pre zaradenie do súboru bol vek respondentov 60 a viac rokov života, bydlisko v košickom regióne, ochota spolupracovať a podpísaný informovaný súhlas. Vylučujúcim kritériom bol u seniorov kognitívny deficit. Respondentov sme oslovili na Klinike geriatrickej a gerontologickej vo Vojenskej leteckej nemocnici, a.s. v Košiciach (so súhlasom zriaďovateľa) a zároveň sme oslovili hospitalizovaných seniorov o spoluprácu

a emitovanie dotazníka ich rovesníkom, či už rodinným príslušníkom alebo ich priateľom, ktorí neboli hospitalizovaní v oblasti Košice – mesto a Košice – okolie. Emitovali sme 150 dotazníkov, návratnosť bola 102 dotazníkov.

Zber údajov

U seniorov sme emitovali dotazníky na posúdenie depresie, funkčného stavu, kvality života a na posúdenie vybraných demografických a klinických charakteristík.

Depresia bola posudzovaná Zungovým dotazníkom depresie (Self-rating Depression Scale - SDS) (Zung, 1965, s. 63 – 70). Hrubé skóre sa získava súčtom hodnôt označených odpovedí. Hrubé skóre sa následne konvertuje na 100-bodovú škálu, tzv. SDS index (hrubé skóre krát 1,25). Výsledky (SDS index skóre) sa interpretujú takto: menej ako 50: normálny, nejaví známky depresie, 50 – 59: známky minimálnej alebo ľahkej depresie, 60 – 69: stredne silná až celkom zreteľne vyjadrená depresia, 70 a viac: ťažká až extrémne ťažká depresia.

Barthelovej testom aktivít denného života sa hodnotí schopnosť vykonávať bežné denné činnosti (jedenie a pitie, obliekanie, osobná hygiena, kúpanie, kontinencia moču a stolice, použitie WC, chôdza po schodoch a po rovine, presun z postele na stoličku). Hodnotenie výsledkov dotazníka sa interpretuje podľa rozptatia získaných bodov, pričom 0 – 40 bodov sa považuje za vysokú závislosť, 45 – 60 bodov závislosť stredného stupňa, 65 – 95 bodov ľahkú závislosť a 100 bodov predstavuje nezávislosť, teda človek je úplne nezávislý a sebestačný v každodenných aktivitách (Mahoney, Barthel, 1965).

Na posúdenie kvality života bol použitý dotazník WHOQOL-BREF a WHOQOL-OLD (česká verzia Dragomirecká, Prajsová, 2009). WHOQOL-BREF pozostáva z 26 otázok, z ktorých 24 otázok zahŕňa 4 domény (DOM): fyzické zdravie, duševné zdravie, sociálne vzťahy a prostredie. Dotazník WHOQOL-OLD, ktorý je určený pre ľudí nad 60 rokov, patrí v súčasnosti medzi najznámejšie a najčastejšie používané nástroje na posúdenie kvality života seniorov (Gurková, 2011). Dotazník obsahuje 24 položiek, ktoré sa členia do 6 domén: fungovanie zmyslov, nezávislosť, naplnenie, sociálne zapojenie, smrť a umieranie a blízke vzťahy. Po prepočítaní sa štandardizované skóre v uvedených doménach pohybuje v intervale 4 až 20, kde hodnota 4 hovorí o najhoršej kvalite života a hodnota 20 o najlepšej kvalite života.

Analýza dát

Výsledky boli spracované v štatistickom programe SPSS, verzii 20.0. Z jednoduchých deskriptívnych metód boli použité: absolútne hodnoty (N), frekvenčné hodnoty

(%), aritmetický priemer (M), smerodajná odchýlka (\pm , SD), minimálna hodnota (min) a maximálna hodnota (max), opisné tabuľky. Keďže dáta boli rovnomerne distribuované, pre ďalšiu analýzu boli použité parametrické štatistické metódy: na posúdenie vzťahov medzi premennými bol použitý Pearsonov korelačný koeficient a na posúdenie rozdielov vo výskyte depresie a v kvalite života bola použitá analýza rozptylu ANOVA.

Výsledky

Charakteristika súboru

Súbor tvorilo 102 seniorov z košického regiónu s priemerným vekom života 74,47 \pm 6,60 rokov. Súbor tvorili prevažne ženy (65,7 %), väčšina seniorov žila bez partnera (54,9 %) a mala ukončené stredoškolské vzdelanie (67,0 %). Príjem väčšiny respondentov (49,5 %) bol medzi 300 – 400 eur mesačne. Priemerný počet vyskytujúcich sa ochorení bol 3,52 \pm 1,63.

Depresia a demografické a klinické faktory

Priemerné skóre depresie u seniorov nášho súboru bolo 56,19 \pm 10,74 (min 32,50, max 83,75), čo svedčí o ľahkej forme depresie. Bez depresie bolo 28,4 % seniorov, ľahkou depresiou trpelo 37,3 %, stredne závažnou depresiou 20,6 % a ťažkou depresiou trpelo 13,6 % seniorov. Medzi pohlaviami sme nezaznamenali štatisticky významné ($p = 0,285$) rozdiely v depresii. Priemerné skóre depresie u mužov bolo 54,61 \pm 11,20, u žien 57,01 \pm 10,48. Z hľadiska rodinného stavu sme zaznamenali signifikantné rozdiely ($p = 0,008$) vo výskyte depresie u seniorov žijúcich bez partnera (58,77 \pm 10,61) v porovnaní so seniormi žijúcimi s partnerom (53,10 \pm 10,16). Podľa vzdelania sme tiež nezaznamenali vo výskyte depresie rozdiely ($p = 0,295$), i keď trend vyššieho skóre získaného SDS bol zaznamenaný u respondentov so základným vzdelaním (59,17 \pm 10,80) oproti stredoškolsky vzdelaným (55,74 \pm 10,47) a vysokoškolsky vzdelaným seniorom (53,54 \pm 11,98). So zvyšujúcim vekom ($p = 0,002$, $r = 0,297$) a s vyšším počtom pridružených ochorení ($p = 0,000$, $r = 0,408$) signifikantne stúpala výskyt závažnej depresie.

Depresia a sebestačnosť v bežných denných aktivitách

Priemerné skóre Bartelovej testu bolo 98,44 \pm 17,15 (min 15,00, max 110,00), čo vypovedá o ľahkej závislosti v ADLs v našom súbore. Pričom úplne závislí boli iba 3 seniori, 22 seniorov bolo ľahko závislých v základných aktivitách bežného denného života a 77 seniorov bolo úplne nezávislých (1 senior nevyplnil daný dotazník). Medzi sebestačnosťou a mierou depresie bol zistený signifikantný záporný vzťah ($r = -0,454$, $p = 0,000$). To

znamená, že u seniorov s nižším skóre v ADLs, t. j. s vyššou mierou závislosti, stúpal aj výskyt depresie.

Depresia a kvalita života

Na základe výsledkov (tabuľka 1) môžeme konštatovať, že depresia má negatívny vplyv na všetky domény kvality života. Výrazne horšia kvalita života bola zaznamenaná u pacientov so stredne závažnou, no najmä ťažkou depresiou.

Tabuľka 1 Depresia a kvalita života seniorov

Doména kvality života	Bez depresie priemer	Lahká depresia priemer	Stredne závažná depresia priemer	Ťažká depresia priemer	P
WHOQOL-BREF¹					
Fyzické zdravie	14,15	12,81	11,78	7,55	0,000
Duševné zdravie	15,47	13,88	13,04	9,25	0,000
Sociálne vzťahy	15,36	13,89	14,10	11,05	0,000
Prostredie	14,76	13,92	13,14	11,07	0,000
WHOQOL-OLD¹					
Fungovanie zmyslov	14,45	13,63	12,48	11,07	0,010
Nezávislosť	15,00	13,32	12,19	8,71	0,000
Naplnenie	13,83	11,55	11,81	9,29	0,000
Sociálne zapojenie	13,72	11,76	11,33	6,21	0,000
Smrť a umieranie	16,55	15,18	14,42	13,07	0,025
Blízke vzťahy	15,69	14,24	13,81	10,71	0,000

¹ Skóre: 4 – najhoršia kvalita života až 20 – najlepšia kvalita života

Diskusia

Depresia je závažným problémom v období staroby a starnutia, no jej identifikácia je často náročná. Jedným z cieľov štúdie bolo posúdiť prevalenciu depresie u seniorov v košickom regióne a vzťah depresie s vybranými demografickými a klinickými faktormi a posúdiť jej vplyv na kvalitu života.

V našom súbore bola prevalencia ťažkej depresie u 13,6 % seniorov, čo je v súlade s tvrdením Jiráka (2004), ktorý uvádza, že prevalencia depresie sa globálne u seniorov vo veku 65 a viac rokov veku života odhaduje na 12 – 15 %.

Podľa pohlavia sme v našom súbore nezistili rozdiely vo výskyte depresie. Rozdiely vo výskyte depresie podľa pohlavia nezaznamenali ani v štúdiu autori Fiksenbaum et al. (2005) či Fulbright (2010). Vyššia prevalencia depresie bola v našom súbore zaznamenaná so stúpajúcim vekom, čo je v rozpore so štúdiou autorov Fiksenbaum et al. (2005). V inej štúdiu zaznamenali autori Şahin Onat et al. (2014) vyššie riziko depresie u seniorov vo vyššom veku, podobne ako v našej štúdiu. Riziko depresie bolo vyššie u pacientov s nižším vzdelaním v štúdiu Şahin Onat et al. (2014). V našej štúdiu sme nezistili štatisticky významné rozdiely vo výskyte depresie podľa vzdelania, no priemerné hodnoty naznačujú trend vyššieho rizika depresie u seniorov s nižším vzdelaním. Ďaleko častejší výskyt depresie sme zaznamenali u osamele žijúcich seniorov vo vyššom veku, s väčším počtom ochorení a s vyššou závislosťou v bežných denných aktivitách. Výsledky tejto štúdie sú v zhode s inými štúdiami (Kolibáš a kol., 2005, Kabátová a kol., 2014), ktoré podobne uvádzajú, že strata partnera, osamelosť, či nepriaznivá finančná situácia patria medzi najčastejšie psychologické a sociálne rizikové faktory depresie. Naopak, pozitívne vnímaná sociálna opora, blízky okruh priateľov, návšteva komunitných centier pre seniorov súvisí s menším výskytom závažnej depresie (Fiksenbaum et al., 2005, Fulbright, 2010). V zhode s inými štúdiami (Kolibáš a kol., 2005, Kabátová a kol., 2014, Şahin Onat et al., 2014) ďalej môžeme konštatovať, že závažným rizikovým faktorom depresie u seniorov je polymorbidita či prítomnosť chronického ochorenia.

Funkčná disabilita, resp. výrazne znížená sebestačnosť bola rizikovým faktorom vzniku depresie u seniorov našej vzorky. Aj iné štúdie (Fiksenbaum et al., 2005, Greenglass et al., 2006) poukazujú na fakt, že znížená sebestačnosť, rozvoj závažnej funkčnej disability je príčinou vzrastu depresie u seniorov.

Výsledky našej štúdie poukazujú, že kvalita života seniorov bez depresie alebo s ľahkou depresiou je porovnateľná s intervalmi populačnej normy pre kvalitu života u pražských seniorov (Dragomirecká, Prajsová, 2009). Kvalita života seniorov bez depresie bola na hornej hranici spomínanej normy pre kvalitu života a kvalita života seniorov s ľahkou depresiou bola na spodnej hranici danej populačnej normy. Ak by sme porovnávali kvalitu života seniorov s ťažkou depresiou s danými populačnými normami, môžeme povedať, že kvalita života tejto skupiny seniorov bola už pod hranicou mierne zníženej kvality života. Podobné výsledky v oblasti kvality života u seniorov košického regiónu zaznamenali aj autori Dimunová a kol. (2013).

Limitáciou danej štúdie je výber vzorky, ktorá nie je randomizovaná. Výsledky sú preto platné iba pre túto vzorku. Napriek tomu nachádzame zhodu v sledovaných premenných v porovnaní s inými štúdiami v danej oblasti.

Záver

Starnutie je komplexný jav, ktorý so sebou prináša rôzne zmeny. Aby sme umožnili jednotlivcom zdravo starnúť, viesť aktívny a zmysluplný život aj v období staroby, cieľom starostlivosti o seniorov by malo byť vytváranie podmienok na komplexnú a multidisciplinárnu starostlivosť s prihliadnutím na prostredie, v ktorom sa senior nachádza (Zamboriová, Simočková, Potočková, 2007). V rámci prevencie depresie a zlepšovania kvality života, výsledky našej štúdie indikujú predovšetkým potrebu utvárania a udržiavania sociálnych kontaktov, vytvárania podmienok ku kreovaniu sociálnych vzťahov (napr. v komunitných centrách pre seniorov), povzbudzovania k pestovaniu záľub a koníčkov, zapájania seniorov do rôznych programov, dobrovoľníckych aktivít. Ďalšou dôležitou intervenciou by malo byť zvyšovanie a udržiavanie sebestačnosti seniorov, pestovanie pohybovej kultúry, vytváranie komunitných programov zameraných na zlepšovanie či udržiavanie fyzickej aktivity. Dôležitou úlohou sestier je včasný skrining depresie ako aj jej súčinná participácia s lekárom v oblasti farmakologickej a nefarmakologickej liečby a prevencie depresie u seniorov.

PodĎakovanie

Ďakujem Mgr. Edite Havrilovej rodenej Gajdošovej za administratívnu podporu pri emitovaní dotazníkov seniorom.

Zoznam použitej literatúry

BARTOŠOVIČ, I. 2006. *Seniori v domove dôchodcov*. 1. vyd. Bratislava: Charis s. r.o., 156 s.

DIMUNOVÁ, L., DANKULINCOVÁ VESELSKÁ, Z., STROPKAIOVÁ, S. Vybrané parametre pri posudzovaní kvality života seniorov v domácej a inštitucionalizovanej starostlivosti. *Ošetrovatel'stvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online]. 2013, roč. 3, č. 1, s. 19-24. [cit. 2014-03-19]. Dostupné z: <http://www.osestrovatelstvo.eu/archiv/2013-rocnik-3/cislo-1/vybrane-parametre-pri-posudzovani-kvality-zivota-seniorov-v-domacej-a-institucionalizovanej-starostlivosti>.

- DRAGOMIRECKÁ, E., PRAJSOVÁ, J. *WHOQoL-OLD*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2009. 53 s.
- FIKSENBAUM, L. M. et al. A psychosocial model of functional disability. *Ageing International*. 2005, vol. 30, no. 3, p. 278–295.
- FULBRIGHT, S. A. Rates of depression and participation in senior centre activities in community-dwelling older persons. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2010, vol. 17, p. 385–391.
- GREENGLASS, E., FIKSENBAUM, L., EATON, J. The relationship between coping, social support, functional disability and depression in the elderly. *Anxiety, Stress, and Coping*. 2006, vol. 19, no. 1, p. 15-31.
- GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality života. Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výskum*. Praha: Grada Publishing. 2011, 223 s.
- JIRÁK, R. 2004. Poruchy afektivity ve stáří. In KALVACH, Z. et al. (eds). *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. s. 554–570.
- KABÁTOVÁ O, URÍČKOVÁ A, BOTÍKOVÁ A. Factors affecting the incidence of depression in the elderly. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. 2014, roč.5, č. 3, s. 105-111.
- KAČMÁROVÁ, M. Subjektívne hodnotená kvalita života Seniorov: kvalitatívne a kvantitatívne postupy jej zisťovania. *Československá psychologie*. 2013, roč. 57, č. 1, s. 42-51.
- KOLIBÁŠ, E., KOŘÍNKOVÁ, V., NOVOTNÝ, V. Depresie vo vyššom veku – klinické charakteristiky a špecifiká liečby. *Psychiatrická prax*. 2005, roč. 6, č. 1, s. 270-275.
- MAHONEY, F. I., BARTHEL, D. W. “Functional evaluation: the Barthel Index.” *Maryland State Medical Journal*. 1965, vol. 14, p. 56-61.
- ŞAHİN ONAT, Ş, ÜNSAL DELİALİOĞLU, S, DEMET UÇAR et al. The risk of depression in elderly individuals, the factors which related to depression, the effect of depression to functional activity and quality of life. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2014, vol. 17, no. 1, p. 35-43
- WORLD HEALTH ORGANISATION. *Active Ageing: A Policy Framework* [online], 2002. 59 s. [cit. 2014-03-19]. Dostupné z: http://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/.
- ZAMBORIOVÁ, M., SIMOČKOVÁ, V., POTOČEKOVÁ, D. Komplexné hodnotenie kvality seniorov v domácej ošetrovateľskej starostlivosti s hľadiska funkčného stavu.

In *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatel'stve a v pôrodnej asistencii* [CD-ROM]. Martin: Jesseniova lekárska fakulta UK, 2007, s. 676-692.

ZUNG, W. W. K. 1965. A Self-rating Depression Scale. *Archives of General Psychiatry*. 1965, vol. 12, no. 1, p. 63–70.

Kontaktné údaje autora

PhDr. Mária Sováriová Soósová, PhD.

Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach

Lekárska fakulta

Ústav ošetrovatel'stva

Trieda SNP 1

040 01 Košice

Tel.: 00421 55 243 3297

e-mail: maria.sovariova.soosova@upjs.sk

SLEDOVANIE RIZIKOVÉHO FAKTORA ŽIVOTNÉHO ŠTÝLU V PRIMÁRNEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Autor: Gabriela Štefková, Mária Zamboriová

Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Lekárska fakulta, Ústav ošetrovateľstva

Abstrakt

Zdravotné uvedomenie ľudí v oblasti rizikových faktorov životného štýlu je výsledkom dobrého zdravotného stavu pre celú spoločnosť. Príspevok prezentuje názory študentov medicíny a zdravotníckych študijných odborov na sledovanie rizikového faktora životného štýlu – fajčenia, v ambulancií lekárov prvého kontaktu. Metodika: Súbor tvorilo 426 respondentov z toho 75,8% žien a 24,2% mužov. Výsledky: Z celkového súboru fajčí tabakové výrobky takmer 20% respondentov. Prevažne viac fajčia 68% ženy ako 32% muži. Rizikový faktora životného štýlu – fajčenie sleduje podľa respondentov 41% lekárov prvého kontaktu, nezaujímajú o sledovanie tohto rizikového faktora 34% lekárov a 65% lekárov nevykonáva intervencie zamerané na zanechanie fajčenia. Štatisticky významný rozdiel hodnotenia prístupov lekárov na sledovanie daného rizikového faktora sme zaznamenali medzi pohlaviami. Ženy hodnotili prístupy praktického lekára negatívnejšie ako muži ($p = 0,005$). Záver: Výsledky naznačujú potrebu sledovať závislosti v ambulancii lekárov prvého kontaktu.

Kľúčové slová: Závislosti. Fajčenie. Lekári prvého kontaktu. Študenti medicíny. Študenti zdravotníckych študijných odborov.

Úvod

Pod pojmom závislosť, resp. syndróm závislosti od psychoaktívnej látky s výrazným návykovým potenciálom sa rozumie stav poruchy zdravia, charakterizovaný predovšetkým duševnými a prípadne aj telesnými príznakmi poškodenia organizmu, spolu so sociálnymi dôsledkami (Okruhlica, 1998, s. 44, WHO 2007).

Zdravotné uvedomenie ľudí v oblasti rizikových faktorov životného štýlu je výsledkom dobrého zdravotného stavu pre celú spoločnosť. Nutbeam (2008) definuje zdravotné uvedomenie ako schopnosť získať a pochopiť základné informácie o zdraví a poskytovaných službách tak, aby rozhodnutia smerovali k udržiavaniu dobrého zdravotného stavu.

Potenciálne príležitosti k iniciácii a motivácii k zdravému životnému štýlu majú zdravotnícki pracovníci. Môžu poradiť, viesť a odpovedať na otázky, ktoré sa týkajú následkov užívania tabaku, alkoholu, výživy. Aj krátke intervencie, či zdôraznenie významu skončiť s fajčením, či požívaním alkoholu patria k najefektívnejším a najlacnejším metódam na ich úplne zanechanie. Spoločným úsilím nás, zdravotníckych profesionálov, by malo byť zlepšovanie stavu zdravia, prípadne udržiavanie stavu zdravia, kvality života človeka a dosahovanie najvyššieho možného životného potenciálu (Raková, Čičáková, 2012).

Avšak mnoho štúdií (Ono et al, 2015, Osborne et al., 2013, Liu, 2011, Dimunová, 2011) poukazuje na rozdiely v úrovni zdravotného uvedomenia o vplyve rizikových faktorov životného štýlu už medzi zdravotníckymi profesionálmi, ako aj u pacientov s chronickými, či akútnymi ochoreniami, s rôznou úrovňou dosiahnutého vzdelania.

Požívanie tabaku ďalej len „fajčenie“ je rizikový faktor, ktorý sa v našej spoločnosti, ale aj v celom civilizovanom svete hlboko zakorenil. Závislosť na tabaku je najčastejšia duševná choroba, ktorá má samostatný medicínsky kód v Medzinárodnej klasifikácii chorôb (MKCH-10), ako diagnóza F-17 (Okruhlica, 1998, s. 44).

Tento aspekt životného štýlu je ovplyvnený vzorcami správania sa, bežnými pre príslušné sociálne skupiny obyvateľstva, ako aj všeobecnými socio-ekonomickými podmienkami. Jeho odstraňovanie predpokladá trvalú, dlhodobú a cieľavedomú aktivitu, zameranú na zásadnú zmenu postojov verejnosti proti fajčeniu. Je to úloha mimoriadne závažná a sťažená predovšetkým v dôsledku toho, že verejnosť dostatočne neakceptuje, alebo podceňuje známe fakty o škodlivosti aktívneho a pasívneho fajčenia (Ševčíková, 2006).

Avšak podľa viacerých autorov (Hasnis et al., 2007, Mazone, 2010, WHO, 2013) je fajčenie najlepšie preskúmaným a zdokumentovaným rizikovým faktorom, ktorý sa podieľa na vzniku chorôb obehovej sústavy, ochorení dýchacích ciest, nádorových ochorení, ochorení reprodukčných orgánov. Až v 40% je príčinou takmer všetkých úmrtí na nádorové ochorenia, z toho karcinóm pľúc tvorí 20% (Ševčíková, 2006).

Metodika

Súbor tvorilo 426 respondentov z toho 75,82% (n = 323) žien a 24,18% (n = 103) mužov. Priemerný vek respondentov bol 23 rokov $SD \pm 4,79$. Vzdelanie respondentov sme špecifikovali podľa študijného odboru (všeobecné lekárstvo, zubné lekárstvo, ošetrovatelstvo, fyzioterapia, verejné zdravotníctvo). Respondentov z nezdravotníckych študijných odborov bolo 56,7% a z medicínskych odborov bolo 43,3%. Súbor hodnotených lekárov tvorili praktickí lekári pre dospelých - PLPD, lekári pre deti a dorast - PLPDD a lekári špecialisti -

LŠ). Názory študentov na sledovanie rizikového faktoru – fajčenie, v ambulancii lekára prvého kontaktu sme hodnotili modifikovaným štandardizovaným dotazníkom „HLQ” Health Literacy Questionnaire (Osborne et al., 2013). Hodnotenia prístupu lekárov na sledovanie rizikového faktora životného štýlu „fajčenie“ tvorilo 9 otázok dotazníka. K vylúčeniu otázok z hľadiska hodnotenia prístupov praktických lekárov, pre ich nedostatočné diferencovanie sme použili Likertov koeficient diferenciacie. Dotazník neprešiel lingvistickou validizáciou. Odpovede dotazníka zamerané na prístupy lekárov prvého kontaktu sa týkali len jedného lekára prvého kontaktu, ktorého respondent označil ako najčastejšie navštevovaného. Respondent mal možnosť hodnotiť jeho dennú praktickú činnosť, s dôrazom na realizáciu ochrany a podpory zdravia. Vyhodnotenie názorov súhlasu alebo nesúhlasu boli hodnotené na podľa Likertovej škály. Likertova škála – obsahovala výroky, resp. tvrdenia. Respondenti určovali stupeň súhlasu alebo nesúhlasu s danými výroky. Jednotlivým výrokmi sme priradili číselné hodnoty tzv. váhy. Ich súčet bol súhrnným skóre postoja respondenta. Minimálne a maximálne hodnoty vyjadrili rozsah odpovedí nášho prieskumu. Lekári prvého kontaktu hodnotení respondentmi s najnižším celkovým súčtom bodov mali v prípade Likertovej stupnice dobrý prístup k sledovaniu rizikových faktorov. Praktickí lekári s vysokým súčtom bodov mali zlé hodnotený prístup. Minimálne skóre bolo 14, maximálne skóre bolo 56, priemerné skóre bolo $39,8 \pm 7,76$. Záujem lekárov prvého kontaktu na determinant zdravia „fajčenie“ bol sledovaný tvrdeniami s možnosťami odpovedí: „áno”; „skôr áno”; „nie”; „skôr nie“ a „neviem”.

Frekvenciu tvrdení sme hodnotili na Likertovej škále, kde 1 znamená áno, 2 – skôr áno, 2,5 – nie, 3 – skôr nie, 4 – neviem. Pre malé počty odpovedí sme do hodnotenia odpovedí „áno“ zaradili škálu hodnotenia „skôr áno“ a hodnotenia „nie“ škálu hodnotenia „skôr nie“. Otázky z dotazníka na sledovanie záujmu lekára, či jeho pacient „fajčí“ boli: 1. „Zaujíma Vášho lekára, či ste fajčiar alebo nefajčiar?”. 2. „Radí Vám lekár, aby ste prestali fajčiť? 3. „Posilňuje podľa Vás lekár (vo všeobecnosti) svojim správaním „imidž nefajčiara medzi fajčiarimi?”. 5. „V ambulancii svojho lekára máte najviac poskytovaných informácií: o výžive, fajčení, alkohole“. Získané údaje boli spracované pomocou voľne prístupného excelovského doplnku R-excel využívajúceho priamo štatistický softvér R.

Výsledky

Z celkového súboru fajčí tabakové výrobky takmer 20% respondentov, z toho 32% mužov ($n = 27$) a 68% ($n = 58$) žien. Zaujímavým zistením je, že z 85 fajčiarov prevažne viac fajčia ženy ako muži. Súbor lekárov tvorili praktickí lekári pre dospelých 56%, lekári pre deti

a dorast 32% a lekári špecialisti 12%. Záujem o sledovanie fajčenia lekármi prvého kontaktu udávalo 41% respondentov, nezáujem lekára o tento rizikový faktor udávalo 34% respondentov, a takmer 25% respondentov sa nevedelo vyjadriť k prístupu lekára.

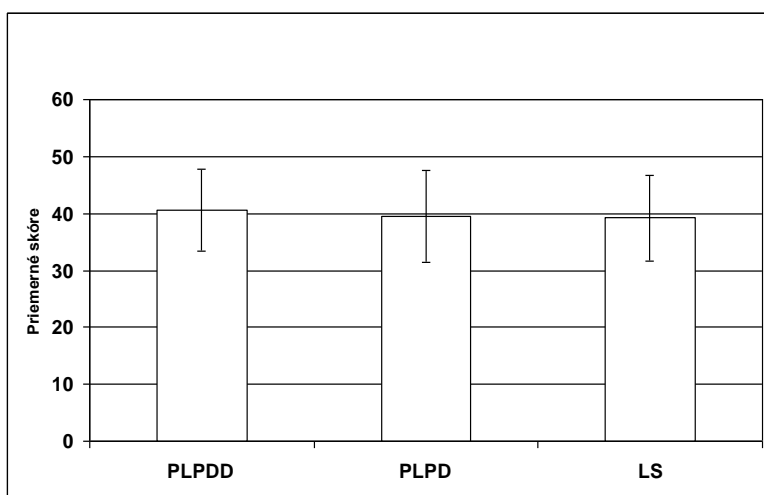
V ambulancii lekárov prvého kontaktu majú respondenti takmer 74% poskytovaných informácií o výžive, 14% o zdravotných rizikách spojených s fajčením a paradoxne len 1% o alkohole. Aj napriek tomu, že praktický lekár vie o tom, že pacient fajčí, až 65% respondentov sa vyjadrilo, že im lekár neradí ako prestať s fajčením (Tab. 1).

Tabuľka 1 Deskriptívna štatistika (n, %) sledovaného súboru (N = 426)

Pohlavie %	
muži	103 (24,18)
ženy	323 (75,82)
Študijný odbor n(%)	
PLPD	239 (56,10)
PLPDD	136 (31,93)
LŠ	51 (11,97)
Rizikový faktor – fajčenie n(%)	
fajčiari	85 (19,95)
nefajčiari	341 (80,05)
Zaujíma Vášho lekára, či ste fajčiar alebo nefajčiar? n(%)	
áno	175 (41,08%)
nie	145 (34,04%)
neviem	106 (24,88%)
Radí Vám lekár, aby ste prestali fajčiť? n(%)	
áno	25 (5,87%)
nie	277 (65,02%)
neviem	124 (29,11%)
V ambulancii u svojho lekára máte najviac poskytovaných informácií o:	
výživa	313 (73,47%)
tabak	60 (14,09%)
alkohol	4 (0,94%)
nemám informácie	49 (11,50%)

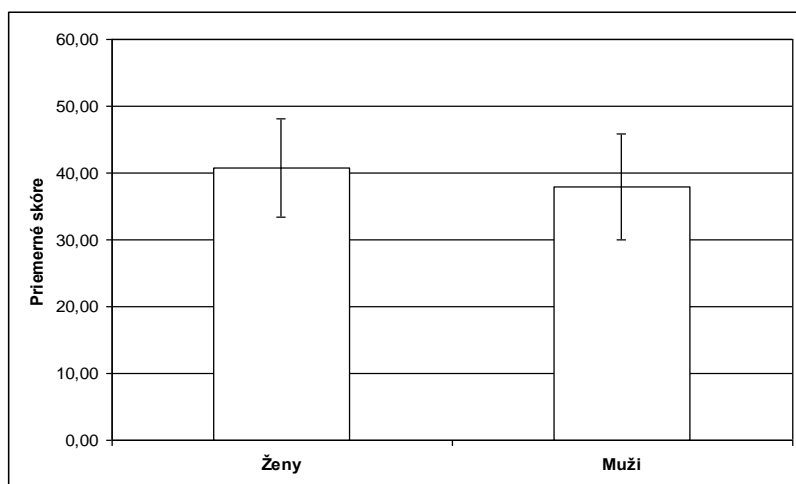
Vyhodnotenie názorov súhlasu alebo nesúhlasu na rizikový faktor vyjadrovalo podľa Likertovej škály s nízkym bodovým skóre vysokú mieru súhlasu sledovania, vysoké skóre naopak nízku mieru nesúhlasu sledovania. V našom prípade pri testovaní normality údajov v porovnávaných skupinách lekárov sa ukázalo na základe testu Shapira-Wilka, že získané

údaje nemožno považovať za údaje z normálneho rozdelenia. Preto pre testovanie rozdielov v skupine lekárov sme použili Kruskalov-Wallisov test. Predpokladali sme, že praktickí lekári pre dospelých, lekári pre deti a dorast a lekári špecialisti majú záujem o sledovanie fajčenia ako rizikového faktora životného štýlu. Hodnotenie prístupu záujmu o fajčenie v ambulancii lekára prvého kontaktu podľa zadelenia bolo s priemerným skóre pre: PLPDD $40,63 \pm 39,48$; PLPD $39,49 \pm 40,62$ a LS $39,22 \pm 7,55$. Názory študentov na sledovanie záujmu lekárov o fajčenie dosiahlo priemerne skóre $2,38 \pm 0,82$. Kruskalov-Wallisov test nepreukázal štatistický významný rozdiel v dosiahnutom priemeru pre skupinu praktických lekárov podľa zadelenia na sledovanie rizikového faktora „fajčenie“. Paradoxným zistením je nezáujem praktického lekára o prístupy zamerané na zanechania fajčenia. V prospech praktického lekára je záujem o sledovanie fajčenia s nezaujmom o intervencie zamerané na zanechania fajčenia ($2,38 \pm 0,82$ vs. $2,93 \pm 1,59$) (Graf 1).



Graf 1 Priemerné skóre pre skupiny podľa zadelenia lekára

Vzhľadom k tomu, že pohlavie je neovplyvniteľným rizikovým faktorom životného štýlu chceli sme zistiť, či existuje rozdiel názoroch hodnotenia prístupov lekárov podľa zadelenia medzi pohlaviami respondentov. Pre testovanie rozdielov medzi pohlaviami sme použili Wilcoxonov dvojvýberový test. Hodnotenia prístupov lekárov bolo v skupine žien skóre $40,76 \pm 7,38$ a v skupine mužov $37,94 \pm 7,88$. Zaznamenali sme štatisticky významný rozdiel hodnotenia prístupov na sledovanie rizikového faktora medzi pohlaviami Priemerné skóre u žien bolo vyššie ako u mužov ($p = 0,005$), čo poukazuje na skutočnosť, že ženy hodnotili prístup praktických lekárov negatívnejšie ako muži (Graf 2).



Graf 2 Priemerné skóre pre skupiny podľa pohlavia

Diskusia

Závislosti sú všeobecne považované za rozhodujúce faktory vo vzťahu k zdravotnému stavu. Fajčenie, ako ovplyvniteľný faktor životného štýlu je najlepšie preskúmanou a zdokumentovanou závislosťou. Zraniteľným obdobím pre vznik a vývoj závislosti je detský a adolescentný vek. Práve do tohto obdobia spadajú prvé skúsenosti s užívaním tabaku (Jurkovičová, 2005). V našom prieskume fajčí 20% respondentov s priemerným vekom 23 rokov. Zaujímavým zistením je, že viac fajčia ženy 68,2% ako muži 31,8%. U mladých dospelých vo veku 16 až 24 rokov sa podiel každodenných fajčiarov zvyšuje takmer o 5 percent (Arvanitidou et al., 2008, Gawlikowski-Sroka et al., 2009).

Na porovnanie vekových rozdielov udávame výsledky výskumu, ktoré potvrdzujú, že v Rakúsku, Chorvátsku, Českej republike, Maďarsku, Lotyšsku a Litve aspoň raz týždenne fajčí 25% chlapcov a dievčat veku 16 rokov. V kontraste za nimi sú severské krajiny, ako Dánsko, Island, Nórsko a Švédsko, kde vo veku mladšom ako 15 rokov fajčí 15% chlapcov a dievčat. Rozdiely v pohlaví udáva Česká republika a Španielsko, kde o 5% hlásia vyššiu mieru fajčenia pre dievčatá. Naopak o 10% vyššiu mieru fajčenia pre chlapcov majú krajiny Lotyšsko, Litva a Rumunsko (Arvanitidou et al., 2008).

Študenti medicíny a nezdravotníckych študijných odborov, by mali byť plne vedomí o škodlivosti a dôsledkoch závislostí a mali by podporovať zdravý životný štýl.

Z nášho prieskumu vyplýva, že 41% lekárov má záujem o sledovanie fajčenia ako rizikového faktoru životného štýlu, avšak 65% lekárov neposkytuje intervencie zamerané na zanechanie fajčenia. Na porovnanie prístupov praktických lekárov na ochranu a podporu zdravia uvádzame výsledky výskumu EUROPREV (Európska sieť pre prevenciu a ochranu zdravia), ktoré boli zrealizované v skupine európskych praktických lekárov. Do výskumu bolo

zapojených jedenásť európskych krajín (Chorvátsko, Estónsko, Gruzínsko, Grécko, Írsko, Malta, Poľsko, Slovenská republika, Slovinsko, Španielsko a Švédsko). Cieľom výskumu bolo preskúmať vedomosti a postoje európskych praktických lekárov pri vykonávaní podpory a ochrany zdravia. Viac ako dvetisíc lekárov zapojených do výskumu označili aktivity, ktoré by mali byť urobené v každej situácii a v každom čase rámci návštevy klienta (Brotons et al., 2005). Výsledkom bolo, že až 68% európskych lekárov sa vyjadrilo, že realizovať intervencie zamerané na zdravý životný štýl v ambulantnej zdravotnej starostlivosti je veľmi ťažké, prevažne z dôvodu nedostatku času a pracovného nasadenia. O tom, že za poskytnuté intervencie nemá poskytnutú žiadnu finančnú náhradu sa vyjadrilo takmer 40% praktických lekárov. Nedostatok skúsenosti na vykonávanie ochrany a podpory zdravia udávalo 9% praktických lekárov. Slovenská republika mala zastúpených 165 praktických lekárov s priemerným vekom 46,44 rokov ($SD \pm 9,81$), z toho prevažne 48% tvorili ženy. Výsledky výskumu ukázali, že 56% oslovených praktických lekárov nevykonáva vo svojej bežnej praxi primárnu prevenciu, ako uviedli, z dôvodu nedostatku času. Pomôcť pacientom redukovať fajčenie udávalo vo svojej praxi 56% slovenských lekárov (Brotons et al.; 2005, Coleman et al., 2011). Zaujímavým hodnotením praktických lekárov bolo hodnotenie ich osobného prístupu na primárnu prevenciu. Lekári fajčiari boli menej účinní pomôcť pacientom obmedziť spotrebu tabaku ako lekári nefajčiari (39,34% vs 48,18%, $p = 0,01$). V tomto prípade lekári, ktorí mali zdravý životný štýl mali viac motivácie meniť zlý životný štýl aj u svojich pacientov (Brotons et al.; 2005).

Z nášho prieskumu o rizikových faktoroch životného štýlu majú respondenti v ambulancii lekárov prvého kontaktu najviac poskytovaných informácií 73% o nesprávnej výžive, 14% o fajčení a len 1% informácií o zdravotných rizikách spojených s požívaním alkoholu.

Štúdiá realizovaná v Austrálii AERC (Alcohol Education and research Council) ukázala, že 79% lekárov venuje významu edukácii zameranej na zmenu životného štýlu, a to najviac v oblasti fajčenia a obmedzeniu požívania alkoholu (SNAP 2004).

Záver

Pre obmedzenia nášho prieskumu výsledky nemôžeme zovšeobecňovať na celú skupinu lekárov prvého kontaktu. Sú platné iba v našej vzorke mladých potencionálne zdravých respondentov a lekárov prvého kontaktu, ktorých respondenti navštevovali a hodnotili. Aj napriek tomu zistenia nášho prieskumu nám naznačujú, že je nevyhnutné už počas vzdelávania budúcich zdravotníckych pracovníkov venovať značnú pozornosť závislostiam, s dôrazom na primárnu prevenciu. Poskytnúť študentom vedomosti, zdroje

a možnosti služieb, ktoré im umožnia robiť vhodné rozhodnutia v oblasti zdravého životného štýlu pre seba ako aj pre celú spoločnosť.

Etické aspekty a konflikt záujmu

Prieskum nebol realizovaný zo žiadneho finančného grantu. Autori deklarujú, že neexistuje konflikt záujmu.

Zoznam použitej literatúry

Arvanitidou M, Tirodimos I, Kyriakidis I, Tsinaslanidou Z, Seretopoulos D, Dardavessis T. Cigarette smoking among adolescents in Thessaloniki, Greece. *Int J Public Health*. 2008. Vol. 53. p.204–207

Brotons C, Bjorkelund C, Bulc M, Ciurana R. at al. Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. In *Preventive Medicine*. 2005, Vol.40, p. 595-601

Coleman C. Teaching health care professionals about health literacy: A review of the literature. *Nursing Outlook*. 2011, No.59, Vol.2, p. 70-78

Coleman C, Appy S. Health literacy teaching in US medical schools, 2010. *Family Medicine*. 2012, 44(7), 504-507.

Dimunová, L. Životní styl sester a porodních aistentiek na Slovensku. *Sestra*. 2011; 21(3):19-20.

Hasnis E, Bar-Shai M, Burbea Z, Reznick AZ. Cigarette smoke-induced NF-kappaB activation in human lymphocytes: the effect of low and high exposure to the gas phase of cigarette smoke. *J Physiol Pharmacol* 2007; 58 Suppl 5: 263-74.

Liu W, Gerdtz M, Liu T. A survey of psychiatrists' and registered nurses' levels of mental health literacy in a Chinese general hospital. *International Nursing Review*. 2011, 58, Vol.3. 361-369

Mazzone, P, Tierney, W., Hossain, M.. et al. Pathophysiological impact of cigarette smoke exposure on the cerebrovascular system with a focus on the blood-brain barrier. Expanding the awareness of smoking toxicity in an underappreciated area. *International journal of Environmental Research and Public Health*. 2010. No. 7, Vol. 12, p. 4111-4126

Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*. 2008. No. 67, Vol.12, p. 2072-2078

Raková, J., Čičáková, L. Postoj sester k edukaci v nemocničném prostředí. *Sestra*, 2012, roč. 22, č. 4, s. 28-29.

Ono M, Miyauchi S, Edzuki Y, Saiki K, Fukuda H, Tonai M, et al. Japanese nurse practitioner practice and outcomes in a nursing home. *International Nursing Review*. 2015. 10.1111/inr.12158

Osbourne RH, Batterham RW, Elsworth GR., Hawkins M, Buchbinder R. The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*. 2013. Doi:10.1186/1471-2458-13-658

Okrúhlica L. Ako sa prakticky orientovať v závislostiach. Bratislava: CPLDZ, IDZ, 1998. s.76 ISBN 80-968111-1-8

SNAP. A population health guide to behavioural risk factors in general practice. Ed. M. Harris. University of New South Wales: *The Royal Australian College of General Practitioners College House*. 2004. p.52. ISBN 0 86906 265 4

Ševčíková L. Hygiena. Univerzita Komenského Bratislava. 1.vyd. Bratislava: Vydavateľstvo *UK Bratislava*. 2006. s. 328. ISBN 80-223-2103-6

WHO Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption. Geneva: World Health Organization, 2007.

WHO. European tobacco control status report 2013. Geneva. WHO. Available at:<http://www.euro.who.int/pubrequest>.

Kontaktná adresa:

PhDr. Gabriela Štefková, PhD.

LF UPJŠ Košice, Ústav ošetrovateľstva

Email: gabriela.stefkova@upjs.sk

SYNDRÓM FOMO

Autor: Andrea Uhláriková, SZU v Bratislave – FOaZOŠ, PNPP Pezinok Klinika drogových závislostí SZU

Janka Sandtnerová, PNPP Pezinok Neuropsychiatrická klinika

Abstrakt

Hoci žijeme v reálnom svete, technický pokrok a s ním spojené technológie posúvajú prežívanie života aj do virtuálnej roviny. Sociálne siete ovplyvňujú nielen náš virtuálny a reálny život, ale niektorým ľuďom duševné zdravie a prežívanie. Mať neustále na dosah mobil, tablet, počítač, začínať deň kontrolou statusov, prežívanie strachu, ak v mojej neprítomnosti na sociálnej sieti utečie niečo dôležité a pociťovanie nepohody pri neokomentovaní alebo „👍 neolajkovaní“ fotky, príspevku či statusu môže niesť so sebou negatívne príznaky syndrómu FOMO. V závere príspevku ponúkame výsledky ankety, ktorú sme realizovali u žiakov 5. – 9. ročníka troch základných škôl s počtom 193 respondentov, kde sme zisťovali či majú vlastný status, prečo a v akých frekvenciách využívajú sociálne siete a aké pocity prežívajú. Syndróm FOMO postihuje ako udáva literatúra mladých ľudí nad 16 rokov a vyššie, čo potvrdila aj naša anketa, nakoľko naši respondenti mali 11 – 15 rokov a nepopisovali negatívne dôsledky syndrómu FOMO. Zistili sme, že nielen respondenti ankety, ale aj zdravotnícky pracovníci nepoznajú syndróm FOMO a s ním spojené symptómy. Moderná psychiatrická ošetrovateľská starostlivosť aj edukácia by mala byť zameraná okrem podpory duševného zdravia aj na spoznávanie nových, dnešnou dobou „vytiahnutých“ symptómov a porúch.

Kľúčové slová: FOMO. Syndróm. Závislosť. Sociálne siete.

Čo znamená skratka FOMO? Nejde len o internetový výmysel, svedčí o tom fakt, že pojem FOMO (Fear of missing out - strach, že niečo zmeškám, o niečo prídem) zaradilo v roku 2014 Oxford English Dictionary do slovníka. Veľa mladých ľudí sa zamýšľa nad tým ako mohli ľudia „žiť“ v období bez internetu a sociálnych sietí, ako sa komunikovalo s priateľmi, plánovali stretnutia, zdieľali fotografie. Zakladateľom najväčšej sociálnej siete Facebook bol 4. februára 2004 Mark Zuckerberg z Harvardskej univerzity, ktorý vytvoril program slúžiaci na prepojenie a zblížovanie študentov práva. Postupne ho začali používať ďalšie americké univerzity, veľké spoločnosti, v auguste 2006 každý, kto dovŕšil vek 12 rokov. Slovenská

verzia Facebooku bola spustená začiatkom marca 2009. Ku koncu septembra 2014 využívalo aktívne sieť viac ako 1,34 miliardy používateľov za mesiac na celom svete (www.wikipedia.sk). Či už ako študent, alebo pracujúci. Vyhovárame sa, že na reálny bežný život nemáme čas, tak si ho prenášame na sociálne siete. Žijeme cez ne doma, v práci, škole, reštaurácii, vonku - všade. Klikáme a kontrolujeme, ako sa majú ostatní. Počká nás tu, čo sme zmeškali, a vyskočí, čo ešte môžeme stihnúť.

Syndróm FOMO – je formou nelátkovej závislosti – efekt pozitívneho zážitku, rýchlej odmeny, silnej túžby – baženia, stratou kontroly, zanedbávaním koníčkov. Ide o vnútornú túžbu vedieť, čo sa deje, mať všetko pod kontrolou. Niektorí tento zážitok hľadajú v droge, alkohole, gamblingu, iní v kontrole statusov na sociálnych sieťach. Výsledok je ale rovnaký. Ak si nedáte svoju „dávku“ objavia sa príznaky závislosti. Prispieva k tomu rýchly vývoj technológií, ktoré sa zdokonaľujú. Internet môžete mať v mobile poruke dvadsaťštyri hodín denne, už pri kúpe sú automaticky zabudované aplikácie Facebook, Pokey a iné. Je jedno, či sa chcete pochváliť upečeným koláčom, fotkou „selfie“, exkluzívnou dovolenkou alebo ste zvedaví a potrebujete vidieť, že niekto na vás myslí, je s vami v kontakte. Nejde o novú diagnózu, príchod nových technológií len vytiahol staré problémy a rozbujnel prežívanie spomínaného syndrómu.

Udáva sa, že postihuje najmä mladých ľudí vo veku od 16 – 33 rokov, keď si človek hľadá vlastnú cestu, smerovanie, priateľov, určuje si ciele a priority. Podľa Nešpora 2011 sa návykové správanie a ochorenia rozvíjajú v detstve a dospievaní podstatne rýchlejšie ako v dospelosti.

Strach z „chýbania“ na sociálnej sieti môže byť okrem iného problémom aj vtedy, keď nás začne obmedzovať v reálnych kontaktoch a v reálnom trávení času s ľuďmi okolo nás. Vtedy je už zle. „Napríklad ak je rodina s deťmi na výlete a matka alebo otec sú ustavične zavesení na sociálnej sieti, nevenujú sa deťom a jeden druhému, potom zrejme niečo nie je v poriadku“, upozornil klinický psychológ Martin Miller.

Príčinou nie sú sociálne siete, ale precitlivosť, zraniteľnosť, zvedavosť, súťaživosť, nedostatok reálneho sociálneho kontaktu, snaha dosiahnuť vlastnú sociálnu spokojnosť a sebaistotu, túžba premietnuť sa do virtuálnej reality - oni sa postarali o to, aby syndróm FOMO prenikol do našej psychiky. Som FOMO pozitívny? - prejavy syndrómu FOMO: nervozita, strata kontroly, silná túžba niekde patriť, úzkosť, nesústredenosť, prokrastinácia, výčitky, pochybnosti, depresívny syndróm, zanedbávanie povinností, nespavosť, stres,

redukcia záujmov, nerozhodnosť, tachykardia, únava, obhrýzanie nechťov, krútenie vlasov. Ak však dlhodobo pretrvávajú niektoré ťažkosti, je vhodné vyhľadať psychoterapeuta.

Myšlienky, že môj život nie je vzrušujúci, nemá takú hodnotu, ako život virtuálnych „priateľov“ je potrebné zastaviť, zmeniť myslenie a treba si uvedomiť, že čo je na sociálnej sieti je len zlomok reálneho života, často klamlivého, nie vždy toho môjho. Prežívajme to čo chceme reálne prežívať, nie čo nám podhadzujú statusy iných. Uvedomme si, že život každého človeka má svoju cenu a hodnotu. Nie všetko čo je na sociálnych sieťach je pravdivé – fotky sa dajú upraviť, informácie prikrášliť, obrázky orezať, stiahnuť z internetu. Virtuálni priatelia pripravujú scenár, ktorým nás chcú tromfnúť.

Ako byť FOMO negatívny:

- ✓ nahradiť „chatovanie“ osobným stretnutím,
- ✓ neprihlasovať sa, ak nemám konkrétny cieľ, zámer,
- ✓ obklopovať sa reálnymi priateľmi priamym kontaktom,
- ✓ vyhradiť si deň – víkend bez „chatovania“ na sociálnej sieti,
- ✓ prežívať reálny život, nie ten čo vidia ostatní = žijeme aj po odhlásení sa na sociálnej sieti.

Dôležité je ustrážiť si hranice kontaktu, byť sebou samým, vnímať čo cítim, vedieť sa stíšiť, nájsť primeranú mieru medzi kontaktom smerom von a smerom dovnútra, chrániť si svoje súkromie.

Problém prieskumu:

Predpokladali sme, že žiaci 5. – 9. ročníka základnej školy nepopisujú príznaky syndrómu FOMO

Cieľ prieskumu:

1. Zistiť koľko respondentov má vlastný status na sociálnej sieti.
2. Identifikovať dôvod a frekvenciu využívania sociálnej siete.
3. Zistiť reakcie respondentov pri neprítomnosti a neokomentovaní príspevkov.

Metodika a charakteristika súboru

Základným kritériom zaradenia do prieskumného súboru boli žiaci 5. – 9. ročníka troch základných škôl. Hlavnou metódou prieskumu bola dotazníková metóda. Na zber údajov sme použili – vlastnú neštandardizovanú anketu so 16 položkami. Forma ankety bola špecificky vytvorená pre deti, obsahovala jasné a zrozumiteľné otázky. Anketový lístok bol anonymný a

dobrovoľný. Respondenti odpovedali písomnou formou a to označením správnej odpovede krížikom podľa usmernenia za každou položkou. Všetci respondenti, taktiež vedenie škôl boli vopred oboznámení s cieľom ankety a boli im podrobne poskytnuté informácie k vyplneniu. Respondenti vyplňali anketu individuálne podľa jednotlivých ročníkov, v časovom horizonte 15 minút. Všetky vrátené anketové lístky boli po vyplnení zozbierané a vyhodnotené, žiaden nebol vyradený. Finančné prostriedky vynaložené na prieskum boli minimálne, tlač anketových lístkov bola na vlastnej tlačiarňi z vlastných zdrojov a distribúciu sme samé vykonali. Poučenie, distribúciu a vyhodnotenie sme realizovali v období máj – júl 2015.

Stručná interpretácia výsledkov prieskumu

Na základe analýzy získaných údajov naše výsledky prieskumu potvrdzujú, že syndróm FOMO nepostihuje mladých ľudí od 11. – 15. roku života, keďže naši respondenti nepopisovali negatívne dôsledky syndrómu. Zo 193 respondentov (t.j.100%) bolo dievčat 85, t.j.44,9% a chlapcov 108, t.j. 55,1%. Vlastný status na sociálnej sieti má 165, t.j. 85,5% a nemá 14,5%, čo je 28 respondentov. Sociálne siete najčastejšie využívajú na kontaktovanie sa, sledovanie noviniek a statusov, smiešnych videí, posielanie správ a zisťovanie informácií napr. o tréningoch ale aj zo zvedavosti. Frekvencia prihlasovania sa je prekvapujúca. Až 165 respondentov, t.j.81,2% opýtaných sa prihlási denne, z toho 59 respondentov, t.j. 35,7% sú pripojení na sociálnu sieť nonstop. Ak ich príspevok nie je označený, resp. nepovšimnutý – negatívne uvedené príznaky sumarizačne uviedli 7 respondenti, t.j. 4,2% zo 100% respondentov. O ich statuse na sociálnej sieti nevedia rodičia u 15 opýtaných, t.j.9,1% a 150 respondentov, t.j. 90,9% uviedlo, že rodičia vedia, že navštevujú sociálne siete. Zaujímavosťou bolo, že opýtaní žiaci piatych ročníkov t.j. 100% uviedli, že rodičia vedia o ich statusoch. Na záver 131 respondentov označilo, t.j. 79,4%, že si vedia predstaviť zrušenie statusu na sociálnej sieti a 34 respondentov, t.j. 20,6% nie.

Čo napísať na záver?

Cieľom tohto príspevku bolo veľmi jednoducho možno až neodborne poskytnúť informácie o syndróme, ktorý je u viacerých našich pacientov, nielen na Klinike drogových závislostí a Neuropsychiatrickej klinike opomínaný. A možno nielen u pacientov, ale kolegov, blízkych a..... Viacerí odborníci odporúčajú občas si od sociálnej siete oddýchnuť, nepripájať sa bezhlavo, všetko automaticky nelajkovať, baviť sa len s blízkymi ľuďmi. Využívať sociálne siete na komunikáciu so známymi priateľmi a plánovanie spoločného programu – to bol

zámer aj *Marka Zuckerberga* . Edukačná činnosť by mohla byť zameraná aj týmto smerom, nielen do ambulancie a na lôžkové oddelenia.

Zoznam použitej literatúry

NEŠPOR, K. et al. 2011. *Jak překonat hazard*. Praha: Portál, s.r.o., 2011.159 s. ISBN 978-80-262-0009-3.

POSLUCHOVÁ, K. 2013. *Syndróm FOMO: Možno ním trpíte aj vy!* [online]. 2013. [Citované 19.3.2015]. Dostupné na: <http://www.pluska.sk/izdravie/zivotny-styl/syndrom-fomo-mozno-nim-trpите-aj-vy.html>

Pozor, Facebook spúšťa nebezpečné ochorenie: O čo ide? 2013. [online]. 2013. [Citované 20.3.2015]. Dostupné na:

<http://vysetrenie.zoznam.sk/cl/1000644/1361793/Pozor--Facebook-spusta-nebezpecne-ochorenie--O-co-ide->

Na sociálnych sieťach sa niečo šíri. Vy ste ešte zdraví? 2012. [online]. 2012. [Citované 17.5.2014]. Dostupné na: <http://webmagazin.teraz.sk/zdravie/na-socialnych-sietach-sa-nieco-siri/126-clanok.html>

Poznáte syndróm “fomo”? *Ste v tom možno až po uši.* 2014. [online]. 2014. [Citované 19.3.2015]. Dostupné na: <http://spravnyden.sk/poznate-syndrom-fomo-ste-v-tom-mozno-az-po-usi/>

Kontakt na autorov:

PhDr. Andrea Uhláriková, MHA

Klinika drogových závislostí PNPP Pezinok

SZU v Bratislave FOaZOŠ

email: uhlarikova@pnpp.sk

Mgr. Janka Sandtnerová

Neuropsychiatrická klinika PNPP Pezinok

email: sandtnerovaj@centrum.sk

ABSTRAKTY

REHABILITÁCIA GERONTO - PSYCHIATRICKÝCH PACIENTOV

Autor: Bc. Eva Urbánová

Psychiatrická liečebňa Plešivec

Abstrakt

Psychiatrická rehabilitácia je dôležitou súčasťou komplexnej liečby o pacienta s duševnými poruchami. Spolu s psychoterapiou prispievajú k obnoveniu schopnosti, ktoré boli chorobou zoslabnuté alebo porušené (čiastočne - celkovo). Rehabilitácia v gerontopsychiatrii má svoju špecifitu, dominuje problematika chronických chorôb (polymorbidita). Medzi najčastejšie psychiatrické diagnózy patria: demencie, depresie a psychózy. Po dôkladnom preštudovaní chorobopisu zostavíme vhodný rehabilitačný plán, ktorého cieľom je celková aktivizácia organizmu: zlepšenie koordinácie a dynamiky tela, zvyšovanie psychomotorickej aktivity, nácvik chôdze a zlepšenie sebestačnosti pacienta. Využívame individuálnu alebo skupinovú liečebnú telesnú výchovu, fyzikálnu liečbu, kultúrno-rekreačné činnosti (ergoterapia, arteterapia, muzikoterapia, rekreačné činnosti). Dôležitá je aktívna spoluúčasť fyzioterapeuta, navodzovať dobrú náladu, motivovať pacienta k spolupráci. Nutné je vždy prihliadať psychickému stavu pacienta. Získaná dôvera a aktívna spolupráca s pacientom počas individuálneho alebo skupinového cvičenia má pozitívny vplyv pre udržanie a zlepšenie celkového psychomotorického stavu pacienta.

Kľúčové slová: Psychiatrická rehabilitácia. Geronto-psychiatria. Pacient. Aktivita.

JAK PROBÍHÁ REFORMA PSYCHIATRICKÁ PÉČE V ČR.

Autor: Mgr. Tomáš Petr, PhD.
Předseda psychiatrické sekce ČAS

Abstrakt

V příspěvku bude popsán proces přípravy a realizace reformy psychiatrické péče v ČR. Důraz bude kladen na roli psychiatrických sester v tomto procesu a na změny, které reforma pro psychiatrické sestry může přinést. Budou pojmenována některá úskalí plánovaných změn a také momenty, které celý proces změny ohrožují. Bude představena vize plánovaného systému psychiatrické péče a popsána úloha psychiatrických sester v tomto systému. Součástí příspěvku bude také úvaha nad nutnými změnami ve vzdělávání psychiatrických sester a s tím souvisejícími změnami v jejich kompetencích.

ROLE PSYCHIATRICKÝCH SESTER V KOMUNITNÍ PÉČI – PRAKTICKÉ ZKUŠENOSTI.

Autor: Bc. Blanka Novotná
Komunitní terénní centrum Bohnice

Abstrakt

Příspěvek se bude zabývat zkušenostmi s implementací některých prvků reformy do praxe, zejména budování terénních a komunitních služeb. Na příkladu konkrétního pracoviště popíše principy péče a její organizační zajištění; výzvy a překážky, se kterými se pracovníci setkávají; nové nároky, které jsou kladeny na psychiatrické sestry; zkušenosti s propojováním zdravotnického a sociálního týmu. V příspěvku uvedu některá data, ukazující na vliv terénní péče na počet a délku hospitalizací.

PRÍNOS PRÁCE SESTRY V PSYCHOTERAPEUTICKOM PROCESE

Autor: Kristián Herczog, Lucia Konkolyiová

Psychiatrická nemocnica Hronovce

Abstrakt

Autor sa v práci zameriava na prínos práce sestry v psychoterapeutickom procese v starostlivosti o drogovu závislých. Poukazuje na vysokú profesionalitu sestry, schopnosť samostatného rozhodovania a cieleného pôsobenia v liečebnom programe. Vyzdvihuje niektoré špecifiká práce sestry, schopnosti ako je samostatná koordinácia terapeutickej komunity, zachytávanie, spracovávanie a vyhodnocovanie psychologických javov v liečebnom spoločenstve. Tieto schopnosti sú nevyhnutné pre odborne spôsobilú prácu v terapeutickej komunite, v ktorej prebieha liečba drogovu závislých. Práca nám približuje psychoterapeutickú metódu, ktorú poznáme pod názvom konštruktívna hádka.

Kľúčové slová: Psychoterapeutický proces. Sestra. Terapeutická komunita. Konštruktívna hádka.

NÁCVIK KONŠTRUKTÍVNEHO JEDNANIA U DROGOVO ZÁVISLÝCH – KONŠTRUKTÍVNA HÁDKA

Autor: Valéria Nováková, Júlia Molnárová

Psychiatrická nemocnica Hronovce

Abstrakt

Práca prezentuje konštruktívnu hádku ako psychoterapeutickú metódu aplikovanú aj sestrou v terapeutickom procese. Autor sa nám svojim príspevkom snaží priblížiť metódu, ktorou vedieme našich pacientov ku konštruktívnemu jednaniu. Táto metóda podľa Bacha, (1991), má názov konštruktívna hádka. Pacient sa po osvojení si jej zásad sa stáva menej hostilným, viac asertívnym a dokáže bez zbytočných emócií vyjadriť svoj názor, resp. vytknúť chyby spolupacientovi. Dostaneme ucelený obraz o tejto metóde priblížením fáz, účelu, základných zložiek a správneho štýlu konštruktívnej hádky, ktoré sa týkajú konkrétnosti, zapojenia sa, komunikácie a dodržania zásad „fair play“. Naše poznatky potvrdzujú, že vedenie pacientov ku konštruktívnemu jednaniu pozitívne ovplyvňuje ich vzťahy v komunite a vôľu k liečbe.

Kľúčové slová: Konštruktívna hádka. Konštruktívne jednanie. Terapeutická komunita. Sestra. Terapeutický proces.

HISTÓRIA V4 PSYCHIATRICKÉHO OŠETROVATEĽSTVA V OBRAZOCH

Autor: Júlia Molnárová, Psychiatrická nemocnica Hronovce

Spoluautor: Tatiana Hrindová,

Abstrakt:

Táto koláž fotografií je súhrnom diania od samých začiatkov pôsobenia V4 psychiatrického ošetrovateľstva po dnešok. Predstavitelia V4 psychiatrického ošetrovateľstva prvýkrát sa stretli v Radave na XIII. Celoslovenskej konferencii sestier pracujúcich na psychiatrii s medzinárodnou účasťou. Po prvýkrát tu bola deklarovaná vzájomná spolupráca aj s odovzdaním putovnej kroniky zástupkyňi z Maďarska – Tünde Tunyi predsedníčky sekcie psychiatrických sestier. V roku 2012 sme sa stretli na druhej medzinárodnej konferencii V4 psychiatrického ošetrovateľstva v Budapešti, kde sa zrodila „Budapeštianska deklarácia“.

Ďalším prínosom spolupráce bolo stretnutie v Prahe, ktorého súčasťou bola exkurzia psychiatrie v Ústrednej vojenskej nemocnici a v ďalších pražských psychiatrických nemocniciach. V rámci tohto stretnutia sme sa dopracovali aj k logu našej V4.

Minulého roku sme sa rokovania zúčastnili vo Varšave v rámci ich kongresu, čím sme sa dopracovali do druhého kola V4 psychiatrického ošetrovateľstva. Veľmi nás teší, že táto spolupráca má svoje pokračovanie a druhé kolo zahajujeme práve tu v Košiciach.

Kľúčové slová: Vyšehradská štvorka. Psychiatrické ošetrovateľstvo. Vzájomná spolupráca. Budapeštianska deklarácia.

PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY PROSTREDIA V STAROSTLIVOSTI O PACIENTOV S PSYCHICKÝMI PORUCHAMI

Autor: Renáta Matisová, Zuzana Chrenová, Dana Flešková, Igor Ondrejka

Psychiatrická klinika JLF UK a UNM Martin

Abstrakt

Príspevok je zameraný na vlastné skúsenosti a snahu zdravotníckych pracovníkov Psychiatrickej kliniky JLF UK a UNM v Martine o skvalitnenie vybraných psychologických stránok prostredia. Zdravotnícke prostredie je jedným z činiteľov kvality starostlivosti. Dôraz kladieme na humanizáciu priestorov kliniky, ktorá má význam v procese milieuterapie. V súčasnosti nemocnice nemajú dostatok finančných prostriedkov na modernizáciu a zútulnenie priestorov všetkých oddelení a kliník. Poukazujeme na potrebu aktivity zdravotníckych pracovníkov pri získavaní rôznych sponzorských príspevkov, ako aj vlastnej účasti zdravotníckych pracovníkov, aby bolo možné realizovať rekonštrukciu jednotlivých úsekov pracoviska. Výhodiskom pre prebiehajúce úpravy prostredia kliniky bola platná legislatíva pre priestorové vybavenie ústavného psychiatrického zariadenia a psychologické požiadavky na pozitívne vplyvy prostredia na pacientov, ich príbuzných a zdravotníckych pracovníkov. V príspevku sú prezentované konkrétne výsledky parciálnej rekonštrukcie kliniky, ktoré realizovali zdravotnícki pracovníci, najmä sestry, za obdobie posledného roka.

Kľúčové slová: Prostredie. Humanizácia. Milieuterapia.

Sponzori:



Medicalernst spol. s.r.o



pre podporu vzdelávania sestier a pôrodných asistentiek