



**SBORNÍK**

**DUŠEVNÍ ZDRAVÍ V OŠETŘOVATELSVÍ  
VS  
OŠETŘOVATELSTVÍ V DUŠEVNÍM ZDRAVÍ**

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.  
Česká asociace sester  
Státní zdravotní ústav

**červen 2020**

## ÚVODNÍ SLOVO

Stejně jako v minulých 14 letech se měla letos na jaře konat tradiční mezinárodní ošetrovatelská konference Vysoké školy zdravotnické, o. p. s. V letošním roce mělo být nosným tématem „Duševní zdraví v ošetrovatelství vs. Ošetrovatelství v duševním zdraví“. Při přípravách a plánování konference, která se chystá vždy minimálně s půlročním předstihem jsme netušili, jak toto téma bude aktuální a především, že by mohla vzniknout situace, kdy nebude možné konferenci uskutečnit.



V duchu citátu Marka Aurelia „*Máte vliv nad svou myslí – ne nad vnějšími událostmi*“, zrušil vyhlášený nouzový stav a mimořádná opatření reagující na masivní šíření viru COVID-19 během poměrně krátkého časového úseku nejen kompletní výuku (napříč všemi stupni školských zařízení), ale i pořádání všech hromadných akcí. Další vývoj v kontextu evropské situace následně zastavil chod běžného života téměř úplně.

Jsme hrdí na naše studenty a především absolventy, kteří v rámci svých zdravotnických zařízeních velice rychle reagovali na nově vzniklou situaci a adaptovali se na zpřísněná případně zcela nová opatření, jejichž cílem bylo zpomalení šíření epidemie, následně pandemie. Myslíme si, že to zvládli naprosto excelentně patří jim za to velké díky.

Stejně poděkování si zaslouží vítězství zdravého rozumu všech nás, kteří jsme byli schopni vzdát se svých běžných každodenních činností a aktivit a „izolovat“ se svých domovech, abychom tak zabránili masovému šíření tohoto viru.

Přestože připravený program naší 15. ošetrovatelské konference byl velice atraktivní a její zrušení nás velice mrzelo, věříme, že právě i zrušení této akce mělo svůj vyšší smysl. Věříme, že v budoucnu podobných akcí Vysoká škola zdravotnická uspořádá ještě stovky a budeme se na těšit i na Vaši účast.

doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.  
rektorka Vysoké školy zdravotnické, o. p. s.

## **OBSAH**

<b>CO MOHU UDĚLAT PRO SNÍŽENÍ ÚZKOSTI BĚHEM PANDEMIE?.....</b>	<b>4</b>
PEKARA, J.	
<b>SYNDROM VYHOŘENÍ U VŠEOBECNÝCH SESTER .....</b>	<b>11</b>
HLINOVSKÁ, J., MORAVCOVÁ, K., NĚMCOVÁ, J.	
<b>PODPORA K DUŠEVNÉMU ZDRAVIU PRI PROFESIONÁLNEJ ZÁŤAŽI SESTIER A LEKÁROV PRACUJÚCÍCH NA CHIRURGICKÝCH KLINIKÁCH/ODDELENIACH.....</b>	<b>21</b>
MAZALÁNOVÁ A., MAZALÁN P., KITOVÁ MAZALÁNOVÁ V.	
<b>KRABICOVÉ GRAFY VE STATISTICKÉ ANALÝZE.....</b>	<b>34</b>
JEXO VÁ, S.	
<b>VYCHOVÁVAT DÍTĚ ZNAMENÁ VYCHOVÁVAT SEBE .....</b>	<b>40</b>
NEJEDLÁ, M.	
<b>DUŠEVNÍ HYGIENA PSYCHOLOGA PRACUJÍCÍHO V HOSPICI .....</b>	<b>48</b>
KURUCOVÁ, L.	
<b>KOMPLEXNÍ GERIATRICKÉ HODNOCENÍ V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI.....</b>	<b>54</b>
HLINOVSKÁ, J., MORAVCOVÁ, K., MARKOVÁ, E.	
<b>MYXOIDNÍ LIPOSKARKOM S CHUDOU KLINICKOU SYMPTOMATOLOGIÍ ...</b>	<b>63</b>
BRYCHTA, M., HAMPLOVÁ, L.	
<b>NÁCHYLNOST STUDENTŮ MEDICÍNSKÝCH OBORŮ KE STRESU V KOMPARACI S MÍROU NÁCHYLNOSTI STUDENTŮ JINÝCH OBORŮ .....</b>	<b>74</b>
ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ, M.	
<b>PROBLEMATIKA SYNDRÓMU VYHORENIA V POVOLANÍ SESTRY .....</b>	<b>92</b>
POLHORSKÁ M., GREŽĎOVÁ I.	
<b>PRACOVNÝ STRES A PSYCHOSOCIÁLNE RIZIKÁ .....</b>	<b>107</b>
LAUKOVÁ, P.	
<b>DISTRES A PODPORA DUŠEVNÉHO ZDRAVIA U JEDINCOV PREŽÍVAJÚCICH S NÁDOROVÝM OCHORENÍM .....</b>	<b>119</b>
GREŽĎOVÁ, I., POLHORSKÁ, M.	
<b>MONITORING STATE OF MENTAL HEALTH OF SLOVAK TEACHERS BETWEEN 1988-2017 .....</b>	<b>131</b>
LAUKOVÁ, P.	

# CO MOHU UDĚLAT PRO SNÍŽENÍ ÚZKOSTI BĚHEM PANDEMIE?

PEKARA, J.

## Abstrakt

Dopady karantény zaznamenaly negativní psychologické účinky včetně posttraumatických stresových symptomů, úzkosti a hněvu. Stresory zahrnují delší karanténní období, obavy z infekce, frustraci, nudu, nedostatečné zásoby, nedostatečné informace, finanční ztráty a stigma. Nuda a izolace způsobí úzkost; lidé, kteří jsou v karanténě, by měli být informováni o tom, co mohou udělat pro odvrácení nudy, a měli by jim být poskytnuty praktické rady o technikách zvládnání napětí a stresu. Článek obsahuje několik efektivních tipů/doporučení, které mohou poskytnout útěchu těm z vás, kteří mohou pociťovat úzkost nebo špatnou náladu.

## Klíčová slova

Duševní zdraví. Pandemie. Úzkost. Psychohygienu.

## ÚVOD

Studie psychologického dopadu karantény zaznamenaly negativní psychologické účinky včetně posttraumatických stresových symptomů, úzkosti a hněvu. Stresory zahrnovaly delší karanténní období, obavy z infekce, frustraci, nudu, nedostatečné zásoby, nedostatečné informace, finanční ztráty a stigma (Brooks et al., 2020).

Úzkost je normální reakce na nejistotu a věci, které nám mohou ublížit. Pro mnoho z nás způsobuje koronavirus a nemoc COVID-19 velmi nejistou budoucnost. Lidé se obávají vlastního zdraví a zdraví svých blízkých, a to jak v zahraničí, tak ve své zemi. Lidé mohou mít také velké obavy ohledně školy nebo práce, financí, schopnosti účastnit se důležitých komunitních a společenských akcí a koníčků a dalších důležitých částí jejich života. Lidé, kteří již zažívají hodně úzkosti, mohou být konfrontováni s jejich zhoršením. Světová zdravotnická organizace uznala, že krize vytváří stres a doporučila lidem, aby se vyhýbali sledování, čtení nebo poslechu zpráv, které způsobují pocity úzkosti nebo strachu (WHO, 2020).

Na druhé straně krize můžeme najít několik dobrých zpráv, kdy lidé projevují empatii pro ostatní a jsou ochotni pomoci. Dobrovolnictví je jednou z věcí, jak zlepšit naše duševní zdraví a duševní zdraví druhých. Výzvy k altruismu mohou být příznivé – nejen pro naši duševní pohodu (Brooks et al., 2020).

Nuda a izolace způsobí úzkost; lidé, kteří jsou v karanténě, by měli být informováni o tom, co mohou udělat pro odvrácení nudy, a měli by jim být poskytnuty praktické rady o technikách zvládnání napětí a stresu. Zde je několik tipů/doporučení, které mohou poskytnout útěchu těm z vás, kteří mohou pociťovat úzkost nebo špatnou náladu:

## **1 VYHNĚTE SE ZPRÁVÁM TÝKAJÍCÍCH SE ZDRAVÍ**

Všichni chceme průběžně aktualizovat informace o pandemii, ale když máte úzkost kontrolovat a čtete trvale nejnovější aktualizace, může se právě tato činnost stát významným zdrojem nové/další úzkosti. Pokud nevydržíte bez zpráv, pokuste se to omezit max. na 30 minut denně. Je to tzv. doporučená denní dávka zpráv; doporučuje se nesledovat zprávy 2 hodiny před spaním, protože to může vaše myšlenky přivést na negativní představy, což se promítne ve snech) (Puleo, 2020). Pokud je Vás doma více, můžete si rozdělit, kdo co bude sledovat a např. u večere proberte všechny důležité události, nezapomeňte však na max. 30 minut.

Pokud se opravdu obáváte, že vám něco důležitého chybí, můžete vždy říct přátelům a rodině, aby vás v případě nouzové situace kontaktovali, abyste byli informováni. Studie ukazují, že sociální podpora zmírňuje účinek stresu a deprese. Čas lze tak využít komunikací v rodině (např. vždy jezte spolu všichni členové domácnosti). Společenské interakce, jako jsou schůzky Zoom, Facetime, telefonní hovory, e-maily a jiná komunikace, nás udržují nad vodou i v těžkých dobách (Xingmin, 2014). Nezapomínejme na naše starší osoby, pro které je internet jakousi „novinkou“. I v době pandemie je potřeba zkontrolovat jejich připojení, zda mají nabíječky na telefony či nabitě sim karty.

## **2 DOPŘEJTE SI TEPLOU KOUPEL**

Dopřejte si teplou koupel nejméně dvakrát týdně (prokázané snížení o 6 bodů na stupnici deprese); studie ukazují, že koupání je výhodnější než sprchování) (Naumann et al., 2017), (Goto et al., 2018).

## **3 ZÁKAZ VYHLEDÁVÁNÍ SYMPTOMŮ KORONAVIRU OD SPOLEČNOSTI GOOGLE**

Dr. Google není a nikdy nebude vaším přítelem, a to zejména ne, když trpíte zdravotními problémy. Zůstaňte ve spojení s rodinou a přáteli. Najděte raději způsoby, jak se spojit s lidmi, na kterých vám záleží (www.guardian.com, 2020).

## **4 VYZKOUŠEJTE NOVÉ TECHNIKY**

Jedná se o např. o cvičení kognitivně behaviorální terapie, které zahrnuje vytrvalé zamyšlení nad léčbou a konfrontováním s racionálním protinávrhem. Například, pokud je vaše vytrvalá myšlenka něco jako „Každý, koho miluji, zemře na tento virus“, můžete proti němu čelit faktickým tvrzením, jako je „Ve skutečnosti většina lidí, kteří dostanou Covid-19, se pravděpodobně plně uzdraví, a to za předpokladu, že máma, táta a moje malá sestra to vůbec virus nečapnou.“ Platí zásada: „Jen proto, že si něco myslíte, tak to neznamená, že to tak ve skutečnosti je.“ (www.guardian.com, 2020).

- Můžete udělat něco praktického – něco, co můžete ovládat – abyste pomohli vyjádřit obavy z úzkosti. Můžete psát deník, vymalovat, uklidit sklep, pracovat na zahradě (www.independent.co.uk, 2020).
- Vytvářejte signály pro/se sousedy – může to být zelená kniha/papír ve vašem okně (barva dle domluvy znamená např., že jste v pořádku, červená – potřebuji pomoc, žlutá – mám špatnou náladu, zavolejte mi) (<https://www.bbc.com/novinky/uk-england-birmingham-51929903>).
- Vyzkoušejte on-line výcvik (Dartmouth Path Program), který byl vyvinut pro astronauty, aby lépe zvládali osamocení na misích ve vesmíru. Testuje se také v extrémních prostředích, jako jsou výzkumné stanice v Antarktidě, ale od okamžiku, kdy vstoupil v platnost sociální distanc, byla tato služba volně zpřístupněna veřejnosti online: <https://path.dartmouth.edu/account/login.php>.



## 5 JÍDLO A SLUNCE

Najděte hudbu, která vám pomáhá zlepšit náladu a pokud jste schopni, choďte do zahrady a získejte pro sebe svou denní dávku slunečního svitu – pro dobrou náladu je potřeba získat alespoň 20 až 30 minut slunečního záření denně, i když to znamená jen sedět u okna. Významný je také vitamín D (který lze nalézt v potravinách, jako jsou mastné ryby, mléko, vejce, pomerančový džus); bylo zjištěno, že hraje klíčovou roli při zlepšování duševní pohody těch, kteří jsou ohroženi depresí (Puleo, 2020).

## 6 CVIČTE

Aerobní cvičení, včetně joggingu, cyklistiky, chůze, zahradničení a tance, může snížit úzkost a depresi. Zlepšení je přičítáno zvýšení přísunu krevního oběhu do mozku vyvolaného cvičením, které ovlivňuje osu hypothalamicko-hypofýzy-nadledvinek (HPA) a posouvá fyziologickou reaktivitu na stres. Cvičení může také pomoci duševnímu zdraví rozptýlením od negativních myšlenek, zvýšeným pocitem soběstačnosti a větší sociální interakcí (Ashish et al., 2006). Příklady můžete hledat online:

- COVID-19: domácí cvičení při izolaci (<https://www.youtube.com/watch?v=p9Dw-4ycMQQ>)
- Tipy, jak zůstat aktivní doma během COVID-19 (<https://www.youtube.com/watch?v=afnvxIM7FRM>)
- Technika dýchání 4-7-8: <https://www.youtube.com/watch?v=PmBYdfv5RSk>  
Někdy může pomoci něco tak jednoduchého, jako je sedění na podlaze nebo chůze naboso po trávě; velmi efektivní jsou procházky českým lesem, krmení zvířat či čtení knihy v přírodě nahlas.

## 7 ČTĚTE

Čtení knihy již po dobu 30 minut snižuje krevní tlak, srdeční frekvenci a pocity psychické úzkosti – stejně účinně jako jóga (Rizzolo, 2009). Pokud se chcete pobavit a uklidnit: Přečtěte si Saturnina.

### **Přídátčné tipy na internetu aneb jak přežít osamocení**

- Filmové tipy během karantény – film, který zlepšuje náladu (<https://bestlifeonline.com/best-feel-good-movies/>)
- Nejlepší podcasty pro duševního zdraví (<https://www.healthline.com/health/mental-health-podcast>)
- Pokud někdo neholduje televizi, může třeba prohlížet fotografie z dovolené nebo pohledy či číst staré dopisy
- <http://www.mindfulness-institut.cz/> nabízí ZDARMA zdravotníkům v ČR sérii cvičení [pro snížení napětí i úzkosti](#)
- [pokud hledáte zklidnění pro krátkou chvíli doporučujeme videa s mláďaty zvířat; do vyhledavače zadávejte hesla jako: animals, funny, brood.](#)



## ZDROJE

ASHISH, S., M. VISHAL, D.P. FREDERICK, 2006. Exercise for Mental Health. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*, **8**(2), p. 106. doi: 10.4088/pcc.v08n0208a

BROOKS, S.K., R.K. WEBSTER, L.E. SMITH, L. WOODLAND, S. WESSLEY, N. GREENBERG, G.J. RUBIN, 2020. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*, Mar 14;395(10227):912-920. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8. Epub 2020 Feb 26.

CANADIAN MENTAL HEALTH ASSOCIATION, 2020. Pandemic pushing your anxiety buttons? [online]. CMHA, 11-04-2020 [cit. 2020-04-12]. Dostupné z: <https://cmha.bc.ca/news/managing-anxiety-covid-19/>

COSSLET, R.C., 2020. If coronavirus scares you, read this to take control over your health anxiety [online]. The Guardian, 10-04-2020. [cit. 2020-04-12]. Dostupné z: <https://www.theguardian.com/society/2020/mar/16/coronavirus-health-anxiety>

GOTO Y., S. HAYASAKA, S. KURIHARA, Y. NAKAMURA, 2018. Physical and Mental Effects of Bathing: A Randomized Intervention Study. *Evid Based Complement Alternat Med.*, 2018: 9521086. doi: 10.1155/2018/9521086

NAUMANN J., C. SADAGHIANI, I. KRUSA, L. DENKEL, G. KIENLE, R. HUBER, 2017. Effects and Feasibility of Hyperthermic Baths for Patients with Depressive Disorder: A Randomized Controlled Clinical Pilot Trial. *BMC Complement Altern Med.*, 2017(17), p. 172. doi: <https://doi.org/10.1101/409276>

INDEPENDENT, 2020. Coronavirus tips: How to curb your anxiety about Covid-19 virus according to psychologists. 2020, online: <https://www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/coronavirus-anxiety-how-to-tackle-a9370106.html>

PUELO, M., 2020 AccuWeather Ready, Expert offers tips on caring for mental health during coronavirus pandemic [online]. AccuWeather, 2020 [cit. 2020-04-12-]. Dostupné z: <https://www.accuweather.com/en/accuweather-ready/expert-offers-tips-on-caring-for-mental-health-during-pandemic/711053>

RIZZOLO, D., G. ZIPP, S. SIMPKINS, D. STISKAL, 2009. Stress Management Strategies For Students: The Immediate Effects Of Yoga, Humor, And Reading On Stress. *Journal of College Teaching and Learning*, **6**(8), 79-88. DOI: 10.19030/tlc.v6i8.1117

XINGMIN W., C. LIN, Q. JING, P. JIAXI, 2014. Social support moderates stress effects on depression. *Int J Ment Health Syst*, **2014**(8), 41. doi: 10.1186/1752-4458-8-41.

## **KONTAKT**

**Mgr. Jaroslav Pekara, Ph.D.**

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5, Dušková 7

e-mail: [pekara@vszdrav.cz](mailto:pekara@vszdrav.cz)

# SYNDROM VYHOŘENÍ U VŠEOBECNÝCH SESTER

HLINOVSKÁ, J., MORAVCOVÁ, K., NĚMCOVÁ, J.

## Abstrakt

Syndrom vyhoření chápeme jako konečnou fázi GAS – General Adaptation Syndrom. Proces GAS představuje soubor příznaků, kterými dochází k vyrovnávání se se zátěží a předcházení syndromu vyhoření. Na všeobecnou sestru může působit vedle fyzické náročnosti práce, rizik infekce a toxických látek i psychická zátěž. Každá všeobecná sestra, která prochází procesem vyhořívání, pociťuje určité příznaky, které jsou typické pro burnout syndrom. Nadměrná zátěž zvyšuje riziko chybných výkonů a rozhodnutí, psychosomatických onemocnění a je častým důvodem, proč sestry opouštějí zdravotnictví. Nejeftektivnějším opatřením z hlediska prevence syndromu vyhoření u všeobecných sester se je dobře fungující ošetrovatelský tým.

## Klíčová slova

Syndrom vyhoření. General Adaptation Syndrom. Všeobecná sestra. Diagnostika.

## ÚVOD

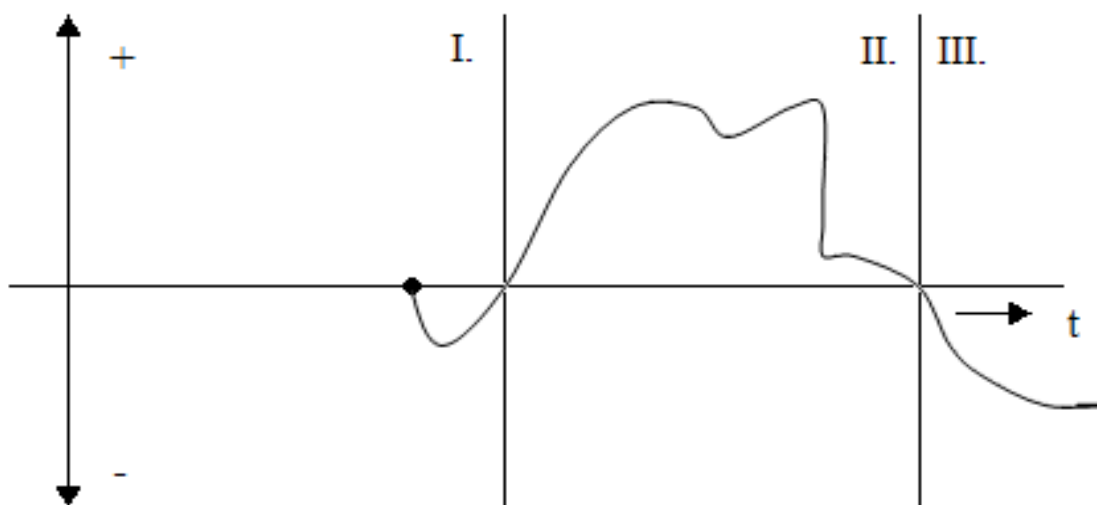
Práce ošetrovatelského personálu patří k nejtěžším a ze zdravotního hlediska k nejrizikovějším. Na všeobecnou sestru může působit vedle fyzické náročnosti práce a rizik infekce a toxických látek i psychická zátěž. Nadměrná zátěž zvyšuje riziko chybných výkonů a rozhodnutí, psychosomatických onemocnění a je častým důvodem, proč sestry opouštějí zdravotnictví. Nadměrný stres má dopad na zdraví, životní styl a produktivitu práce všeobecných sester a přenáší se do jejich rodin. V případě syndromu vyhoření jde především o psychický stav, prožitok, vyčerpání. Je tvořen řadou symptomů především v oblasti psychické, částečně v oblasti fyzické a sociální (Kebza, Šolcová, 2003, s. 7). Klíčovou složkou syndromu vyhoření je zřejmě emoční exhausce, kognitivní vyčerpání a celková únava. Syndrom vyhoření, který vzniká v důsledku špatných pracovních podmínek, se také hovoří jako o syndromu zaměstnaneckém. Jde o existenciální krizi, kterou prožívají často velmi angažovaní a pečliví zaměstnanci, kteří nejsou spokojeni s výsledky své práce a s jejím oceněním. Mezi ohrožené profese patří zdravotničtí pracovníci a v ošetrovatelském povolání jsou to sestry. Syndrom

vyhoření se vyskytuje u vysoce motivovaných lidí, s vysokými cíli a velkými očekáváními. Hořet může ten, který do své práce vložil nadšení, odhodlání, upřímné těšení se z nového zaměstnání. Práce je zpočátku brána jako zábava, plná očekávání a ideálů. Ohroženi jsou zvláště ti, kteří na sebe kladou vysoké nároky a nesplněné cíle prožívají jako porážku, jsou to osoby nadměrně zodpovědné, úzkostlivé, emocionální a s rysy perfekcionismu. Dalším klíčovým bodem, rozhodujícím o tom zda burnout syndrom vznikne či ne, jsou rizikové faktory, které vyhoření přímo či nepřímo způsobí. Lze je rozdělit na vnější a vnitřní. Mezi vnější faktory počítáme situace a prostředí, v nichž se daný jedinec nachází. Jedná se o situaci v osobním životě, jeho rodinu a příbuzné, v jaké společnosti se nachází, kde pracuje a jaké nároky jsou na něj kladeny. Vnitřní faktory tvoří různé osobnostní charakteristiky, stav organismu, především fyzický a následně i způsoby chování a reagování, které člověk používá.

## 1 SYNDROM VYHOŘENÍ

Syndrom vyhoření chápeme jako konečnou fázi GAS – General Adaptation Syndrom. Proces GAS představuje soubor příznaků, kterými dochází k vyrovnávání se se zátěží a předcházení syndromu vyhoření. Pokud adaptační mechanismy selžou, může vzniknout syndrom vyhoření. Burnout definujeme jako proces (děj), který má svůj začátek, průběh a výsledek. Celý tento proces má několik charakteristických fází, jejichž počet se u různých psychologů liší. Stadia vývoje syndromu vyhoření se pokusíme ilustrovat pomocí dvou schémat.

*Schéma 1 Průběh procesu zvaného „stres“ podle Hansy Selye (Křivohlavý, 2003, s. 60).*



Průběh procesu zvaného stres podle Hansa Selye (Křivohlavý, 2003, s. 60) dělí na:

- I. fáze: působení stresoru,
- II. fáze: zvýšená rezistence vlivem mobilizace obranných sil organismu,
- III. fáze: vyčerpání rezerv, sil a obranných možností a podnět stresoru, který zasahuje do děje ( $t = \text{čas}$ ).

Čtyřfázový model syndromu vyhoření Christiny Maslach probíhá v čase:

- fáze: idealistické nadšení a přetěžování,
- fáze: emocionální a fyzické vyčerpání,
- fáze: dehumanizace druhých lidí jako obrany před vyhořením,
- fáze: terminální stadium, stavění se proti všem a proti všemu a objevení syndromu vyhoření v celé jeho pestrosti, sesypání se a vyhoření všech zdrojů energie.

Edelwich a Brodsky dělí syndrom vyhoření na pět stádií:

- stadium: nadšení, idealismus a nereálné očekávání,
- stadium: stagnace, jedinec slevuje ze svých očekávání,
- stadium: frustrace, jedinec pochybuje o smyslu své práce, objevují se fyzické a psychické problémy,
- stadium: apatie, jedinec je trvale frustrován, pracuje tak, jak je to nezbytně nutné, vyhýbá se novým úkolům,
- stadium: intervence, objevují se opatření, vedoucí k přerušování procesu a znamenající změnu – pracovní, životní, léčbu a kontakt s psychologem.

Kebza, Šolcová (2003, s. 14) nám představují pohled izraelského psychologa Friedmana, který demonstruje vývoj a průběh vyhoření na základě rozvoje dvou oblastí kognitivní a emocionální. Oblast kognitivní je definována pocity osobní a profesionální nedostatečné výkonnosti. Předmětem rozvoje oblasti emocionální jsou pocity přetížení a emocionální exhauce.

Tyto oblasti se postupně rozvíjejí a procházejí třemi stádii:

- stadium: nebezpečí stresorů,
- stadium: primární a sekundární zkušenosti z prožitku stresu,
- stadium: reakce na tyto zkušenosti (Kebza, Šolcová, 2003, s. 14).

Burnout se vyvíjí postupně, že na počátku je velké nadšení pro práci, pocit smysluplnosti, jasné směřování k cíli a na konci je ztráta těchto ideálů, která vede k vnitřnímu rozkladu jedince se všemi negativními stránkami v rovině fyzické, psychické i sociální.

## **2 PROŽÍVÁNÍ SYNDROMU VYHOŘENÍ**

Každá všeobecná sestra, která prochází procesem vyhořívání, pociťuje určité příznaky, které jsou typické pro burnout syndrom. Symptomatologie syndromu vyhoření je velmi rozmanitá. Z hlediska přehlednosti se nám jeví uspořádání symptomů z hlediska prožívání do tří skupin, jak je uvádí.

### **Prožívání ve vztahu k sobě samému:**

Sestra prožívá beznaděj, fyzickou i psychickou únavu, pesimismus, úzkost, strach, emoční vyčerpání, stres, psychické napětí, nízké sebehodnocení, nedostatek energie, síly. Projevuje se u ní nerozhodnost při řešení problémů, nechut' k práci.

### **Prožívání ve vztahu k ostatním:**

Sestra trpí pocitem, že ji pacienti i spolupracovníci obtěžují, mění své chování vůči nim, jedná chladně, odtažitě, bez známek empatie. Upřednostňuje direktivní komunikaci bez citové angažovanosti. Postupně ztrácí zájem o problémy druhých lidí, viditelně uplatňuje pouze pasivní ošetrovatelskou péči.

### **Projevy syndromu vyhoření navenek:**

Sestra se projevuje sníženou produktivitou práce, ztrácí odvahu při prosazování a řešení úkolů. Patrná je její fyzická únava, negativní postoj ke světu, k okolí a špatné snášení kritiky. V chování všeobecné sestry převládají podrážděnost a přecitlivělost, narůstají neadekvátní reakce vůči okolí. Sestra pociťuje ztrátu energie, začíná se chovat nespolehlivě, problémem je řešení každodenních problémů nejen profesního, ale i osobního rázu.

## 2.1 PROŽÍVÁNÍ SYNDROMU VYHOŘENÍ PODLE JEDNOTLIVÝCH OBLASTÍ

Symptomy syndromu vyhoření lze definovat podle oblastí, kterých se týkají. Jedná se o oblast tělesnou, psychickou a sociální.

- V oblasti **tělesné** se setkáváme s poruchami spánku, s různými vegetativními obtížemi, rychlou unavitelností a s vysokým krevním tlakem. Předmětem stížností jsou časté, intenzivní bolesti hlavy, pocity nevolnosti, celková slabost a změny tělesné hmotnosti.
- V oblasti **psychické** pozorujeme ztrátu nadšení, absenci zodpovědnosti a snížení pracovního nasazení. Sestra zažívá pocity bezmoci, sklíčenosti a beznaděje, často reaguje bez zjevné příčiny podrážděně až agresivně.
- V oblasti **sociální** dominuje omezení rodinných i společenských kontaktů, přibývá konfliktů v rodinných i v pracovních vztazích

Na základě analýzy symptomů vyhoření si uvědomujeme, že každý autor definuje symptomy trochu odlišným způsobem. Ve své podstatě se shodujeme, že se jedná o symptomy obsahově téměř totožné, pouze jsou každým autorem jinak systematicky zpracované. Abychom tento náš názor doložili, uvádíme symptomy vyhoření tak, jak je definoval Honzák (2009):

- **Tělesné příznaky:** pocity únavy až vyčerpání, pocity chladu (zejména akrálně), dechová tíseň, bolesti hlavy, gastrointestinální obtíže, nespavost, pocity zkráceného dechu, divné pocity na kůži, nejruznější tělesné bolesti (např. bolest dolních zad).
- **Psychické a emoční příznaky:** předrážděnost na jindy neutrální podněty, plačtivost, viditelně nevyprovokované záchvaty zlosti a hněvu, objektivně patrný smutek, podrážděný tón hlasu, nekontrolované verbální projevy zlosti, podezíravost až vztahovačnost, vyhýbání se pracovním povinnostem, letargie.

K příznakům vyhoření se řadí u všeobecných sester zejména únavu, podrážděnost, poruchy koncentrace, deprese, nezáměr, poruchy spánku, bolesti v zádech a svalech. Dostavuje se často pocit deprese, rozladěnosti a projevy hněvu. Obraz syndromu vyhoření je individuální, postihuje různě rovinu tělesnou a emoční. Vyhoření vede zejména k dehumanizaci vztahů ke klientům, zhoršuje se kvalita práce s lidmi.

## 2.2 PROŽÍVÁNÍ PODLE TYPU OSOBNOSTI

Projevy vyhoření jsou podmíněné povahou konkrétní ohrožené osoby. Někteří jedinci mají tendenci uzavírat se do vlastního světa, omezovat maximálně veškeré kontakty s okolím a vyhýbat se plnění společenských rolí. Opakem jsou jedinci, kteří působí navenek agresivně a agresivním chováním uvolňují psychický přetlak v sobě samém.

Projevy mohou být různé, závisí na osobnostních rysech daného jedince a jsou do určité míry ovlivněny jeho povahovými vlastnostmi a frustrační tolerancí, u které je předpoklad, že se bude v průběhu procesu vyhoření zhoršovat (Křivohlavý, 2003, s. 28).

## 3 DIAGNOSTIKA A LÉČBA SYNDROMU VYHOŘENÍ

Identifikace syndromu vyhoření vychází z vypořádaných jednotlivých symptomů, z prožívání těchto prožitků a z výsledků speciálních psychologických metod, které slouží k diagnostice syndromu vyhoření u ohrožených lidí. Nejvíce se používají dotazníky založené na posuzovacích škálách např. MBI (Maslach Burnout Inventory) autorky C. Maslach, S. Jackson; BM (Burnout Measure) autorů A. Pines, E. Aronson a D. Kafry; Inventář projevů syndromu vyhoření autorů C. Henninga a G. Kellera aj. (Bartošíková, 2006, s. 69). Podle Mezinárodní klasifikace nemocí je syndromu vyhoření přiřazen kód ICD 10, kategorie Z 73.0 s názvem Problémy spojené s obtížemi v uspořádání života.

Z hlediska diferenciální diagnostiky je nutné odlišit syndrom vyhoření od jiných jevů, se kterými se u všeobecných sester setkáváme poměrně často a na první pohled mají společnou symptomatologii. Bartošíková (2006, s. 24) upozorňuje na odlišení syndromu vyhoření od stresu, deprese, únavy a depersonalizace. Běžný stres patří k běžnému osobnímu i pracovnímu životu, pokud je přiměřený a krátkodobý. Tento druh stresu není rizikovým faktorem syndromu vyhoření. Deprese se svými příznaky podobá syndromu vyhoření, možné odlišení lze odvodit od anamnestických zjištění. Deprese a příznaky deprese se u jedince (sestry) objevují ve všech životních situacích. U syndromu vyhoření mizí depresivní prožitky při pobytu mimo pracoviště, znamená to, že jsou vázány na pocity z práce a na události pracovní.

Obtížné se nám jeví na základě zkušeností z psychologické praxe odlišit od příznaků syndromu vyhoření únavu a chronický únavový syndrom. Únavové syndromy se svým klinickým obrazem hodně podobají příznakům vyhoření. Bartošíková (2006, s. 12) se opírá o tvrzení



Kebzy a Šolcové, že z hlediska diferenciální diagnostiky je podstatné, že u syndromu vyhoření je vykazováno méně somatických projevů. Depersonalizace se prezentuje jako negativní, necitlivé nebo přehnaně odtažitě chování sester vůči lidem, především k těm, o které je potřeba se z hlediska své profese postarat.

Jsme toho názoru, že předpokladem pro včasné vyhledání odborné pomoci ze strany klienta a stanovení správné diagnózy, závisí do značné míry na informovanosti potencionálně ohrožených sester. Dostatek informací umožní sestřám snadnější orientaci ve změnách svého chování a prožívání, a tím rychleji vyhledat odbornou pomoc a zahájit účinnou terapii. Léčba syndromu vyhoření

Léčbou syndromu vyhoření se zabývá Bartošíková (2006) a doporučuje následující opatření. V akutní fázi se účinnými opatřeními jeví pomoc a podpora lidí z nejbližšího okolí, odpočinek, kontakt se spolupracovníky, u kterých lze očekávat pochopení, povzbuzení a důvěru. Při vážném stavu, který vede k depresím nebo dokonce k sebevražedným úmyslům, je nutné vyhledat odbornou psychologickou a psychiatrickou pomoc. V komplexním pojetí terapie se osvědčuje změna pracovního režimu všeobecné sestry (ze směnného provozu na jednosměnný provoz), změna pracovního kolektivu (přeřazení na jinou ošetrovací stanici v rámci oddělení nebo přeřazení na jiné pracoviště v rámci zařízení) nebo převedení všeobecné sestry na odlišný druh práce, např. na administrativní práce.

#### **4 PREVENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ**

V souvislosti se vznikem syndromu vyhoření se setkáváme s termínem moderující faktory, které mohou do určité míry mírnit, nebo naopak posilovat, škodlivý účinek stresu na zdraví člověka.

Podle Kebzy a Šolcové (2003, s. 18) jsou vnitřními moderujícími faktory určitá odolnost, „hardiness“, která má protektivní účinek, zejména u jedinců s vysokou úrovní odolnosti a dále negativní afektivita a neuroticismus, které představují osobnostní rys, mající spíše prokázaný vliv na vznik syndromu vyhoření.

Z vnějších moderujících faktorů je největší pozornost věnována vlivu sociální opory. Pokud je sociální opora v rodině, na pracovišti a ve společnosti nedostatečná, koreluje pozitivně se vznikem burnout syndromem (Kebza, Šolcová, 2003, s. 18).

Moderující faktory záměrně uvádíme do kapitoly prevence syndromu vyhoření, neboť značně souvisí s prevencí vzniku burnout. Tím, že je dostaneme do povědomí co nejširšího okruhu sester, mohou se oni sami naučit preventivně posilovat faktory, které zabraňují enormní stresové zátěži a potlačovat ty faktory, které evokují vznik nadměrné psychické zátěže.

Kebza, Šolcová (2003, s. 18-19) prezentují názor, se kterým se bez výhrad ztotožňujeme, že je daleko snazší a účelnější negativním účinkům stresu účinně předcházet, než je odstraňovat. K tomuto účelu slouží různé terapeutické a preventivní strategie, které se opírají o psychoterapeutické zdroje. Jedním z hlavních zdrojů, zejména v amerických podmínkách, je existenciální psychologie, jejímž obsahem je oblast vnitřních prožitků, vyrovnávání se s lidskou existencí, nacházení smyslu života, svobody a odpovědnosti člověka.

Křivohlavý (2003, s. 57) odpovídá na otázku kudy vede cesta ke smysluplnému životu kroky, které definoval A. Laengle. Neuzavírat se do sebe, ale otevřít se životu. Otevřít oči, uši a srdce a vidět, co se kolem nás děje. Vnímat výzvy, které k nám doléhají. Tyto výzvy interpretovat, na základě vlastních možností učinit rozhodnutí a rozhodnutí zrealizovat.

V evropských podmínkách existují dvě psychoterapeutické školy, které mají význam v prevenci i léčbě syndromu vyhoření. První škola uplatňuje své psychoterapeutické postupy na základě daseinsanalýzy (zakladatelem je Medard Boss), která pomáhá nalézt jedinci cestu k pochopení vlastní existence s cílem „být sám sebou“. Druhá psychoterapeutická škola uplatňuje logoterapii, pomocí které se snaží jedinec najít smysl života v souladu se svým osobním životem a osobností. Veškeré úsilí je nasměřováno na objevování a naplňování životních hodnot. V prevenci a léčbě syndromu vyhoření se úspěšně uplatňují postupy vycházející z behaviorální nebo kognitivně-behaviorální terapie.

#### **4.1 VÝZNAM ZPĚTNÉ VAZBY**

Myslíme si, že mezi preventivními opatřeními zaujímá významné místo zpětná vazba u všech členů ošetrovatelského týmu. Na základě zpětné vazby můžeme oboustranně korigovat, podporovat a rozvíjet naše snažení.

Křivohlavý (2003) definuje zpětnou vazbu jako potřebu sociálního zrcadla. Předpokládáme, že pokud je zpětná vazba potřebou, měla by být okolím uspokojována. Shodneme se na názoru, že zpětná vazba představuje zhodnocení práce sestry neutrální osobou.

## ZÁVĚR

V rámci preventivních opatření vyhoření doporučujeme vedoucím pracovníkům investovat úsilí do péče o psychiku sester. Potvrzujeme, že ošetrovatelské týmy úzce spolupracují s psychology a aktivně vyhledávají jejich pomoc z důvodu prevence vyhoření. Při psychoterapii nacházejí uplatnění různé psychologické metody. V praxi se u ošetrovatelských týmů s úspěchem využívají Bálintovské skupiny, jejichž cílem je pomoci sestřám orientovat se ve vztahu sestra – pacient, a ve svém důsledku zkvalitnit tento vztah s ohledem na změněné chování nemocných lidí. Neméně důležitým protektivním faktorem je z pozice vedoucího pracovníka investice do pracovní motivace všeobecných sester. Kilíková, Jakušová (2008, s. 134) zmiňují význam pracovní motivace a přiklání se k názoru, že finanční odměna nemusí být vždy dominantním motivačním faktorem. V ošetrovatelství lze mimo jiné uplatňovat udělení prestižního titulu sestřám nebo jejich funkční zařazení. Nejefektivnějším opatřením z hlediska prevence syndromu vyhoření u všeobecných sester se jeví i na základě našich zkušeností dobře fungující ošetrovatelský tým. Členové takového týmu mají tendenci sdílet společný cíl a pracují spolehlivě se smyslem pro závazky. Vzájemné vztahy jsou založené na důvěře a respektu, v týmu je uplatňována otevřená komunikace. Každý člen týmu je přínosem pro tým jako celek. Členové týmu mají jasně stanovené pravomoci a zodpovědnost, při výkonu práce respektují své kompetence. Tým má mít vedení s přirozenou autoritou.

## ZDROJE

BARTOŠÍKOVÁ, I., 2006. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 86 s. ISBN 80-7013-439-9.

HONZÁK, R., 2009. Prevence burn-out syndromu. In *Preventivní medicína*. Praha: Maxdorf Jessenius. ISBN 978-80-7345-160-8, s. 497-504.

KEBZA, V. a I. ŠOLCOVÁ, 2003. *Syndrom vyhoření: Informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje*. 2. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav. 26 s. ISBN 80-7071-231-7.

KILÍKOVÁ, M. a V. JAKUŠOVÁ, 2008. *Teória a prax manažmentu v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta. 148 s. ISBN 978-80-8063-290-8.

KŘIVOHLAVÝ, J., 2003. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 279 s. ISBN 80-7178-774-4.

ŠPATENKOVÁ, N., 2006. *Jak řeší krizi moderní žena*. Praha: Grada. 156 s. ISBN 80-247-1202-4.

## KONTAKT

### **PhDr. Jana Hlinovská, PhD.**

Vysoká škola zdravotnická o.p.s., Praha 5, Duškova 7  
e-mail: [hlinovka@vszdrav.cz](mailto:hlinovka@vszdrav.cz)

### **PhDr. Karolína Moravcová, PhD.**

Vysoká škola zdravotnická o.p.s., Praha 5, Duškova 7  
e-mail: [moravcova@vszdrav.cz](mailto:moravcova@vszdrav.cz)

### **doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.**

Vysoká škola zdravotnická o.p.s., Praha 5, Duškova 7  
e-mail: [moravcova@vszdrav.cz](mailto:moravcova@vszdrav.cz)

# PODPORA K DUŠEVNÉMU ZDRAVIU PRI PROFESIONÁLNEJ ZÁŤAŽI SESTIER A LEKÁROV PRACUJÚCÍCH NA CHIRURGICKÝCH KLINIKÁCH/ODDELENIACH

MAZALÁNOVÁ A., MAZALÁN P., KITOVÁ MAZALÁNOVÁ V.

## Abstrakt

Profesionálnu záťaž sestier a lekárov na oddeleniach možno charakterizovať ako záťaž pri výkone práce, ide predovšetkým o fyzickú a psychickú záťaž. V tomto kontexte je dôležitým oboznámenie sa samotným pojmom duševná hygiena. Pod pojmom duševná hygiena sa skrýva „systém vedecky prepracovaných pravidiel a rád slúžiacich k udržaniu, prehĺbeniu alebo znovuzískaniu duševného zdravia a duševnej rovnováhy“ (Míček, 1984, s. 9). Křivohlavý a Pečenková (2004) zastávajú názor „aby mohla sestra a lekár, dobre vykonávať svoju prácu a byť sociálnou oporou, im samotným musí byť dobre“. Toto sa dá zaistiť pravidelnou duševnou hygienou v podobe starostlivosti o svoju dušu, telo a myšlienkovú výbavu, ďalej hodnotami ako mať a prečo žiť, vedieť si odpustiť, radovať sa z „darov života,“ zdieľaním s priateľmi apod.

## Kľúčové slová:

Fyzická záťaž. Lekár. Ošetrovatelstvo. Psychická záťaž. Psychohygiena. Sestra.

## ÚVOD

Zdravotnícke povolanie je jedna z najnáročnejších profesií vôbec. Málokdo si vie predstaviť zodpovednosť súvisiacu s poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti a s činnosťami s nimi spojené. Toto povolanie je náročné nielen po fyzickej stránke, ale predovšetkým po psychickej stránke. Na svojom pracovisku sa zdravotnícky pracovník stretáva nielen s pozitívnymi situáciami, ako je napríklad uzdravenie ťažko chorého, ale i s mnohými negatívnymi situáciami, ktoré sa môžu vyskytovať v priebehu služby. Medzi tieto situácie môžeme zaradiť napríklad

nadmerný stres pri koordinácii v poskytovaní starostlivosti, konflikty ktoré sa môžu vyskytovať vo vnútri zdravotníckeho tímu a mnoho ďalších. Myslíme si, že povolanie sestier a lekárov je poslaním, lebo táto profesia si vyžaduje rýchle rozhodovanie a reagovanie na aktuálny stav pacienta. S tým súvisia aj zvýšené nároky na vzdelanie, ktoré prešlo mnohými zmenami. Dôležité je, nadobudnutie zručnosti, vedomosti a informačných technológií v administratívnej či sociálnej oblasti (Bartošíková, 2006; Hosáková, 2007; Schmidt, Diestel, 2012). Ďalej musia disponovať s určitými osobnostnými predpokladmi k výkonu tejto profesie ako je napríklad empatia, asertivita, verbálne a neverbálne komunikačné schopnosti, ktoré sú prednosťami každého zdravotníckeho pracovníka. Tieto kladené požiadavky moderného ošetrovateľstva by nemali ovplyvniť ľudskú stránku sestry, lekára, ktorá je súčasťou pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti. Ide o profesiu, ktorá je veľmi vyčerpávajúca je preto dôležité, aby každá sestra, lekár sa starali o seba predovšetkým o svoju duševnú rovnováhu. Ak zdravotníckí pracovníci budú dbať na správnu psychohygienu, ktorá spočíva napríklad v upevnení interpersonálnych vzťahoch na svojom pracovisku a mimo nich, pri využívaní vhodných relaxačných techník, dodržiavaní zdravého životného štýlu a mnoho ďalších. Tým sa budú viac minimalizovať dané stresory, ktoré se vyskytujú v priebehu pracovného vyťaženia. Na základe týchto doporučených metód, bude každý zdravotnícky pracovník pripravený riešiť záťažové situácie. Zo skúseností na chirurgických oddeleniach kde je práca často flexibilná a nárazová, a pri aktuálnych a individuálnych potrebách pacienta si sestry a lekáry musia svoju prácu vedieť koordinovať, t. j. musia sa vyrovnávať so záťažovou situáciou. Práca sestry starajúca sa o chirurgických pacientov je v porovnaní s inými oddeleniami špecifická aj z toho pohľadu, že na chirurgických oddeleniach nie sú len pacienti stredného veku, ale sú aj geriatrickí pacienti a dlhodobo chorí pacienti, kde sa nepredpokladá úplné vyliečenie ich základného ochorenia. Liečebný úspech predstavuje relatívne skvalitnenie ich života a udržanie sebestačnosti. Sestry majúce vzťah k týmto pacientom sú svedkami ich fyzickej bolesti a utrpenia a tento vzťah často končí úmrtím. Aj keď si sestry tieto skutočnosti vopred uvedomujú, napriek tomu sa môže dostaviť pocit osobného zlyhania, vyčerpanosti z práce či emocionálneho vypätia (Eith, Stummer, Schusterschitz, 2010).

## **1 CHIRURGICKÝ ODBOR**

Chirurgia patrí medzi medicínske odbory. Zaoberá sa predovšetkým prevenciou, diagnostikou, a operačnou liečbou. Chirurgická liečba sa delí na dva odbory, a to všeobecný a špecializovaný.

Základným prvkom tejto práce je tímová spolupráca, ktorá čerpá poznatky aj z iných odborov. Pre špecifickú starostlivosť sú zriadené chirurgické centrá, v ktorých prebiehajú komplikované a finančne nákladné operácie, ktoré si vyžadujú dostatečné materiálne a technické vybavenie. Ide predovšetkým o kardiochirurgické odbory, popáleninové, transplantačné centrá a podobne. Všeobecné chirurgické pracovisko stanovuje diagnózu ochorenia a liečbu v akutných a chronických stavoch (Juřeniková, et al. 1999).

## **1.1 ŠPECIFIKA PRÁCE SESTRY A LEKÁRA NA CHIRURGII**

Predpokladom úspešnej práce sestry a lekára na chirurgických oddeleniach je kontinuálna pohotovosť pre zvládnutie aktuálnych potrieb pacienta v súvislosti so zaistením operačného výkonu, pooperačná starostlivosť a rekonvalescencia. Preto na chirurgických klinikách pracuje viac úrovňový zdravotnícky personál. Tento ošetrovateľský tím je zložený zo sestier, ktoré majú špecializáciu preväzových sestier, stomických sestier, dietoterapeutov, fyzioterapeutov a sociálnych pracovníkov, ošetrovateľiek a ostatných pomocných pracovníkov. Sestry špecialistky pracujú na operačných úsekoch ako inštrumentárky, sestry špecialistky určené k anestézii a intenzívnej starostlivosti sa starajú o chorých po operácii (Juřeniková, et al. 1999). Cieľom tohoto ošetrovateľského tímu je, čo v najkratšom časovom úseku vrátiť chorému zdravie a zvýšiť sebestačnosť do maximálnej možnej miery, tak aby opäť pacient mohol plne fungovať v domácom prostredí. Predpokladom úspešného zdravotníckeho tímu je dobrá spolupráca jednotlivých činností zdravotníkov (Staňková, 1996).

## **1.2 NÁPLŇ PRÁCE SESTRY A LEKÁRA NA CHIRURGII**

Pre zaistenie kontinuálnej prevádzky na jednotlivých oddeleniach je zabezpečená odborná starostlivosť a je nevyhnutné dobre organizovať ošetrovateľský tím. Preto nové trendy ošetrovateľskej starostlivosti od sestier a lekárov očakávajú to, že budú kvalitnými odborníkmi v oblasti zdravotníckej profesie. K povinnostiam každej sestry a lekára patrí osвета, ktorá by mala viesť k podpore zdravia nielen jedinca, ale i celej spoločnosti. Sestra sa postupne stáva verejným poskytovateľom ošetrovateľskej starostlivosti. (Staňková, 2002).

### **Činnosti sestry môžeme rozdeliť z hľadiska ich obsahu do skupín:**

- Základná ošetrovateľská starostlivosť je zameraná na činnosti, ktoré spočívajú vo vyhľadávaní problémových oblastí a uspokojovaní bio-psycho-sociálnych potrieb

jedinca, ktoré môžu vzniknúť nielen vplyvom choroby, ale i pozmeneného zdravotného stavu, kde jedinec nebude schopný tieto potreby zabezpečiť.

- Diagnosticko-terapeutická činnosť súvisí so zaistením pacienta, u ktorého je potrebné zabezpečiť prípravu k danému vyšetreniu, ktoré sa týkajú liečenia a monitorovania stavu chorého. (Staňková, 2002).
- Psychosociálna činnosť je dôležitým pilierom pre zaistenie dobrej spolupráce ako s pacientom tak i s rodinnými príslušníkmi, ktorí sa spolupodieľajú na realizácii a na tvorbe ošetrovateľského procesu, ktorý je nevyhnutný pre dosiahnutie optimálnej pohody. Do tejto oblasti je vhodné zhrnúť komunikačné schopnosti, ktoré sú potrebné pri výkone práce, poskytovanie informácií a edukačnej činnosti v jednotlivých oblastiach (Lauková 2017). Ako výstižne poznamenáva Bartošíková (2006) len málo profesií za posledné desaťročia prešlo takými zmenami ako profesia sestry. V minulosti mala sestra niekoľko základných povinností (fyzická starostlivosť voči pacientom), dnes sa k nim postupne pridávajú mnohé ďalšie, navyšujú sa kompetencie sestry. Nesnažíme sa posúdiť správnosť, alebo nesprávnosť takéhoto vývinu, ide len o konštatovanie, že sestra má v novom kontexte viac zodpovednosti, musí si prehĺbovať vedomosti z oblasti sociálnej, psychologickkej, komunikačnej a inej.
- K realizácii ošetrovateľského procesu sú potrebné i administratívne práce preto je potrebné aby každá sestra si zaznamenala dôležité informácie o jednotlivých pacientoch. Tato práca by nemala odvádzať sestru od základného ošetrovania chorého.
- Prípravné a dokončovacie práce sú spojené s činnosťami, ktoré sú nevyhnutné pri koordinácii ošetrovateľskej starostlivosti. Ide o doplnenie materiálu a dekontamináciu pomôcok na danom pracovisku (Staňková, 2002).

### **1.3 ORGANIZÁCIA PRÁCE SESTRY NA OŠETROVACEJ JEDNOTKE**

Pre správnu organizáciu ošetrovateľského tímu je potrebné, aby mal každý zdravotnícky pracovník presne vytyčené úlohy svojej práce. Organizačná štruktúra sa môže líšiť na každej ošetrovacej jednotke (Staňková, 1996).

#### **Najčastejší organizačný systém ošetrovateľskej starostlivosti:**

- Systém skupinovej starostlivosti spočívajú v tom, že dané pracovisko je rozdelené na niekoľko častí, kde sestra zabezpečuje a koordinuje starostlivosť u pridelených pacientov, za ktorých je zodpovedná počas svojej služby. Je dobré keď se o skupinu



pacientov stará jedna sestra dlhší časový úsek, lebo sa medzi nimi utvoria pevné interpersonálne väzby.

- Systém primárných sestier spočíva v tom, že po prijatí do nemocničného zariadenia je pacientovi pridelená primárna sestra, ktorá sa stará po celú dobu hospitalizácie o pacienta. Jej hlavnou úlohou je vypracovať a neustále doplňovať plán ošetrovateľskej starostlivosti, informovať pacienta o príprave na vyšetrenia a úzko spolupracovať s rodinnými príslušníkmi.

## **2 PROFESIONÁLNA ZÁŤAŽ SESTIER**

Všeobecne možno konštatovať, že stres sa spúšťa najmä v situáciách keď sa človek stretne s udalosťou, ktorú vníma ako ohrozenie svojho fyzického alebo duševného blaha (Atkinson et al, 2003). Křivohlavý (1994, s. 9) chápe stres ako „vnútorný stav človeka, ktorý je buď priamo niečím ohrozovaný, alebo také ohrozenie očakáva a pritom sa domnieva, že jeho obrana proti nepriaznivým vplyvom nie je dostatočne silná.“ Veľmi príbuznému pojmu záťaž sa obyčajne prisudzuje menej intenzívne ohrozenie, avšak hranica medzi oboma pojmami doteraz nie je jasne vymedzená. Kebza (1997) uvádza, že záťažou sa rozumejú také požiadavky vnútorného a vonkajšieho prostredia, s ktorými sa človek dokáže vyrovnáť a ktorým je schopný vyhovieť. Pričom stres potom predstavuje takú úroveň požiadaviek s ktorými sa človek momentálne nevie práve vyrovnáť a ani pozitívne na ne reagovať.

Práca v zdravotníctve je spojená s vyšou mierou psychického a fyzického vypätia, ako je to v iných profesiách. Sestra vo svojej práci musí neustále využívať pamäťové procesy, ktoré sú spojené s opakovanou potrebou pružného a logického myslenia, ktoré zdravotnícky pracovník uplatní pri koordinácii v ošetrovateľskej starostlivosti. Z uvedených informácií vyplýva, že práca v zdravotníctve je spojená s vyššou mierou profesionálnej záťaže, preto hrozí vysoké riziko chybných výkonov, rozhodnutí a pracovných úrazov. Zvýšená miera tejto záťaže zhoršuje celkový zdravotný stav a produktivitu práce sestier, ktoré môžu viesť k odchodu z daného pracoviska. Vzhľadom k rôznorodej záťaži sestier sa dopady na zdravie sestry posudzuje problematcky, pretože niektoré riziká v zdravotníctve pôsobia dlhodobo a skryte.

## **2.1 RIZIKOVÉ FAKTORY ZÁŤAŽE V PROFESII SESTRY**

Záťaž v práci sestry môže byť ponímaná z rôznych pohľadov. Jedno z členení je rozdelenie týchto záťažových faktorov na 1.) fyzické, chemické a fyzikálne, a na 2.) psychické, emocionálne a sociálne (Bartošíková, 2006). Prvé zahrňuje predovšetkým: statické a dynamické zaťaženie (napr. státie, asistencia pri lôžku pacienta, vybavovanie, prechody v prevádzke), zaťaženie chrbtice, kĺbové a svalového systému (napr. polohovanie, zdvíhanie pacientov), kontakt s nepríjemnými veličinami (napr. zvratky, exkrementy, otvorené rany, zápach apod.), narušenie cirkadiálneho biorytmu, riziko infekcie, nedostatok času na pravidelný príjem potravy a tekutín, kontakt s chemickými škodlivinami (napr. cytostatiká, dezinfekčné prostriedky, alergény), hluk, radiačné žiarenie. Pod psychicko-emocionálno-sociálnymi stresormi si môžeme predstaviť: potreba pružne reagovať na rôznorodé požiadavky a zmeny, byť v neustálom strehu a starostlivo sledovať situáciu, nutnosť rýchlych rozhodnutí aj pri nedostatku informácii, nároky na pamäť, pôsobenie bolesti druhým ľuďom, pristupovanie k intímite druhého človeka a prekročovanie týchto hraníc (aplikácia klyzmy, cievkovanie, zavádzanie sond), komunikácia s pacientom a jeho príbuznými, opakované stretávanie sa s ľuďmi v ťažkom životnom rozporení či emocionálnom stave, nároky na nepretržité vzdelávanie a dopĺňovanie si vedomostí, atď. (Bartošíková, 2006; Hosáková, 2007; Gučková, 2007; Blažková, Krátká, Kramaříková, 2011; Vévoda et al, 2013). Doktor Nešpor, ktorý sa dlhodobejšie zaoberá touto problematikou uvádza aj iné príčiny, ktoré neboli uvedené vyššie: trojsmenná prevádzka z ktorej plynie dlhodobá spánková deprivácia, nároky vyplývajúce z tímovej spolupráce, požiadavky na sestru, od ktorej sa požaduje mnoho vecí v krátkom časovom úseku, starostlivosť o umierajúcich, pracovné preťaženie, nevhodné správanie nadriadených a tiež nevhodné správanie pacientov, ktorí si k sestre dovoľia to, čo by si k lekárovi nedovolili. Dokonca sa môžu objavovať pocity bezmocnosti a pocity zlyhania v profesii (aj keď môže ísť o domnelé zlyhanie), ktoré zasahujú do vlastného sebahodnotenia (Nešpor, 1995).

## **2.2 FYZICKÁ ZÁŤAŽ**

Súčasťou ochrany zdravia zamestnancov sú faktory, ktoré súvisia s vybavenosťou a výkonnou kapacitou človeka, tým je myslená telesná stavba, rozmery tela, rozsah pohybov končatin, svalová sila, telesná zdatnosť a to všetko je v závislosti k veku a pohlaviu pracovníkov. Cieľom posudenia tohoto faktoru je stanoviť si či fyzická záťaž a námaha pri vykonávaní činnosti

nepresahuje fyziologické možnosti zamestnanca a tiež nemôže dôjsť k poškodeniu zdravia. Negatívny vplyv pôsobenia fyzického zaťaženia na zdravie zamestnancov môže mať rôzne prejavy napríklad zvýšený počet pracovných úrazov, ochorenie chrbtice v dôsledku jednostranného zaťažovania a preťažovania môže dôjsť aj k ochoreniu svalov, kĺbov, šliach a ich úponov. Tieto faktory môžu významne ovplyvniť výkonnosť zamestnancov a kvalitu ich odvedenej práce (Tuček a kol., 2005). Neprimerané fyzické zaťaženie vzniká z dôvodu ako je neúmeraná hmotnosť bremien s ktorými zamestnanci ručne manipulujú, jednostranné preťažovanie tých istých svalových skupín trupu či končatín, nevhodné a nekomfortné pracovné polohy poprípade vynaloženie veľkej svalovej sily. Ako prevencia ochorenia, či preťaženie pohybového aparátu je vhodné striedať pracovné polohy, vyvarovať sa preťaženiu a rôzne zapojovať svalové skupiny. Svalová práca sa z fyziologického pohľadu podľa Tučka a kol. (2005) delí na dynamickú a statickú. Dynamická sa sústreďuje na striedavé zapájania napätia a uvoľnenie svalových skupín, statická svalová práca je zameraná na kontrakciu svalov, pri ktorom sa zvyšuje napätie svalov a dochádza k následnému preťaženiu. Škubová (2012) popisuje nutnosť používania ochranných odevov. V tomto prípade sa jedná o pohodlný odev a hlavne obuv, ktorá je rovnako dôležitá ako používanie ochranných rukavíc či rúšok. Rovnako ako odev, poskytuje obuv zamestnateľ podľa pracovných podmienok a daného predpisu. Na niektorých pracoviskách je nutné používať obuv, a najmä u zdravotníckeho personálu je kladený dôraz na úpravu podošvy, ktorá by mala minimalizovať riziko pádu a vo väčšine prípadov pridelená obuv musí, mať antistatickú úpravu. Obuv by mala byť vyrobená z kvalitného materiálu, zaistiť komfort personálu a príjemný vzhľad.

Podľa Karbusové, Vašákové (2009) sú sestry vystavené neprimeranej fyzickej záťaži. Sestry v rámci ošetrovateľskej starostlivosti v pracovnej dobe musia často s pacientom pohybovať, a to prekladať alebo zdvíhať pacienta, tým sa sestram zvyšuje riziko poškodenia chrbtice. Ohrozený môže byť zdravotníckí personál, nielen sestry, ktoré nepoživajú ochranné pracovné prostriedky a technické pomôcky. Pre správne a zdravie neohrožujúcu manipuláciu s pacientami by sestry mali používať vhodnú techniku využívania silových svalov pri manipulácii s pacientom, rovnomerne si rozložiť váhu pacienta. Ideálnym riešením je v každej situácii využiť technické pomôcky, ktoré chránia zdravie zdravotníckemu personálu.

## 2.3 PSYCHICKÁ ZÁŤAŽ

Psychickú záťaž Tuček a kol. (2005, str. 210) definuje ako „proces psychického spracovania a vyrovnania sa s požiadavkami a vplyvmi životného a pracovného prostredia.“ Psychická záťaž ma negatívny vplyv na organizmus, a to niekoľko faktorov pôsobiacich spolu. Jedná sa o zodpovednosť, preťaženie, časový tlak na povinnosť k pacientom, náročnosť na vykonávanie práce, vysoká zodpovednosť, smena vrátane nočných služieb a v neposlednom rade interpersonálne vzťahy na pracovisku. Psychická záťaž ktorá má dlhodobé trvanie, môže mať negatívny vplyv na organizmus a napokon vyústiť v poruchu zdravia prejavujúcu sa psychosomatickým ochorením. Typické ochorenie tohoto vplyvu sú dermatologické, kardiovaskulárne, neurologické, dýchacie či ochorenie pohlavného charakteru. Povolanie sestry je veľmi náročné. Sestru mimo odborných činností ovplyvňuje i psychické prežívanie ochorenia pacienta a ich rodín, dokáže sa vyrovať so psychickou a fyzickou náročnosťou jej zamestnania. Preto musí spĺňať určité predpoklady pre výkon tohto povolania, medzi najdôležitejšie patrí sociálna zrelosť osobnosti, empatia, maximálna tolerancia, prispôsobivosť a zodpovednosť a v neposlednom rade ovládať etické a humánne myslenie (Čechová, 2007). Na zdravotnícky personál pôsobí množstvo stresorov, ktoré vyvolajú stres v organizmu. Medzi najčastejšie stresory môžeme zaradiť prácu s chorými a emočne nevyrovnanými ľuďmi, ďalej vysoká miera zodpovednosti, nedostatok odpočinku, smeny v práci a rýchly životný štýl. Stres je odpoveď ľudského organizmu na neúmernu záťaž, ktorá sa prejavuje psychickým vyčerpaním. Tento stav ovplyvňuje naše správanie, predovšetkým profesionálnu výkonnosť, názory, postoje, poznávacie funkcie, motiváciu i prežívanie emocií. Dôsledky nadmernej hladiny stresu sa prejavujú v jednotlivých oblastiach. Začínajú sa objavovať duševné a telesné problémy, skryté alebo viditeľné napätie v rodinnom živote a tým sa v pracovnej oblasti začínajú problémy s tímovou pracou, ďalej začína strata výkonnosti, apatia neskôr až zanedbávanie povinností. Následkom kumulácie tohoto stavu dochádza k rozvoju syndromu vyhorenia. Zdravotnícky personál môže väčšinou sám seba chrániť pred psychickou záťažou a následným syndromom vyhorenia dodržiavaním rôznych pravidiel a realizovaním duševnej hygieny, ktorá sa zaoberá podporou a rozvojom psychického zdravia pomocou vhodnej životosprávy, psychickej a fyzickej pohody, pohybových aktivít, informovanosti v oblasti zdravotnej výchovy, dostatku denného odpočinku a relaxačných cvičení (Křivohlavý, 2010).

### **3 KONTINUÁLNA POTREBA KOMUNIKÁCIE S PACIENTOM**

Sestra využíva komunikáciu ako súčasť profesionálneho vybavenia. Komunikačné schopnosti zaisťujú prvotnú náväznosť kontaktu s pacientom. Komunikačné schopnosti v priebehu svojho života môžeme rozvíjať. Komunikácia s pacientom musí byť vždy zretelná a adekvátne prispôsobená veku, vzdelaniu a etnickej skupine atd. (Venglářová, Mahrová, 2006).

#### **3.1 TERAPEUTICKÁ KOMUNIKÁCIA**

Terapeutickú komunikáciu je novodobý pojem. V nemocniciach sa samozrejme komunikácia používa, ale až v posledných rokoch je snaha komunikáciou čo najviac pomáhať, a to z hľadiska psychického. Komunikácia „znamená vedome, zámerne a účelove použitie verbálnych a neverbálnych komunikačných vedomostí v priebehu interakcie medzi sestrou a pacientom. Cieľom je zhodnotenie problému, emocionálnych prejavov a zistenie pacientových obav a starostí.“ (O' Connor, Aranda, 2005, s. 30). Možnosť použitia je priamo úmerná vzdelaniu sestier a osvojenia si komunikačných zručností. Negatívne emócie ako je strach a úzkosť sú často zosilnené v neznámom prostredí, akým nemocnica práve je. V týchto prípadoch je dôležitá náväznosť, nielen profesionálny vzťah sestra – pacient, ale i vzťah ľudský so zájmom o konkrétnu osobnosť človeka a jeho aktuálne problémy. Pomocou terapeutickú komunikácie je možné výrazne ovplyvniť psychický stav pacienta. (Vybíral, 2005, s. 260, 261, 263). Rola sestry v terapeutickú komunikácii je zásadná. Komunikácia sa odohráva pri každej činnosti u pacienta. Ako pri poskytovaní odbornej starostlivosti, alebo pri obslužných činnostiach. Pacientovi je sestra blízka, pretože s ním trávi viac času, z návštev pozná jeho rodinu a priateľov. A práve pri terapeutickú komunikácii je zasvetená do intimných problémov jeho života. Pri pobyte v nemocnici sa stáva jeho veľkou podporou a človekom, ktorému môže dôverovať (Linhartová, 2007, s. 129).

### **ZÁVER**

S určitou záťažou je spojená každá pracovná činnosť. Náš postoj k záťažovým situáciám je prvoradý a ak máme dobré mentálne, sociálne a materiálne vybavenie, lepšie sa nám s ním bojuje. Profesia sestry je všeobecne považovaná za jednu z psychicky najnáročnejších. V prípade, že je miera stresu príliš veľká alebo prostriedky k jej zvládaniu nedostatočné, hrozí

riziko vzniku psychologických morbidít alebo zdravotných ťažkostí na psychosomatickom podklade. V záujme dosiahnutia a zachovania vysokej kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti je teda nutné aby sa sestry a lekáry vhodnými spôsobmi starali súčasne aj o svoje vlastné zdravie. Do istej miery sú tieto mechanizmy prirodzenou výbavou človeka, avšak do veľkej miery schopnosť zvládať záťaž záleží na predchádzajúcich skúsenostiach.

## ZDROJE

ATKINSON, Rita L. et al., 2003. *Psychologie*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Portál. 751 s. ISBN 80-7178-640-3. 4.

BARTOŠÍKOVÁ, I. 2006. *O syndromu vyhoření – pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 86 s. ISBN 80-7013-439-9.

BLAŽKOVÁ, M., A. KRÁTKÁ, L. KRAMAŘÍKOVÁ, 2011. Zátěžové faktory a prevence syndromu vyhoření u sester na odděleních intenzivní péče. In: *Sborník, Jihlavské zdravotnické dny 2011*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava. 747 s. ISBN 978-80-87035-37-5. 9.

ČECHOVÁ, V., et al. 1997. *Speciální psychologie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 174 s. ISBN 978-80-7013-243-4.

EITH, T., H. STUMMER, and C. SCHUSTERSCHITZ, 2010. Career success perception and work-related behaviour of employees in geriatric care – a pilot study in a German geriatric care facility. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, **25**, 45-52, ISSN 1471-6712.

HOSÁKOVÁ, J. 2007. Stres v práci sestry. In: ARCHAULUSOVÁ, Alexandra. Cesta k profesionálnímu ošetrovatelství II. *Sborník příspěvku II. Slezské vědecké konference ošetrovatelství s mezinárodní účastí konané dne 10.května 2007*. Opava: Slezská univerzita. 170 s. ISBN 978-80-7248-413-3.

JUŘENÍKOVÁ, P., et al. 1999. *Ošetrovatelství – učební text pro střední zdravotnické školy*. 2. vyd. Uherké Hradiště: Středisko služeb školám Uherského Hradiště. 236 s. ISBN neuvedeno.

GUČKOVÁ, M. 2007. Fyzická zátěž sester. *Sestra*, **17**(6), 21. ISSN 1210-0404.

KARABUSOVÁ, S. a L. VAŠÁKOVÁ, 2009. Bezpečnost pacientů a zdravotnického personálu na traumatologickém oddělení. *Sestra*, **19**(2), 52-53. ISSN 1210-0404.

KEBZA, V. 1997. *Zvládání stresu*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav. 30 s. Národní program zdraví 1997. Poradny zdravého životního stylu. ISBN 80-7071-042X-62.

KŘIVOHLAVÝ, J. 1994. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada Avicem. 192 s. ISBN 80-7169-121-6.

KŘIVOHLAVÝ, J. 2010. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. 1. vyd. Praha: Grada. 119 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3149-0.

KŘIVOHLAVÝ, J a J. PEČENKOVÁ, 2004. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada. 78 s. Sestra. ISBN 80-247-0784-5.

LAUKOVÁ, P., 2017. Komunikačné zručnosti v profesionálnej komunikácii zdravotníckych pracovníkov determinované vzdelávaním = The communication skills of professional communication of medical staff determined by education In: *Europske pedagogické fórum 2017: koncepcie vzdelávani a psychologie*, roč. 7 [elektronický zdroj]. - Hradec Králové: Magnanimitas, 2017. - S. 8-17 [CD-ROM]. –ISBN 978-80-87952-21-4 [Evropské pedagogické fórum 2017: koncepcie vzdelávani a psychologie: medzinárodná vedecká konferencia. Hradec Králové, 27.-29.11.2017]

LINHARTOVÁ, V., 2006. *Praktická komunikace v medicíně (pro mediky, lékaře a ošetrující personál)*. Praha: Grada. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.

MÍČEK, L. 1986. *Duševní hygiena*. 2. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 207 s. ISBN neuvedeno.

NEŠPOR, K. 1995. Prevence a zvládání profesionálního stresu ve zdravotnictví. *Lékařské listy*, **44**(23), 14-15.

O'CONNOR M. and A. SANCHIA, 2005. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada. 324 s. ISBN 80-2471-295-4.

SCHMIDT, K.H. and S. DIESTEL, 2012. Job demands and personal resources in their relations to indicators of job strain among nurses for older people. *Journal of Advanced Nursing*, **69**(10), 2185-2195, ISSN 1365-2648.

STAŇKOVÁ, M. 1996. *Základy teorie ošetrovatelství. Učební texty pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 193 s. ISBN 80-7184-243-5.

STAŇKOVÁ, M. 2002. *České ošetrovatelství 11 : Sestra reprezentant profese. Ediční řada – Praktická příručka pro sestry*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 50 s. ISBN 80-7013-368-6.

TUČEK, M., M. CIKRT, D. PELCLOVÁ, 2005. *Pracovní lékařství pro praxi*. Praha: Grada.

VENGLÁŘOVÁ, M. a G. MAHROVÁ, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.



VÉVODA, J. et al., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: Grada. 159 s. ISBN 978-80-247-4732-3.

VYBÍRAL, Z., 2009. *Psychologie komunikace*. 2. vyd. Praha: Portál. 320 s. ISBN 978-80-7367-387-1

## **KONTAKT**

**Doc.PhDr. Anna Mazalánová, PhD., MPH.**

Ústav sociálneho lekárstva a lekárskej etiky, LF UK Bratislava

Špitálska 24, 813 72 Bratislava

[annamazalanova@gmail.com](mailto:annamazalanova@gmail.com)

**Mgr. Veronika Kitová Mazalánová, PhD.**

FiF UK, Katedra andragogiky

Gondová 2, 814 99 Bratislava, Slovensko

veronika.mazalanova@uniba.sk

**MUDr. Pavol Mazalán**

Chirurgická klinika SZU a UNB, Limbova 5, 83305 Bratislava

Starorímska 3, Bratislava 85110

[pavolmazalan@gmail.com](mailto:pavolmazalan@gmail.com)

# KRABICOVÉ GRAFY VE STATISTICKÉ ANALÝZE

JEXOVÁ, S.

## Abstrakt

V článku je popsána možnost přehledného zobrazení dat ve statistické analýze pomocí krabicového grafu neboli Box-plotu. Jedná se o typ grafu, který lze velmi jednoduše sestavit a velmi dobře může posloužit pro analýzu dat.

## Klíčová slova

Box-Plot, krabicový graf, kvantil, kvartil

## ÚVOD

Jednou z možností, jak přehledně zobrazit data ve statistické analýze je použití krabicového grafu neboli Box-Plotu. V bakalářských pracích studenti používají sloupcové grafy, případně koláčové grafy a krabicový graf je opomíjen. Přitom se jedná o graf, který má velmi vypovídající hodnotu o souboru dat a lze ho velmi jednoduše sestavit. Existují různé typy krabicových grafů. Ukážeme si krabicový graf, pro jehož konstrukci jsou potřebné kvantily, průměrná hodnota, minimum a maximum. Analogicky lze vytvořit graf s kvantily.

## 1 KVANTILY

Kvantil je hodnota, která slouží k popisu dat. Obecně můžeme kvantil označit  $Q_p$ , kde  $p$  je počet procent. Hodnota  $Q_p$  je hodnota, která odděluje  $p$  % dat od  $(1 - p)$  % dat. Kvantil, který rozděluje statistický soubor na dvě poloviny se nazývá medián. Kvantily, které rozdělují statistický soubor na čtvrtiny se nazývají kvartily. Kvantily, které rozdělují statistický soubor na desetiny se nazývají decily. Dalšími speciálními kvantily jsou tercily (1/3), kvintily (1/5), percentily (1/100). Často používaný krabicový graf znázorňuje rozložení dat pomocí kvartilů,  $Q_0, Q_{25}, Q_{50}, Q_{75}, Q_{100}$ . Někdy se označují jako  $Q_0, Q_1, Q_2, Q_3, Q_4$  resp. minimum (0. kvartil), 1. kvartil (dolní kvartil), 2. kvartil (medián), 3. kvartil (horní kvartil), maximum (4. kvartil).

Výpočet kvartilů ukážeme na datech z tabulky 1. Data jsou již seřazená podle velikosti.

Pořadí	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Hodnota	9	10	11	12	12	13	13	14	14	14	15	16

*Tabulka 1: Soubor dat*

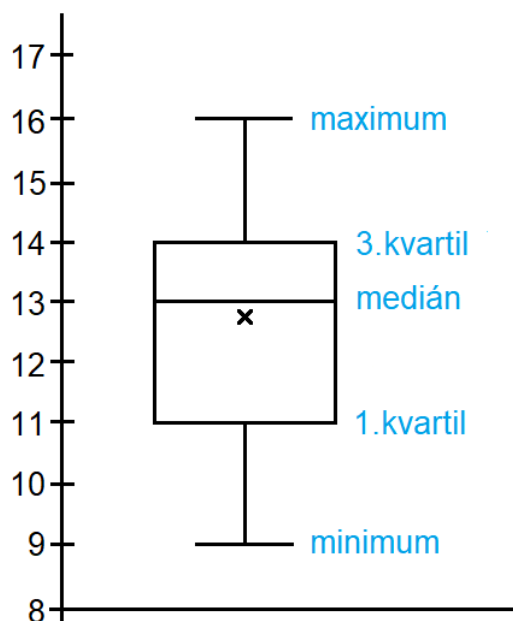
Kvartil  $Q_{50}$  (medián) je prostřední hodnota ze souboru hodnot seřazených podle velikosti. Pokud má soubor sudý počet hodnot, je to průměr dvou prostředních hodnot. V našem případě má soubor 12 hodnot, prostřední hodnoty jsou 6. a 7., tedy  $Q_{50} = 13$ . V některých případech je lepší použít medián místo průměru. Příkladem může být mzda u skupiny pracovníků, kde jednotlivci mají mimořádně velkou mzdu a většina nízkou. Pokud mzdu zprůměrujeme, může vyjít všem vysoká mzda. Na medián mimořádně velká mzda jednotlivců ve velké skupině nemá vliv.

Soubor má 12 hodnot, můžeme ho rozdělit na čtvrtiny (oblasti, kde je 25 % hodnot). Do první čtvrtiny patří 1., 2., 3. hodnota (25 % hodnot), do prvních třech čtvrtin 1. až 9. hodnota (75 % hodnot). Kvartil  $Q_{25}$  (1. kvartil) je v našem případě 3. hodnota ze souboru hodnot seřazených podle velikosti, tedy  $Q_{25} = 11$ . Tato hodnota odděluje 25 % dat od 75 % dat. Kvartil  $Q_{75}$  (3. kvartil) je v našem případě 9. hodnota ze souboru hodnot seřazených podle velikosti,  $Q_{75} = 14$ . Tato hodnota odděluje 75 % dat od zbývajících 25 % dat.

Dalším důležitým parametrem je mezikvartilové rozpětí, rozdíl horního a dolního kvartilu  $QR = Q_{75} - Q_{25}$ . V našem případě je mezikvartilové rozpětí  $Q_{75} - Q_{25} = 14 - 11 = 3$ . Pokud se rozhodneme uvádět medián místo průměru, je výhodné místo rozptylu udávat mezikvartilové rozpětí jako míru variability dat.

## 1.1 KVARTILY V KRABICOVÉM GRAFU

V krabicovém grafu je kvartilové rozpětí výškou krabice, kvartil  $X_{25}$  vymezuje spodní hranu krabice, kvartil  $X_{75}$  vymezuje horní hranu krabice. V grafu jsou pomocí úseček kolmých ke hraně krabice (tzv. vousy) vyznačeny koncové body. Koncové body se počítají podle vzorců  $x_{25} - 1,5 \cdot QR$  (spodní bod) a  $x_{75} + 1,5 \cdot QR$  (horní bod). V některých případech se koncové body nepočítají podle uvedených vzorců, ale místo nich se vynášejí minimum a maximum. Nevýhodou pak je, že nejsou identifikovány odlehlé hodnoty, které se mohou ve vzorku dat vyskytovat. Uvnitř krabice je vodorovná čára, která vymezuje kvartil  $X_{50}$  (medián) a je vyznačen bod, který udává střední hodnotu.



Obrázek 1: Krabicový graf

Statistika	minimum	1.kvartil	medián	průměr	3.kvartil	maximum
Hodnota	9	11	13	12,75	14	16

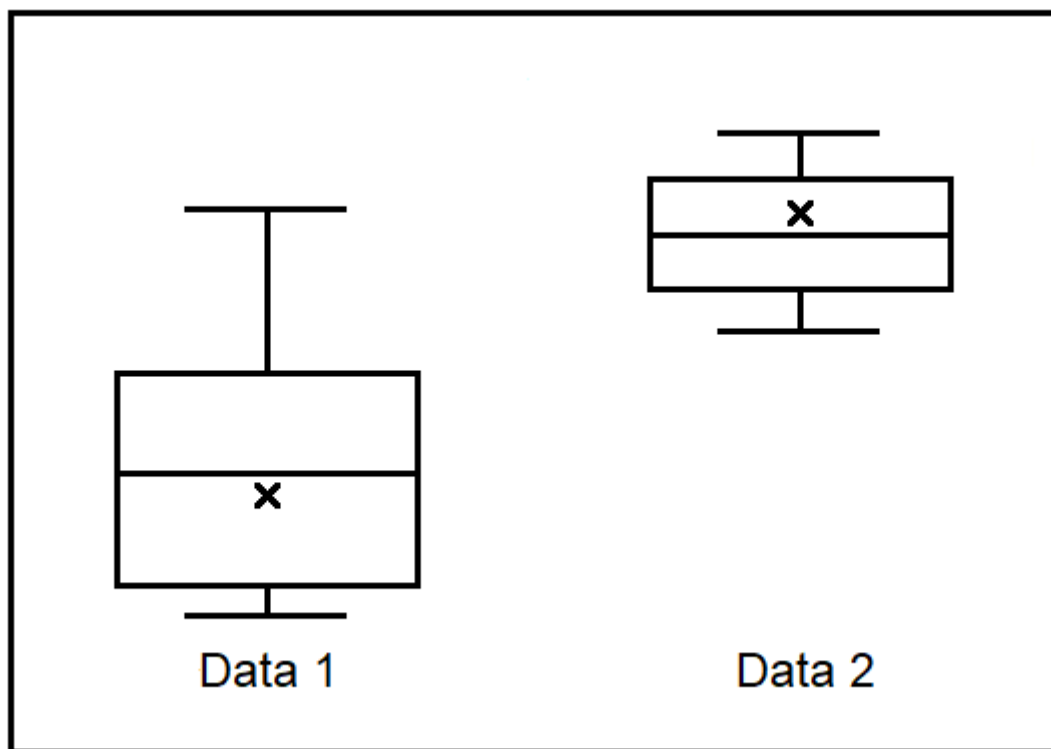
Tabulka 2: Statistika

## 1.2 ČTENÍ DAT V KRABICOVÉM GRAFU

Pokud mají data normální rozdělení neboli Gaussovo rozdělení, je čára, která označuje medián, uprostřed krabice. Pokud je čára blízko 1. nebo 3. kvartilu, může to naznačovat, že data mají jiné než normální rozdělení. Pokud je rozdělení symetrické, pak průměr a medián splývají, ale nemusí to platit obráceně. Pokud průměr a medián jsou stejné, nemusí být ještě rozdělení symetrické.

V krabici se nachází 50 % hodnot dat. Na obr. 1 nabývá polovina dat hodnoty od 11 do 14, čtvrtina dat nabývá hodnot od 9 a je menších než 11 a čtvrtina dat nabývá hodnot větších než 14 a menších než 16. Čím je výška krabice větší, tím větší je rozptyl hodnot, které leží mezi 1. a 3. kvartilem (polovina dat). Rozptyl si můžeme představit jako průměr míry vzdálenosti jednotlivých dat od průměru. Zatímco mezikvartilové rozpětí si můžeme představit jako rozmezí možných hodnot, které nabývá prostředních 50 % dat. Na obrázku 1 je oblast mezi 1. kvartilem a mediánem větší než mezi mediánem a 3. kvartilem. Znamená to, že data

v 3. kvartilu jsou méně rozptýlená než data v 2. kvartilu. Můžeme si všimnout, že v třetím kvartilu nabývají pouze dvou hodnot a to 13 a 14. Průměrná hodnota leží pod mediánem. Medián je hodnota, pro kterou platí, že polovina hodnot je menších než medián a polovina hodnot je větších než medián. To znamená, že více jak polovina hodnot bude větších než průměr.



*Obrázek 2: Porovnání dvou souborů dat*

Na obrázku 2 jsou zobrazena data ze dvou souborů pomocí krabicového grafu. V souboru 2 nabývají data vyšších hodnot, větší je průměrná hodnota i medián. Porovnáme-li rozptyly, větší rozptyl dat je v prvním souboru. V prvním souboru je minimum a maximum od sebe hodně vzdálené, to znamená, že hodnoty se budou v souboru dat hodně lišit. Data v prvním souboru budou mít tedy větší mezikvartilové rozpětí. U prvního souboru je maximum vysoko nad horním kvantilem, v souboru budou data, která nabývají mnohem větších hodnot než průměr. Naopak v prvním souboru je minimum nízko pod dolním kvantilem, to znamená, že v oblasti mezi minimem a 1. kvantilem mají hodnoty malé rozpětí. Tedy je vidět, jak snadno lze z krabicového grafu dvou kategorií vyčíst jednoduše podobné nebo rozdílné vlastnosti souborů. U první skupiny nabývají data průměrně menší hodnoty a jsou více rozptýlená. Oproti tomu u druhé skupiny nabývají data průměrně vyšší hodnoty a jsou více koncentrována kolem svého mediánu. Příkladem mohou být dvě skupiny osob a budeme zkoumat jejich kapacitu plic.

V první skupině budou kuřáci v konečném stádiu rakoviny plic, ve druhé skupině budou středoškoláci. Je jasné, že první skupina bude mít malý rozptyl/mezikvartilové rozpětí a velice nízkou hodnotu kapacity plic. Druhá skupina bude mnohem více heterogenní. Budou tam trénovaní sportovci, netrénované osoby s problémem vyjít do schodů, obézní atd., ale pořád budou mít průměr/medián vyšší než první skupina. Tento fakt je v tomto případě zřejmý i bez použití krabicového grafu. Krabicový graf tyto vztahy jasně ukáže. Nemusíme mít tak zřejmé souvislosti, ale pokud použijeme krabicový graf máme větší možnost si jich všimnout a lépe je popsat.

### **1.3 KRABICOVÝ GRAF A EXCEL**

Krabicový graf je možné vytvořit pomocí Excelu. Nalezneme ho v nabídce grafů. Kliknutím na graf se formátuje datová řada. Pro výpočet kvantilu se používá inkuzivní nebo exkluzivní medián. V případě inkuzivního mediánu se do výpočtu kvantilů zahrnuje medián, v případě exkluzivního mediánu se medián do výpočtu kvartilů nezahrnuje. V Excelu se koncové body nepočítají, v grafu se zobrazuje minimum a maximum, ale v případě, že některé hodnoty hodně vybočují, nejsou zahrnuty do výběru hodnot pro maximum a minimum a jsou zobrazeny jako osamocené body nad minimem nebo nad maximem.

## **ZÁVĚR**

Krabicový graf je jednoduchý nástroj, který velmi dobře poslouží pro analýzu jednoduchých dat, tak i pro porovnání dat více skupin a jejich prezentaci popřípadě ilustraci nehomogenity vícesouborových dat. Určitě si zaslouží větší pozornost při analýze dat v bakalářských pracích našich studentů.

## **ZDROJE**

*Jak vytvořit krabicový graf*, 2020 [online]. [cit. 2020-27-4]. Microsoft Office. Dostupné z:  
<https://support.office.com/cs-cz/article/jak-vytvo%c5%99it-krabicov%c3%bd-graf-62f4219f-db4b-4754-aca8-4743f6190f0d>

## **KONTAKT**

**Ing. Soňa, Jexová, PhD.**

VŠZ, o. p. s., Duškova 7, 150 00, Praha 5

e-mail: [jexova@vszdrav.cz](mailto:jexova@vszdrav.cz)

# VYCHOVÁVAT DÍTĚ ZNAMENÁ VYCHOVÁVAT SEBE

NEJEDLÁ, M.

## Abstrakt

Jedním ze základních úkolů výchovy je naučit děti dělat správné věci nikoli ze strachu z trestu, ale proto, aby pochopily, že jsou správné. Některé děti se nerady učí, nechtějí půjčovat hračky, zlobí, perou se, lžou. Možná jen zkouší, kam jim dospělý dovolí zajít, možná jen napodobují okolí, možná mají strach. Výchova každého dítěte je jedinečná stejně tak, jako je každý člověk nenapodobitelný originál. Některé postoje a motivace život usnadňují, jiné ztrpčují. Jsou lidé, kteří říkají, že prožili krásný život, byli šťastní a spokojení navzdory nelehkému osudu. Je spokojenost dar, výsledek chemie v organismu nebo má původ ve výchově? Jaká pravidla se vyplatí ve výchově dodržovat? Hledáte konkrétní rady pro různé situace a odpovědi na otázku, zda trestat či nikoli? Výchova je náročná zodpovědná činnost na plný úvazek s nejistým výsledkem. Je plná překvapení a může být velkým zdrojem radosti, ale také napětí, stresu, a dokonce i násilí. Jak dělat co nejméně chyb? Výchova je obousměrný proces, dospělý působí na dítě, které ho zpětně ovlivňuje. Vychovávat dítě znamená vychovávat sebe.

## Klíčová slova

Výchova. Rodina. Trestání dětí. Dětské lži.

## ÚVOD

Samostatné, zodpovědné, společenské, nápady sršící dítě je sen všech dospělých. Takové dítě je však jedno z tisíce. Dospělí, kteří vychovávali v životě děti, ví, že problémy jsou přirozenou součástí výchovy a tím, že je s dětmi řeší, připravují je na dospělý život. Tím získávají kompetence k řešení problémů ve svém životě. V dnešní znalostní společnosti informace rychle přibývají a mění se. Je důležité umět je třídit a kriticky hodnotit, mít „otevřenou mysl“ změnám, pružně se adaptovat na nové situace, přijímat je pozitivně a s pokorou, být altruistický a empatický, vnímat práci jako svoji potřebu i zdroj uspokojení, toužit po poznání a umět se z dobře vykonané práce radovat. Existují výchovná pravidla, se kterými by se měl dospělý, který dítě vychovává, obeznámit a používat je. Celoživotně, trpělivě, s nadhledem, ale také



důsledně. Být vzorem pro dítě znamená překonávat svou pohodlnost, umět přiznat chybu a často se usmívat. Děti nás zrcadlí. „**Takový je příští věk, jak jsou vychováváni jeho občané.**“

**Jan Ámos Komenský**

## **1 VÝCHOVNÉ DESATRO**

Každý člověk používá při výchově dětí určité výchovné metody, které jsou výsledkem jeho vlastní výchovy a vzorů, které vědomě či podvědomě napodobuje, jeho zkušeností a vzdělání. Od dítěte má určité představy a očekávání. Výchova je běh na dlouhou trať a nikdy nekončí. Ale povahové vlastnosti se formují v dětství a je důležité je správně založit. V pozdějším věku je sice změna možná, ale musí být vědomá a chtěná a je obtížnější. Je možné vysledovat výchovná pravidla, která fungují? Jak na to?

### **1. Samostatnost: dávejte dítěti od mala úkoly. Malé děti práce baví!**

Uklízejte s dětmi. Ukazujte dítěti, jak se hračky uklízí a dějte to společně. Jednou může dítě hračky nosit a rodič je bude ukládat, příště se prohodí. Vyplatí se situaci navodit jako hru, případně jako činnost, která je pro dospělé, ale rodič ji dítěti dovolí vyzkoušet. „Dovolím ti uložit nádobí do myčky a zapnout ji. Je to práce pro dospělé, ale věřím, že to zvládneš. Pomůžu ti“. Malé dítě se snaží dospělým vyrovnat, je tedy pro práci motivované. Zároveň se tak učí spolupráci, trpělivosti, pečlivosti a pořádku.

Vařte s dětmi. Každou chvíli něco rozlijí nebo rozsypou, ale jednou budou vědět, jak se strouhá sýr nebo kde je v kuchyni nádobí a jak ho použít. Malé děti chtějí luxovat, zalévat zahradu, vařit, ale nedělají to dobře. Jenže pokud je budou dospělí odhánět, že překáží a zdržují, samy se to nenaučí a za pár let už o to stát nebudou. Zpočátku je důležité nechat je dělat nejzábavnější činnosti, a rychle je střídat. Škrábání brambor je dobré odložit na později pro větší děti a trénovat na nich trpělivost. Jestli bude příprava oběda kurz přežití v džungli nebo škola chutí či zručnosti oblíbené filmové postavičky záleží jen na fantazii dospělého. Děti se při takové práci leckdy svěří se zážitkem, přáním nebo nenaplněnou potřebou, o jakých by rodič jinak nevěděl. Postupně je dobré nechat dítě provádět některé činnosti samostatně a být mu k ruce jako pomocník. Dítě získává dovednosti pro běžný život, manuální zručnost, učí se rozhodovat.

Radujte se s dětmi z práce, kterou jste vykonali. Důležité je, aby slyšely, že dospělí rádi pracují a mají radost z vykonané práce. „Brzy ráno jsem vstal do krásného letního dne a dvě hodiny

štípal dříví. Mám takovou radost, jak mi to šlo od ruky. V zimě se pěkně ohřejeme“ Pokud budou slyšet věty typu „musím štípat dříví, je to otrava, kéž bych vyhrál loterii a nemusel nic dělat“, projdou svým životem jako utrpením. Budou hledat způsob, jak nepracovat a jako dospělí budou zklamaní, že nicnedělání štěstí nepřináší. Dítě získá potřebu seberealizace.

## **2. Partnerský přístup**

Mluvte dítětem jako rovný s rovným. Často si povídejte, zajímejte se o jeho svět a jeho pocity, o jeho kamarády, s kým si povídá na sociálních sítích, s kým chodí ven. Ale pozor, nesmí to znít jako výslech a poté, co zjistíte, že se vám něco nelíbí, nesmíte dítě potrestat. Jinak se vám příště nesvěří a ztratíte jeho důvěru. Pokud dospělý poučuje, nařizuje, kritizuje, nebude to účinné. Pokud se dítě bude cítit ponížené nebo zesměšněné tvrdou kritikou nebo trestem, zablokuje se rozvoj jeho vlastní odpovědnosti a naruší vztah k dospělému.

Zahrajte si s dítětem hru, kterou právě žije a rozeberte situaci, své postoje a názory, pravidla fungování vaší rodiny, nastavení povinností, a to úměrně jeho věku. Diskutujte, říkejte podle mého názoru, je to tak a tak, a co si o tom myslíš ty...? Co bys udělal na mém místě?

Vysvětlujte dítěti hodnoty, na kterých vám záleží jako vzdělání, ocenění práce, radost druhému člověku, činnost, odložený požitek, spoření a finanční jistoty aj.

## **3. „Kdo si hraje, nezlobí“**

Zaplňte dítěti den aktivitami, ale ponechte nějaký čas, o kterém si rozhodne samo. Říká se „Jak si dítě vyhraje, tak jednou pracuje.“

Zapojte fantazii, aby se z práce stala hra. Sbíráání šišek může být vyklízení minového pole. Při vaření dávejte malým dětem nejzábavnější činnosti - sypat koření do pokrmu - při tom je uhodnout podle vůně, se zavřenýma očima hádat různé chutě, prostírat stůl, nazdobit jej atd.

Vyprávějte dětem příběhy ze svého života, a často jim čtete. Získají tak širokou slovní zásobu, představivost a schopnost se soustředit. Hrajte si s nimi na obchod, telefonování, návštěvu kadeřníka, divadlo aj. Naučíte je správně a srozumitelně se vyjadřovat, formulovat své myšlenky a artikulovat. Dávejte si záležet, jak se vyjadřujete. I malé děti rychle odposlouchají, jak se doma rodiče mluví a mohou je nepříjemně zaskočit tím, co veřejně použijí.

#### **4. Dopřejte dítěti čas strávený s jinými dětmi.**

Je dobré, aby se dítě naučilo komunikovat, půjčit hračku, brát ohledy na ostatní, omluvit se, pokud něco provede. Omluvu je pak nutné přijmout bez výhrad a bez ponižování dítěte. Správné je, aby se také umělo slušně ohradit proti nespravedlnosti.

#### **5. Zdůvodňujte svá rozhodnutí.**

Sdělujte dítěti smysl činnosti, kterou po něm požadujete. Vysvětlujte, proč si čistí zuby, proč se srovnají tužky v penálu (pokud jsou volně, zlámou se a nebude si moci ve škole kreslit) atd. Dítě musí chápat smysl toho, co se po něm chce. Boty se srovnají ne proto, že se to tak musí, ale proto, že když jsou přes sebe, poničí se, ušpiní se atd. Zdůvodnění stojí úsilí, ale duševní lenost se při výchově nevyplácí.

Poskytujte dítěti zpětnou vazbu. Pokud dítě své úkoly neplní, vysvětlujte opakovaně a klidně, co požadujete. Povídejte si s ním, jaké výhody a nevýhody pro něj bude mít, pokud úkol nesplní a jaké výhody a nevýhody má splnění úkolu, který po něm požadujete. Jsem rád, že sis uklidil poličky, lépe najdeš pastelky, až si budeš kreslit. Přinese to trvalé výsledky, z dítěte vyroste zodpovědný, pozitivně motivovaný člověk.

Ptejte se dítěte, proč neudělalo některé úkoly, které jste po něm požadovali, nebo vás odmítá poslechnout. I dítě má své důvody, pátrejte po nich. Pokud ho vytrhnete uprostřed hry se slovy, že se odjíždí na návštěvu, logicky se bude vzpírat, protože v návštěvě nevidí žádný smysl. Požadovat slepou poslušnost nebude fungovat věčně. Nabídněte kompromis, např. může si vzít se sebou oblíbenou hračku, pokračovat ve hře i během cesty atd. Slibte mu nemateriální odměnu, motivujte jej představou společných zážitků. Je také dobré ho např. na cestu upozornit předem a připomenout mu několikrát, že se blíží čas odjezdu.

#### **6. Nenechte se vyvést z míry.**

Poruší-li dítě pravidla a nedodrží domluvené, zachovejte klidnou hlavu. Mějte na paměti, že vaše dítě získává návyky a postoje pro svůj budoucí život od vás a formování osobnosti vyžaduje čas. Vysvětlujte, proč je pro dítě splnění úkolů důležité. Mluvte klidným hlasem. Někteří lidé si myslí, že jednodušší je dítě okřiknout nebo plácnout. Takové dítě se zablokuje ve vývoji, nebude radostné a bude dělat věci proto, že má strach. A to v dospělosti nebude fungovat. Jakmile bude dospělý z dosahu dítěte, okamžitě s takovou vynucenou činností

přestane. Pamatujete si, jak jste si doma hráli a když zarachotil klíč v zámku, skočili jste k učení a předstírali, že se již dlouho učíte?

Pokud vás dítě nachytá, že děláte něco, co jemu zakazujete, přiznejte se. Pokud se budete vymlouvat, vaše výmluvy začne také používat.

### **7. Bud'te důslední, ale laskaví.**

Pravidla, která zavedete, vyžadujte. Výsledky se ale počítají na roky, ne na dny nebo týdny. Slýchali jste věty typu „Kolikrát jsem ti to říkal? Jsou zbytečné. Mělo by dítě odpovědět stokrát? Má si myslet, že je hloupé, neschopné, nesoustředěné? Že trápí své rodiče? To nepomůže. Nic se nesmí přehánět, ať nevychováte z dítěte nesnesitelného a úzkostného pedanta. Pokud budete velkorysí, naučíte to i své děti.

### **8. Děti netrestejte.**

Místo trestu vysvětľujte své potřeby a zároveň se ptejte na potřeby dítěte. Snažte se najít jejich průnik. To je princip demokracie. Představte si, že byste chodili do zaměstnání, kde by vás trestali - zesměšňováním, křikem, ponižováním, mlčením, fyzicky... Dopřejte ale dítěti, aby pociťovalo přirozené důsledky svého chování a mluvte s ním o tom, co pokládáte za chyby. Ne chyby jeho osobnosti, ale jeho činnosti. Neříkejte „Jsi líný“, ale „Nevěnoval ses úkolům, a to se mi nelíbí“, nebo „Takhle se chová líný člověk“.

Pokud je vzteklé a křičí, odved'te ho stranou a řekněte mu, že se může vrátit k ostatním, až přestane křičet. Rozeberte situaci, proč křik vznikl a hledejte společně, aby se situace příště neopakovala. Netrestejte dítě nekonečným mlčením, netrestejte jej před někým jiným nebo za delší dobu. Z trestů a ponižování vznikají frustrace, které vedou k agresi, kterou člověk obrátí proti sobě nebo svému okolí či společnosti.

### **9. Dítě by mělo znát vaše vlastní pocity a potřeby. Neskrývejte je před ním.**

Pokud se vám líbí, jak něco vykonalo, dejte mu to najevo. Vše vztahujte ke konkrétní činnosti. „Pěkně jsi prostřel stůl, pečlivě jsi zalila květiny...“ Pokud se mu to nepovede, neříkejte „Jsi k ničemu“, ale „Tohle se ti nepovedlo, co uděláš proto, aby to dopadlo příště lépe?“. Pokud řekne nevím, snažte se ho přimět k tomu, aby samo vymyslelo řešení. Můžete nabídnout, že příště to zkusíte spolu. Věty typu „Už jsem ti to říkal stokrát“, lepšímu soustředění nepomohou.

Nepoužívejte obraty typu „Nic z tebe nebude, utrápíš mne“. Jedná se o citové vydírání a je pouze otázka času, kdy ho dítě použije proti vám.

### **10. Naučte dítě etiketě.**

Zdvořilostní chování (pozdravit, poděkovat, představit se, nabídnout pomoc, stolování) a základní hygienické návyky zaberou spoustu času a děti umí dávat najevo, že je obtěžují. Nejlépe se daří formou hry s pomocí různých říkanek a obrázků. Buďte dítěti příkladem, děti zrcadlí chování svých rodičů.

## **2 KDYŽ DÍTĚ LŽE...**

Lhát zkusí každé dítě. Je dobré rozlišovat, zda se jedná o lež vědomou, úmyslnou, jejímž cílem je získat vlastní prospěch či lež neúmyslnou, kdy dítě - přibližně do 7 let- nedokáže rozlišovat mezi skutečným a fantazijním světem. Nejde pak o lež vědomou. Stačí si s ním povídat, co patří do kterého světa.

Pokud dítě lže úmyslně, chce získat nějakou výhodu nebo má strach. Lež může být reakce na příliš tvrdou výchovu, nebo nepřiměřené nároky. Dítě se lží chrání. Má smysl děti za lež trestat? Nemá, protože trest v dítěti vyvolá strach a ten vyvolá další lež. Některé děti lžou, protože si jich rodiče málo všimají. Snaží se tak získat jejich pozornost.

Pokud se lidé na ostatní zdvořile usmívají a doma je pak pomlouvají, zrovna tak jako kolegy z práce, nejsou pro dítě dobrým příkladem a lež ho tím učí.

Lži jsou všude kolem nás, od milosrdných a zdvořilostních lží - ty však děti nepoužívají, až po závažné účelové lži spojené s manipulativním chováním nebo zapíráním trestných činů. Je třeba děti připravit na to, že se se lží v budoucnu budou setkávat - právě od lidí, kterým se v dětství osvědčila jako únik před trestem.

### **Co dělat, pokud dítě lže?**

V klidu pátrat, proč dítě lhalo a vysvětlovat mu, že mluvit pravdu je důležité pro vzájemnou důvěru. Že chceme upřímně zjistit, co ho ke lži vedlo a co bychom mohli společně udělat proto, aby příště nelhalo. Mělo strach, chtělo se něčemu vyhnout?

Lhaní souvisí velmi úzce s trestem. Pokud ví, že bude potrestáno, logicky se snaží trestu vyhnout, protože mu je nepříjemný. Může to být trest psychický (vyhrožování např. polepšovnou, citové vydírání – utrápíš mne), sociální (ignorování dítěte) nebo fyzický (výprask, práce – pokud někdo trestá prací, jak pak bude dítě pracovat rádo v dospělosti, když ví, že je práce za trest?). Také zákaz např. pohybové aktivity nebo nějaké zájmové činnosti, která dítě rozvíjí, není správný. Pokud si rodiče neví rady, je vhodné se obrátit na pedagogicko-psychologickou poradnu či dětského psychologa.

### **3 TRESTAT ČI NETRESTAT?**

Proč lidé trestají děti? Protože jsou bezradní a neumí efektivně komunikovat. Naštěstí doby, kdy se tresty pokládaly za účinné, patří minulosti. Pokud rodiče nebo vychovatelé dítěte používají tresty, učí tím dítě vzorce chování, které bude jednou samo používat. Vůči nim samotným, vůči svému okolí, kamarádům, partnerovi či partnerce, dětem, společnosti.

Trest je selhání trestajícího. Děti, které jsou trestány, se později stávají samy agresory buď proto, že si tak uvolňují vnitřní napětí a ponížení, které zažívají při trestu nebo se snaží okolí přinutit k určitému jednání a neumí to jinak, než za použití násilí.

Trestem člověk deformuje dítěti osobnost a blokuje do budoucna vývoj jeho vlastní odpovědnosti. Každý trest od milované osoby, jakou by rodič měl být, je pro dítě zklamáním důvěry, vyvolává strach, vnitřní napětí a snižuje mu sebevědomí. Dítě dělá stále tytéž chyby, za které je trestáno, protože není schopno je odstranit, jen má z trestajícího strach. U dítěte se snižuje jeho sebeúcta a sebehodnocení, zvyšuje se vnitřní napětí a nespokojenost se sebou samým. Dochází k projevům úzkosti (kouše si nehty, vytrhává vlasy, má tiky, sebepoškozuje se aj.) a neurózám. Takové dítě řeší problém agresí, protože samo na sobě jiné řešení nepoznalo, je nejisté a nevěří si. Násilí může obracet vůči sobě samotnému, v podobě sebepoškozování nebo sebevražedného jednání či směrem ven vůči svému okolí.

### **ZÁVĚR**

S trochou nadsázky je možné říci, že výsledky výchovy se dostaví po prvních dvaceti letech a stejně zůstává výchova každého dítěte experiment. Tak, jako je unikátní genetická výbava každého člověka, je unikátní i průnik vlivů vnějšího prostředí s vrozenými vlastnostmi. Existují ale

prověřená pravidla, která se vyplatí při výchově znát a používat. Každý rodič, který má děti více, ví z vlastní zkušenosti, že při stejné výchově je výsledek různý. A to je dobře. Je to důkaz, že dítěti poskytl dostatek svobody, aby se rozvíjela jeho individualita. Morální profil a žebříček hodnot budou mít sourozenci obvykle podobný, tam se vliv rodiny projevuje nejsilněji. Hlavní je mít stále na paměti, že dítě musí vědět, že ho mají rodiče rádi. A to se projevuje především tak, že mu dávají svůj čas. Dítě, které vyrůstalo v harmonii, má mnohem větší šance na vyrovnaný, emočně bohatý pracovní a osobní život, s vysokou resiliencí vůči zátěži. Dokáže prožít hodnotný život a být ostatním jako dospělý člověk prospěšný.

## ZDROJE

KRTIČKOVÁ, K., 2014. Tresty ve výchově dětí: ano, či ne? [on-line]. *Šance dětem*, publ. 6. 1. 2014, akt. 24. 1. 2019 [cit. 2020-04-30]. ISSN 1805-8876. Dostupné z:

<https://www.sancedetem.cz/srv/www/content/pub/cs/clanky/tresty-ve-vychove-deti-ano-ci-ne-109.html#jake-tresty-jsou-neprijatelne>

MARTINCOVÁ, J., 2019. Desatero správné výchovy [on-line]. *Babyonline.cz*, publ. 2019-07-17. [cit. 2020-04-30]. Dostupné z:

<https://www.sancedetem.cz/srv/www/content/pub/cs/clanky/tresty-ve-vychove-deti-ano-ci-ne-109.html#jake-tresty-jsou-neprijatelne>

## KONTAKT

**MUDr. Marie Nejedlá**

Státní zdravotní ústav

Mládeže 995, 252 19, Rudná

e-mail: [marie.nejedla@szu.cz](mailto:marie.nejedla@szu.cz)

# DUŠEVNÍ HYGIENA PSYCHOLOGA PRACUJÍCÍHO V HOSPICI

KURUCOVÁ, L.

## **Abstrakt**

Hospic je zdravotnické, ale také sociální zařízení, které slouží k péči o nevléčitelně a těžce nemocné osoby, z odborného hlediska jde o paliativní péči. Současná zdravotnická zařízení hospicového typu dostala své jméno podle instituce hospiců – místo pro odpočinek poutníků, která vznikla ve 4. století.

## **Klíčová slova:**

Hospic. Hospicová péče. Smrt. Umírání. Psychohygienu.

## **ÚVOD**

Slovo hospic pochází z latinského hospitium („útulek“). Již za časů starého Říma a ve středověku existovaly přístřešky, či útulky při cestách, kde si mohli poutníci odpočinout, těhotné ženy porodit a nemocní buď se uzdravit a pokračovat v cestě, nebo v klidu zemřít. Vyskytují se dokonce názory, že první hospic byl vlastně popsán již v biblickém podobenství o milosrdném Samaritánovi.

Po převratu v roce 1989 se začaly objevovat první pokusy o zřízení hospice, také v České republice. Mezi prvními s touto myšlenkou přišla MUDr. Marie Opatrná, která již dokonce připravovala zřízení hospice v budově bývalé gynekologie v Praze Rooseveltově ulici, protože se ještě o světovém hospicovém hnutí u nás moc v tom čase nevědělo, setkal se projekt s nepochopením na všech frontách, a nakonec musel být zrušen.

Před rokem 1989 lidi s vážným onemocněním umírali na onkologii, interně a v léčebně pro dlouhodobě nemocné. Pokud si je vzala rodina domů zemřít, tak zpravidla ke konzultaci přišel ošetřující lékař, nebo zdravotní sestra s cílem aplikovat léky proti bolesti.



Po roce 1990 začala hospicové hnutí propagovat MUDr. Marie Svatošová. Nejprve začala se zdravotní péčí v domácím prostředí pacientů, v roce 1995 se jí podařilo otevřít první český lůžkový hospic v Červeném Kostelci. Další pak vznikaly v Praze, Brně, Plzni, Ostravě, Olomouci, Rajhradu u Brna, Litoměřicích, Zlíně, Valašském Meziříčí, Mostě, Prachaticích, Chrudimi, Havlíčkově Brodu, Čerčanech a Tachově.

Kdykoliv položíte otázku vážně nemocnému, nebo starému člověku kde chce umřít, odpoví Vám doma, kde prožil svůj život, kde má pocit jistoty a bezpečí. A i když jeho nejbližší chápou jeho přání bojují s vlastní nejistotou, strachem, zda roli pečovatele o umírajícího zvládnou. Jejich strach nemá jenom charakter, jak zvládnou fyzickou péče, ale taky psychickou péči o pacienta, rodinu, a taky sebe. Zdravotnický tým domácích hospiců, velmi rychle pochopil, že musí do svého týmu přijmout odborníky z řad psychologů a psychoterapeutů.

Z historie je nám známo, že lidi umírající v rodinném prostředí přivítali pomoc duchovní a téměř vždy dům umírajícího navštěvoval duchovní. Především katolíci měli přání vyzpovídat se před smrtí. Rodina požádala o tzv. poslední pomazání před odchodem svého nejbližšího. V období socialismu především v místech, kde byla silná komunita věřících požádala rodina o návštěvu svého blízkého kněze přímo v nemocnici i když se vystavovala nebezpečí, se strany státního aparátu.

Pacient měl přání vyzpovídat se knězi se svých hříchů, ale šlo v podstatě o bilancování svého života a čekal moudrá, vstřícná slova duchovního smíření a světského odpuštění.

Dnes jsou psychologové, psychoterapeuti a duchovní součástí hospicových týmu. Psycholog se setkává s umírajícím v rodinném prostředí nebo v lůžkovém hospici. V čem spočívá tato intervence? Především v laskavém naslouchání pacientovi. Rozhovor je zaměřen na hodnocení svého života, co ještě nevyřešil a chtěl by vyřešit před svým odchodem, kde udělal chybu a proč je dělal. Co v životě chtěl dosáhnout a co nedosáhl. Terapeut nikdy nehodnotí, ale snaží se, aby pacient svůj život přijmul taký, jaký byl. Pokud se s někým chce setkat, pořádat o odpuštění snaží se psycholog, pomocí rodiny mu to umožnit.

Vždy se setkává se strachem a úzkostí pacienta před samotnou smrtí. Terapeut mu může slíbit, že lékaři a sestry se budou maximálně snažit, aby netrpěl bolestmi. Otázky typu to již definitivní konec, nebo existuje život po životě. Terapeut zpravidla položí otázku, jak to cítí přímo pacient. Pokud se problémem zajímal, je duchovně založený tak nemá právo mu vymlouvat jeho víru. Naopak je dobré ho vyslechnout a podpořit ho v jeho názorech. Z praxe je známo, že umírající

se zeptá, zda na tom jiném světě se setká se svými blízkými. Vztít mu jeho víru nemůže psycholog, byť je sebevíc vědecky založen. Naopak umírajícího ubezpečuje, že pokus to tak cítí, tak to tak bude a svými blízkými se setká. Pěstovat v pacientovi pocit, že upadne do tmy a nicoty může vyvolat ještě větší pocit úzkost a strach. Je to milostivá lež? Nikoliv, protože tajemství smrti pochopíme teprve vlastní smrtí a přijmout jakoukoliv teorii je věc člověka samotného.

Kromě psychoterapeutické péče je psycholog, který působí v domácím hospici taky v kontaktu s rodinou, a blízcí umírajícího jeho odchod nesou citlivě. Jednak se bojí o pacienta, aby netrpěl, aby mu splnili každé přání dle svých možností, ale sami prožívají úzkost a strach. Proto je v pořádku, když terapeut má ve své péči i rodinu pacienta. Z praxe je známo, že umírající řekne psychologovi „já vím, že umírám, ale neříkejte to rodině, aby neplakali“ a pro změnu rodina řekne „on neví, že umírá, neříkejte mu to prosím“ Chrání se navzájem před strachem.

Po samotné smrti pacienta psycholog poskytuje krizovou intervenci členům rodiny zemřelého, případně může nabídnout taky delší terapeutický přístup u jednotlivce, který nese emotivně velmi těžce odchod svého blízkého.

Lepší představu o praxi psychologa v domácím hospici lze získat z doložených kazuistik.

## **KAZUISTIKA Č. 1**

Mladou pacientku, ve věku 34 roků si přivedl umřít domu její mladý přítel. Žili spolu již dlouhou dobu, oba vzdělaní, pracovně úspěšní si pořídili nový domek a toužili založit rodinu v tu dobu u paní Hedviky zjistili rakovinové onemocnění již v pokročilém stádiu. Když hospicový tým přišel do domu mladých lidí, tak Hedvika odmítla intervenci psycholožky slovy „já to zvládnou, poperu se z nemocí,“. Byla již slabá, k dýchání byl nutný přístroj, ale chodila a malinko jedla. Samozřejmě, že se psycholožka nevnucovala, pouze sdělila, že pokud by měla pocit, že chce si pohovořit, tak ráda přijede.

*Během dvou týdnů se stav mladé ženy zhoršil a sama pořádala o pohovor ze psycholožkou z hospice, kde pravidelně docházela zdravotní sestra a lékař.*

Při příchodu mladá žena seděla v posteli a pořád nedůvěřivě přijmula psycholožku. Začala hovořit, že již si je vědoma, že umře, ale potřebuje si pohovořit o své rodině. Rodiče byli

rozvedeni žili na Moravě, nikoliv v Čechách. Měla starší sestru, která žila a pracovala v Anglii. S maminkou se obě mladé ženy nestýkaly vůbec. Jak uvedla Hedvika, matka byla navenek spíše dáma, ale doma alkoholička, egoistka. Obě sestry studovaly mimo domov, aby nemusely bydlet doma, ale na internátě. Po studiu odešla daleko od domova. Psycholožka pochopila, že Hedvika chce ještě hovořit s maminkou a možná jí požádat o usmíření. Psycholožka pak o samotě požádala přítele Hedviky, aby se kontaktoval s maminkou a sestrou a požádal je, aby přijely. Maminka Hedviky se projevila jako egocentrický jedinec a omlouvala se, že by jí pohled na umírající dceru zabil, a tudíž nemůže přijet. Její starší sestra věděla, že je Hedvika vážně nemocná, ale nevěděla, že umírá. Neváhala a slíbila, že přijede co nejdříve.

Druhý den Hedvika začala rozhovor o tom, že se v poslední době zaujímal o tom, jestli existuje život po životě a jaký má na to názor psycholožka? Ta jí odpověděla otázkou“ čemu věříte Vy a pověste mi o své představě“. Hedvika řekla, že četla knihu doktora Moodyho a uvěřila, že po smrti přejde do jiné dimenze, kde bude její duše žít dále mimo čas a prostor. Upřela svůj pohled k psycholožce a čekala odpověď. „Milá Hedviko, odpověděla jí psycholožka, myslím si pouze, že je dobře mít víru a názor a Vy ji máte, a to je velmi dobře.“

Její sestra z Anglie přijela na druhý den. Hedvika spíše jen pospávala, ale čekala a dočkala se. Obě sestry měly radost, že jsou spolu, i když jenom pár hodin. Hedvika umřela ve spánku v péči své sestry a přítele, který se o ní obětavě staral společně s hospicovým týmem zdravotníků.

*Její přítel téměř rok docházel na terapeutické sezení ke psycholožce a sám se stal, povoláním ekonom dobrovolníkem pro domácí hospic, který mu pomáhal při umírání jeho přítelkyně.*

## **PRÁCE PSYCHOLOGA**

Tento případ hovoří o nelehké práci psychologa pracujícího v domácím hospici. Jaká osobnost může vykonávat tuto práci? Především osobnost zralá, sociálně a emotivně. Musí být empatická, nikoliv ale emotivně labilní. Pacient a příbuzní pacienta od psychologa v této situaci čekají pochopení, vstřícnost, ale taky pocit jistoty, že se můžou o něho opřít, přijmout jeho rady, a především je dokáže v klidu vyslechnout. Kromě svých odborných znalostí se musí umět pohybovat na poli filozofickém a spirituálním. Mladí absolventi psychologie a psychoterapie při stážích v hospici uvádí, že situaci prožívají velmi emotivně. Někdy si naopak vyčítají, že byli příliš nad věci, protože chtěli být profesionální. Dlouholetá praxe a osobní zkušenosti vede

k tomu, že psycholog pocity emotivní zainteresovanosti a profesionality používá tak, aby při krizové situaci pomáhal pacientovi, ale taky nenarušil vlastní emotivní rovnováhu.

Dušení hygiena psychologa, který pracuje s umírajícími lidmi je vždy individuální, podle jeho osobnosti. Dost často laická veřejnost říká pojem „nenosit si problémy domů“. Případ, kterým žijete, nejde vymazat příchodem domů, psycholog není počítač, který se vypne, ale je nutné, aby případ nevzal jako problém, který neustále řeší. Někdo užívá různé relaxační metody, někdy stačí dobrá kniha, hudba, společnost. Ideální je obyčejná dlouhá procházka, kdy myšlenky k případu neodhání a tím by se stresoval, ale emotivně je v klidu probírá. Duševní hygiena, nebo duševní očista nastává vždy, když má psycholog vlastní pocit, že splnil, co se od jeho práci očekává. Když klient řekne, děkuji Vám, když rodina řekne, že byl velkou oporou. To je důležitý faktor, který hospicového terapeuta nabíjí pozitivitou a řekne si, že jeho práce je potřebná.

## KAZUISTIKA Č. 2

*Dalším příkladem napovídá o smysluplnosti práce psychologa, který se rozhodl přijmout úkol odborníka, který pomáhá pacientovi přijmout smrt, jako součást života. Další příklad z praxe patří do kategorie dítě a smrt maminky.*

Maminka objednaná na konzultaci ke školní psycholožce přišla sama, bez dítěte. Šlo o ženu asi 40letou, upravenou, subtilní. Promluvila kultivovaným projevem a sdělila, že žádá školní psycholožku, aby jejího syna připravila na její odchod ze světa, protože umírá na karcinom prsu a veškerá léčba je již vyčerpaná, má metastázy a aktuálně biologickou léčbu. Její onkoložka jí sdělila pravdu, že umře do půl roku. Vystupovala vyrovnaně, bez známek lítosti, strachu. Pouze její syn jí dělal starost, byl ještě dítě. Tato paní měla štěstí, že psycholožka již několik roků dobrovolně pracovala, jako psychoterapeutka pro mobilní hospic, a tudíž pomoc mamince neodmítla. Terapeutické sezení probíhalo pravidelně se synem, ale především paní Eva, jak se klientka jmenovala, potřebovala hovořit o sobě a svém životě. O svém strachu o další výchově svého syna. Psycholožka se snažila, aby chlapeček situaci chápal vzhledem ke své mentalitě školáka. Vždy jejich společné sezení končilo s úsměvem a vzájemným objetím matky a syna. Manžel neprojevil zájem o společnou rodinnou terapii, ale její již dospělá dcera jí slíbila, že se o bratra postará a neopustí ho, pokud si manžel založí novou rodinu po smrti maminky.

O letních prázdninách paní Eva zemřela. S návratem do školy to její syn sdělil psychologce. A když navrhla chlapci, že může nadále chodit na pohovory, sdělil jí, že tatínek nechce, aby údajně nebyl za blázna pro spolužáky, protože dochází ke psychologce.

Asi za půl roku na náměstí městečka, kde se událost odehrála, oslovila cizí, mladá žena jmenovanou školní psychologku a informovala jí, že byla přítelkyně paní Evy, a když umírala v nemocnici, jezdila za ní. Před smrtí jí požádala, aby v jejím jménem poděkovala psychologce za její odborný a lidský přístup k ní. Odcházela v klidu a za to patří poděkování její terapeutickou práci.

*Tento případ z praxe je velmi účinnou, duševní hygienou pro každého psychologa pracujícího pro hospic. Praxe dnes ukazuje, že práce psychoterapeuta je nezbytnou součástí týmové práce odborných pracovníků, kteří pracují v lůžkovém a domácím hospici.*

## **ZDROJE**

MUNZAROVÁ, Marta, a kol., 2008. *Proč NE eutanazii aneb Být, či nebýt*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 978-80-7195-304-3.

Hospic sv. Kryštofa v Londýně, 2020. [online]. [www.stchristophers.org.uk](http://www.stchristophers.org.uk). [cit. 2007-08-28]. Dostupné z: <http://www.stchristophers.org.uk>.

## **KONTAKT**

**PhDr. Lubica Kurucová**

VŠZ, o. p. s., Duškova 7, 150 00, Praha 5

e-mail: [kurocova@vszdrav.cz](mailto:kurocova@vszdrav.cz)

# KOMPLEXNÍ GERIATRICKÉ HODNOCENÍ V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI

HLINOVSKÁ, J., MORAVCOVÁ, K., MARKOVÁ, E.

## Abstrakt

**Východiska:** Geriatrická péče zajišťuje všestrannou, vysoce odborně erudovanou a lidsky kultivovanou péči. V ošetrovatelské péči se rozvíjí a užívají různé techniky, které by sestra měla znát k zajištění kvalitní péče o pacienta.

**Cíle:** Cílem je popsat specifika ošetrovatelského procesu v rámci komplexního geriatrického hodnocení v ošetrovatelské péči.

**Metoda:** V úvodu je charakterizované základní principy geriatrické péče a role všeobecné sestry v rámci biopsychosociálního posouzení seniora. Posuzování je součástí ošetrovatelského procesu, která představuje komplexní biopsychosociální posouzení člověka.

**Výsledky:** Komplexní geriatrické hodnocení sestry přináší perspektivu kvalitnější ošetrovatelské péče. Kdy získává informace z ošetrovatelské anamnézy a zhodnotí nemocného z hlediska jeho současného stavu. Zjištění stavu nemocného se týká každodenního života, zdravotní, biofyzikální, emocionální, socioekonomické, kulturní a náboženské oblasti.

**Závěr:** Komplexní geriatrické hodnocení lze využít ve výuce ošetrovatelských odborných předmětů i v klinické praxi k demonstrování komplexního biopsychosociálního posouzení pacienta seniora.

## Klíčová slova

Geriatrická péče. Geriatrie. Ošetrovatelské škály.

## ÚVOD

Stárnutí a stáří je natolik významným fenoménem života, že zájem o procesy stárnutí, pátrání po příčinách a důvodech, zájem o oddálení této nepominutelné části lidského života provází

lidstvo prakticky po celou dobu jeho existence. Gerontologické ošetrovatelství a gerontologická medicína predstavujú dnes velmi širokou a rozsáhlou disciplínu, ktorá postihuje až neuvěřiteľne veľkou výseč celospoločenského života a bytí, dotýkajúci sa medicíny, práva, sociálneho zabezpečení, architektury, celé palety služeb s jejich organizací a řízením v mnoha dalších oblastech. Demografický vývoj je charakterizován stárnutím populace. Přibývá seniorů jako takových a velmi starých lidí, zvláště osob dlouhověkých. Prioritním problémem 21 století ve všech hospodářsky vyspělých zemích se stává stárnutí populace. Dochází a také bude docházet k zvyšování počtu starých lidí ve společnosti.

## **1 DEMOGRAFICKÉ UKAZATELE**

Společnost z demografického pohledu se posuzuje z hlediska porodnosti, úmrtnosti a částečně i migrace. Významným demografickým ukazatelem je i prodlužování střední délky života, která v České republice narůstá patrně nejrychleji ze všech evropských zemí. Střední délka života žen je v současnosti 78,7 let a mužů 72,1 let. V populaci se zvyšuje i podíl seniorů v pokročilém věku. K typickým rysům populace seniorů patří převaha žen (stoupajícím věkem stále výrazněji). Po roce 2010 vstoupily mezi seniory i velmi silné poválečné ročníky a postupně během dalších let došlo k proměně věkové struktury obyvatel tak, že se obrací poměr dětí a seniorů v populaci. Vyrovnaní dětské a seniorské populace by mělo nastat přibližně kolem roku 2050, kdy podíl obou skupin by měl odpovídat přibližně 20 % světové populace. Podíl seniorské populace by měl na konci 21. století dosáhnout 30 %, naproti tomu dětské populace bude mít tendenci se snižovat na přibližně 18 %. Předpokládá se i nárůst populační skupiny osmdesátiletých a starších lidí, kteří na konci 20. století dosahovali 1 % populace a na konci 21 století by jejich podíl měl odpovídat 3 %.

## **2 WHO PROGRAM ZDRAVÉ STÁRNUTÍ**

Světová zdravotnická organizace při naplňování programu Zdraví 21 a jeho osnovy péče o zdraví populace v 21. Století má jeden z cílů programu tzv. zdravé stárnutí. Důraz je kladen na koncepční přístup ke zdravotním a sociálním službám a na programy, které posilují bezpečnost občanů ve společnosti. Vychází z faktu, že stárnutí je zcela přirozený a fyziologický proces, při kterém dochází v organizmu k mnoha změnám. Zahrnuje vytvoření podmínek pro lidi ve věku nad 65 let pro možnost plného využívání svého zdravotního potenciálu

a aktivního života ve společnosti. Hlavním problémem a důsledkem demografického stárnutí populace je ekonomické zajištění osob a poskytnutí specifických služeb, kterou lidé starších věkových skupin potřebují. Zvyšují se nároky na poskytování zdravotní péče, důležitá je strategie zaměřená na zdravotní služby pro seniory. Vytváření vstřícné společnosti ke stáří a starším lidem je úkolem pro každého.

### 3 CÍLE PÉČE O SENIORY

Mezi obecně platné cíle organizace péče o seniory v České republice patří: rozšiřování ambulantní péče (primární a komunitní), obecně zkracování hospitalizací na nejkratší možnou optimální dobu a minimalizace dlouhodobé, popřípadě trvalé ústavní péče. V péči o seniory platí princip komplexnosti a neoddělitelnosti zdravotní a sociální složky, které musí být poskytovány současně. V posledních letech u nás dochází k výrazné geriatrické ošetrovatelství a medicíny, proto se musí struktura zdravotnických zařízení, charakter péče i spektrum poskytovaných sociálních služeb přizpůsobit starým a většinou nemocným lidem. Zkracuje se hospitalizace, omezují se dlouhodobé a trvalé ústavní pobyty, rozvíjí se nové netradiční formy péče o staré občany. Cílem jakékoli gerontologické (geriatrické) péče včetně péče ošetrovatelské je zajistit všestrannou, vysoce odborně erudovanou a lidsky kultivovanou péči o staré nemocné. Všeobecné sestry poskytují ošetrovatelskou péči starým nemocným v jejich vlastních domácnostech, v nemocnicích, v institucích dlouhodobé a specializované péče, v ordinacích praktických lékařů, v agenturách domácí péče. Zaměření jejich činnosti je různorodé a vychází z potřeb pacienta. Všeobecná sestra v současnosti působí v roli ošetrovatelky, edukátorky, manažerky, výzkumnice, konzultantky, obhájkyně práv nemocného, provozovatelka služeb atd. Postihnout roli sestry v péči o starého nemocného a zdravého člověka je obtížné, protože sestry pracují v různých podmínkách terénní, ambulantní a ústavní péče. Toto mnohostranné zaměření sesterských činností lze nazvat obecně komplexem sesterských činností. Koncepce zdravotně sociální péče o seniory akceptuje velkou heterogenitu této populace. Z tohoto důvodu je nezbytný individualizovaný přístup k jejím potřebám. Institucionální i neinstitutonální formy péče by měly vycházet z modifikace následujících principů:

- **demedicalizovat**, tedy odmedicalizovat: medicína má samozřejmou povinnost postarat se o staré lidi, ale problém celého stáří vyřešit nemůže. Zdravotníci by však měli být seznámeni nejen se svými jednoznačně artikulovanými kompetencemi, ale i s možnostmi následné péče,



a to jak ve smyslu lékařském, tak psychologickém a sociálním. Akcent je kladen na kvalitu života seniora, přirozenost prostředí a na autonomii.

- **deinstitucionalizovat**, tedy odinstitucionalizovat: prakticky to znamená, že péče o potřebné seniory by měla být realizovaná mimo instituce, samozřejmě nejlépe doma, i když třeba s intervencí zdravotnické nebo sociální pomoci. Pobyt starého člověka na lůžku v nejrůznějších institucích je často nutná, někdy vhodná, jindy však nadbytečná nebo vysloveně zbytečná. Prioritou je ošetřování a zabezpečení v domácím prostředí. Hlavní je rozvoj terénních zdravotních a sociálních služeb a podpora integrace seniora do společnosti.

- **desektorizovat** (popř. derezortizovat), což znamená, že je třeba opustit představu, že jeden nebo dva rezorty (zdravotnictví a sociální služby) pokryjí všechny potřeby starších a starých nemocných lidí. Opak je pravdou a každý rezort lidské činnosti přece může přispět k řešení dílčích problémů lidí: např. výroba a prodej vhodných potravin, obuvi, šatstva, speciálních pomůcek, časopisů a knih, bezbariérové přístupy na úřady, městskou hromadnou dopravu a v kulturních zařízeních apod. Je potřeba akcentace multidimenzionální a multidisciplinární povahy potřeb a služeb, týmová práce, propojení zdravotních a sociálních služeb, propojení rodinné a profesionální péče.

- **deprofesionalizovat**: to znamená, že se určité jednoznačně definované profese samozřejmě musejí podílet na péči o staré lidi (např. všeobecná sestra, lékař, sociální pracovník, pečovatelská atd.), ale nikomu z těch, kteří jsou ochotni a schopni participovat na péči, by nemělo být bráněno v prospěšných aktivitách. Koordinace nejrůznějších typů pomoci je však žádoucí – podpora rodiny, sousedské pomoci, seniorské svépomoci, dobrovolnictví atd.

Úspěšnost uvedené strategie předpokládá tzv. celospolečenskou prostupnost seniorské problematiky. I když se i u nás strategie 4xD začala uplatňovat v praxi, řada problémů zůstala nevyřešena a jiné přibyly. V oblasti péče o seniory dominují v České republice mezi poskytovanými službami především sociální a zdravotní služby, jejichž cílem je podpora zdraví a pohody seniora, prevence nemocí, posilování autonomie a soběstačnosti, zajištění základních životních potřeb, podpora co nejdélsího setrvání seniora v jeho přirozeném domácím prostředí. Zhorší-li se zdravotní stav nebo soběstačnost seniora natolik, že mu již nelze péči zajistit v domácím prostředí, nastupuje pomoc ve formě sociálních a zdravotních služeb poskytovaných speciálními organizacemi a institucemi k tomu určenými. Primární odpovědnost za dostupnost služeb dle individuální situace občana má stát, koordinace a organizace služeb je zajišťována na místní nebo regionální úrovni. Zdravotně sociální péče

není považována za zvláštní typ péče, ale za oblast péče nacházející se v průniku dvou rezortů – Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva práce a sociálních věcí. Může se jednat převážně o péči sociální s výraznými prvky péče zdravotní, o péči zdravotní s výraznými prvky sociální péče nebo o péči integrovanou, kde lze jednotlivé prvky velmi těžko odlišit. V systému komplexní zdravotně sociální péče je zakomponována velmi aktuální i kvalitativní následná péče. V zájmu seniorů i v zájmu společnosti by měla zdravotně-sociální politika usilovat o aktivní ambiciózní seniorskou populaci, která si zachovává zodpovědnost za sebe a která aktivně usiluje o udržení a zlepšování svého zdravotně funkčního stavu, o tzv. úspěšné stárnutí, zdravé stáří a o aktivní ovlivňování kompenzačních služeb, které jsou seniorům poskytovány.

#### **4 ROLE VŠEOBECNÉ SESTRY V PÉČI O SENIORY**

V ošetrovatelské péči se rozvíjejí a užívají různé hodnoticí a měřicí techniky, které by všeobecná sestra měla znát k zajištění kvalitní péče o pacienta. Sestra získá vstupní informace z ošetrovatelské anamnézy a zhodnotí nemocného z hlediska jeho současného stavu. Zjištění stavu nemocného se týká každodenního života, zdravotní, biofyzikální, emocionální, socioekonomické, kulturní a náboženské oblasti. Posuzování jako součást ošetrovatelského procesu představuje komplexní biopsychosociální posouzení člověka. Geriatrická diagnostika se opírá o obecně platné principy, má však také jistá specifika:

- soustřeďuje se na starého člověka (respektuje zvláštnosti vyššího a vysokého věku),
- je vícerozměrná (komplexní biopsychosociální posuzování),
- je problémově orientovaná (více na člověka než na nemoc),
- výsledkem musí být geriatrická intervence.

Všeobecná sestra hodnotí jednak vstupní informace a jednak nemocného z hlediska jeho současného stavu.

#### **5 FUNKČNÍ GERIATRICKÉ HODNOCENÍ**

Funkční geriatrické vyšetření (FGV) je komplexní zhodnocení zdravotního stavu seniora, které je doplněné o posouzení fyzické výkonnosti a soběstačnosti a zhodnocení psychických funkcí

ve spojení s jeho sociální situací. FGV se zaměřuje na specifické potřeby rizikových seniorů, kteří pro ohroženou nebo ztracenou soběstačnost vyžadují individuální přístup a péči. Důraz se klade na komplexnost, zaměření na funkční stav a kvalitu života. Komplexní geriatrické vyšetření zahrnuje jak oblasti zájmu, tak základní postupy k jejich posouzení. Jedná se o komplexní pojetí zdravím podmíněné kvality života (Kalvach a kol., 2004).

Hlavní oblasti zájmu podle Kalvacha a kol. (2004):

- 1) **Osobnost pacienta** – životní situace, priority v rozhodnutích, subjektivní kvalita života a existenciální smysluplnost.
- 2) **Tělesné zdraví** – nozologické diagnózy, funkční závažnost chorob, syndromologické diagnózy.
- 3) **Funkční výkonnost** – stabilita a chůze, výkonnost, tělesná kondice, výživa, funkční klasifikace zdraví.
- 4) **Duševní zdraví** – nosologické diagnózy, kognitivní a fatické poruchy a delirantní stavy, afektivní poruchy, psychická rovnováha, projevy maladaptace, vliv psychosociálních stresorů.
- 5) **Sociální souvislosti** – sociální role a vztahy, funkční náročnost a bezpečnost prostředí, sociální potřeby a poskytované či nárokové služby.

Ke stanovení funkčního stavu seniora se používá standardizovaných testů a škál. Posuzuje se:

**1) Zdravotní stav, zdravotní rizika a komorbidita** – komplexní klinické vyšetření se doplňuje o cílený screening rizikových faktorů (zrak a sluch, inkontinence, poruchy rovnováhy, malnutrice), hodnotí se imunizace, compliance, medikace z pohledu bezpečnosti a účelnosti.

**2) Fyzická výkonnost a soběstačnost** – hodnotí se mobilita, schopnost sebeobsluhy. U fyzicky zdatných jedinců se posuzuje ergometrie, spirometrie, v rámci dynamometrie se provádí handgrip – test na sílu stisku ruky. Využívá se standardizovaných testů na hodnocení celkového funkčního stavu a schopnosti vykonávat běžné denní činnosti spojené se sebeobsluhou a mobilitou v prostředí, ve kterém senior žije. Rozlišují se dva testy – Test instrumentálních činností (IADL) a Test základních všedních činností podle Barthelové (ADL). V obou testech se hodnotí samostatné provedení činností, eventuálně potřeba pomoci. Celkové skóre slouží k posouzení závažnosti postižení a potřeby pomoci a péče.

**3) Duševní zdraví a psychická pohoda** – vyšetření slouží k odhalení především kognitivní poruchy – demence nebo poruchy nálady a afektu – deprese, ke zhodnocení psychosociální pohody a životní spokojenosti. Pro zhodnocení se používá např. *Mini mental state examination* (MMSE) a Škála deprese pro geriatrické pacienty.

**4) Sociální status a ekonomické zajištění** – sledují se sociální kontakty seniora, pomoc rodiny, pečovatелů, hodnotí se rizika bydlení, ekonomické zabezpečení a poskytované sociální služby.

Cílem funkčního geriatrického vyšetření je zlepšit zdravotní stav seniorů, zpomalit nástup zdravotního postižení nebo omezit jeho rozsah a zlepšit tak celkovou kvalitu života. Zhodnocení zdravotního stavu seniora je důležité pro posuzování účinku léčby, rehabilitace a rehabilitačních a kompenzačních pomůcek, pro indikaci ošetrovatelské péče, pečovatelské služby nebo případně pro umístění do dlouhodobé ústavní péče. Klinicky význam funkčního geriatrického vyšetření se bude stále více uplatňovat u funkčně zdatných seniorů i při posuzování schopností absolvovat fyzicky náročné výkony a sportovní aktivity v rámci zdravého životního stylu a preventivních opatření. Mnohá hodnocení CGA probíhá ve třech stupních.

*Příklady trojúrovňového geriatrického hodnocení*

Parametr	Úroveň empirická	Úroveň orientační	Úroveň podrobná
<b>kognitivní funkce</b>	anamnestický rozhovor	Folsteinův test MMSE	psychiatrická exploatace CT, MR, psychologická baterie
<b>nutriční stav</b>	fyzikální vyšetření body mass index	mini nutritional assessment	využití kaliperu, impedance vyšetření laboratorní
<b>tělesná zdatnost</b>	anamnéza porovnání s vrstevníky	orientační test v terénu (chůze na čas)	bicykloergometrie test v běhátku
<b>disabilita, soběstačnost</b>	anamnéza fyzikálního vyšetření	dotazníková sestava ADL (např. Barthelové test)	speciální testování doma či v laboratoři na umělé dráze

### **Příklady trojúrovňového geriatrického hodnocení:**

- **První úroveň je empirická**, jde o expertní odhad daného parametru (disability, výživy, duševního stavu) na základě základního klinického vyšetření (anamnéza, fyzikální vyšetření).
- **Druhá úroveň orientační**, která využívá orientační screeningové testování. To je sice nenáročné na čas a vybavení, ale zatížené nižší senzitivitou anebo specificitou.
- **Třetí úroveň podrobná**, které používá speciální vybavení.

Využívá všech tří úrovní, je třeba pečlivě rozlišovat. Nemá smysl provádět samoúčelně u každého seniora bez ohledu na poměr prospěchu, rizika a nákladů (benefit/risk/cos ratio) náročná vyšetření, ale nelze je také v indikovaných případech odpírat (např. pro potřeba běžného rutinního CGA můžeme popsat tělesnou zdatnost jako „odpovídající vrstevníkům“, ale pro potřeby rekondičního programu či vyjádření k neobvyklé tělesné zátěži je třeba provést kvantitativní laboratorní vyšetření).

## **ZÁVĚR**

Geriatrické ošetřovatelství nejenže prostupuje prakticky všemi obory klinické medicíny pro dospělé a zaujalo velmi významnou pozici v oboru, především vyžaduje další kontinuální vzdělávání všeobecných sester. Standardní klinická vyšetření provádí v našich podmínkách lékař. S rostoucí autonomií sestry se ale současně zvyšuje její odpovědnost a samostatnost. Nezbytnou složkou vyšetřování starého člověka je diagnostika funkčních dopadů nemoci na starého člověka, které významným způsobem dávají mantinely jeho životu. Funkční stav musí být hodnocen individuálně a zároveň komplexně (ve všech aspektech jeho života, včetně prostředí). Sestra hodnotí jednak vstupní informace a jednak nemocného z hlediska jeho současného stavu. Ve světě bylo vypracováno a zpravidla také standardizováno mnoho ošetřovatelských metodik zaměřených např. na bolest, na soběstačnost, na výživu, dekubity apod. Na našich pracovištích se setkáváme většinou s převzatými, různě modifikovanými metodami. Všeobecné sestry musí být však vzdělány tak, aby byly připraveny na úkoly, které na ně jejich profese dnes klade, tj. aby mohly vykonávat svou profesi jako kvalifikovaný zdravotník.

## ZDROJE

JAROŠOVÁ, D., 2006. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 80-7368-110-2.

JAROŠOVÁ, D., 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2150-7.

HUDÁKOVÁ, A. a L. MAJERNÍKOVÁ, 2013. *Kvalita života seniora v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4772-9.

KALVACH, Z., Z. ZADÁK, a R. JIRÁK, 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0548-6.

ZDRAVÍ 21 – *Zdraví do 21. století*, 2001. Regionální úřadovna pro Evropu, Praha, 2001. ISBN 80-85047-19-5.

## KONTAKT

**PhDr. Jana Hlinovská, PhD.**

Vysoká škola zdravotnická o.p.s., Praha 5, Duškova 7

e-mail: [hlinovka@vszdrav.cz](mailto:hlinovka@vszdrav.cz)

**PhDr. Karolina Moravcová, PhD.**

Vysoká škola zdravotnická o.p.s., Praha 5, Duškova 7

e-mail: [moravcova@vszdrav.cz](mailto:moravcova@vszdrav.cz)

**Mgr. Eva Marková, Ph.D.**

Vysoká škola zdravotnická o.p.s., Praha 5, Duškova 7

e-mail: [markova@vszdrav.cz](mailto:markova@vszdrav.cz)

# MYXOIDNÍ LIPOSKARKOM S CHUDOU KLINICKOU SYMPTOMATOLOGIÍ

BRYCHTA, M., HAMPLOVÁ, L.

## Abstrakt

V článku popisujeme kazuistiku 32letého pacienta s myxoidním liposarkomem jakožto primárním tumorem v anterolaterální oblasti bérce, kdy jediná symptomatologie, byl progredující nárůst objemu lýtka na pravé dolní končetině, kdy byla postižena tumorem dle NMR o velikosti 8,3x7,4x 30 cm. RTG bez strukturálních změn skeletu, USG pravého bérce vaskularizovaná tkáň nepravidelné echogenity s oválným hyperechogenním relativně ostře ohraničením méně vaskularizovaným centrem, poté provedena NMR (01/2020) s výsledkem v.s. liposarkom pravého bérce, diagnóza verifikována biopsií (01/2020) typ myxoidní liposarkom high grade, nálezy prezentovány na semináři kliniky, pacient indikován k HILP (02/2020) v souvislosti s down stagingu tumoru, poté znova NMR k posouzení stavu po HILP a naplánování operace k exstirpaci tumoru. Před HILP celotělové CT s kontrastem k vyloučení metastáz – nález negativní. PET CT (04/2020) tumorozní proces pravého bérce bez regionální lymfadenopatie, bez známek vzdálené diseminace.

## Klíčová slova

Down staging, grading, HILP, myxoidní liposarkom

## ÚVOD

Liposarkomy patří mezi vzácné maligní nádory, které jsou zařazovány a označovány do kategorie z řad sarkomů, které vychází z tukové tkáně, tvoří cca 20 % všech sarkomů u dospělých a nejčastěji se objevuje mezi 5.-7 dekádou života.

Lokalizovány jsou převážně v retroperitoneálních oblastech, v hlubokém měkkém kompartmentu končetin a v mediastinu.<sup>1</sup>

Z hlediska histopatologického je jejich rozdělení celá řada, mezi základní rozdělení se řadí dobře diferenciovaný liposarkom, kulatobuněčný liposarkom, myxoidní liposarkom,

---

<sup>1</sup> MAČÁK, Jiří, Jana MAČÁKOVÁ a Jana DVOŘÁČKOVÁ. *Patologie*.

pleomorfní liposarkom, dediferenciovaný liposarkom. Charakteristickou buňkou pro liposarkom je lipoblast.<sup>2</sup>

Základem úspěšné léčby je včasná diagnostika – diagnóza by měla být stanovena do 6 týdnů a každá rostoucí afekce nad 5 cm by měla být podezřelá z malignity, nádory jsou obklopeny, „pseudopouzdem“, které jsou hyperemické a mohou krvácet. Metastatické centrum sarkomů jsou převážně plíce. *Sarkomy do 5 cm mají 37 % meta postižení v plicním parenchymu a nad 5 cm 57 %*<sup>3</sup>. Na tomto onemocnění by měli participovat patologové, onkologové ev. pediatričtí onkologové, ortopedi a chirurgové, radiodiagnostici. Základními vyšetřovacími zobrazovacími metodami jsou RTG, USG, NMR, CT, kdy však největší přínos pro diagnostiku liposarkomů je NMR. Umožní orientaci operatérovi, zobrazí měkké tkáně a rozsah postižení (jednotlivé kompartmenty). Pokud není k dispozici NMR provede se CT vyšetření, kdy je rozděleno na tři etapy (nativní, arteriální, portovenozní).<sup>4</sup>Nativní CT vyšetření přinese vyloučení krvácení a posouzení sycení, arteriální zobrazení cévního řečiště, portovenozní zobrazení posouzení vaskularizace, přítomnost solitárních ložisek a nekróz v neposlední řadě v případě maligního onemocnění se provádí celotělové CT s kontrastní látkou, k vyloučení, nebo potvrzení metastáz.

Léčba spočívá v radikálním chirurgickém zákroku, přičemž se definitivně odstraní tumor, adjuvantní systémová léčba není standard léčby sarkomů a neadjuvantní chemoterapie, se zvažuje v případě lokálně ohraničených tumorů, které jsou chemosenzitivní, kdy za účelem down stagingu tumoru, chirurgický zákrok nebude, tak radikální a je to pro končetinu šetřící zákrok např. HILP.<sup>5</sup>

## KAZUISTIKA

Pacient 32 let, kdy mu bylo prokázáno pomocí zobrazovacích vyšetřovacích metod a posléze biopsií z inkriminovaného místa na pravé dolní končetině v anterolaterálním kompartmentu myxoidní liposarkom – vzhledem k tomu, že tkáň, která byla odeslána na histologické vyšetření, byla kontuzovaná a lacerovaná nešlo se rozpoznat, zda o jaký histopatologický stupeň nádoru (grade) dle klasifikace TNM a I-IV st. grade se o low grade tumoru, nebo high grade. Pacientův případ přednesen na sympóziu v Praze usouzeno, že případ je vhodný konzultovat

<sup>2</sup> MAČÁK, Jiří, Jana MAČÁKOVÁ a Jana DVOŘÁČKOVÁ. *Patologie*.

<sup>3</sup> MAŠEK, MATĚJOVSKÝ a LESENSKÝ. *Nádory měkkých tkání v CT a MRI zobrazení*.

<sup>4</sup> MAŠEK, MATĚJOVSKÝ a LESENSKÝ. *Nádory měkkých tkání v CT a MRI zobrazení*.

<sup>5</sup> KOPEČKOVÁ, Kateřina. 44. *Brněnské onkologické dny*.



s VFN v Praze s II. chirurgickou a kardiovaskulární chirurgií VFN a 1. LF UK o snahu down stagingu rozsáhlého tumoru v anterolaterální PDK kompartmentu, pomocí indikace HILPu s následným zachováním končetiny, po onkologickém konziliu a po prezentaci postup schválen.

Před operací uděláno celotělové CT s kontrastní látkou, která byla podána jak perorálně, tak i v i.v. formě – neprokazuje metastázy, sklerotická ložiska v massa lat.ossis sacri dx. a 5. žebro dx. netypický charakter enostázy.

V den operace 12.2. 2020 probíhá dermatovenerologické konzilium z hlediska interního vyšetření pacient schopen k výkonu.

Na op. sále probíhá doplňovaná anestezie, nebo též balancovaná za pomoci inhalačních anestetik a za pomoci TIVA (1 % Propofol, SUKL poslední prodloužení registrace r. 2018) a SCHJ (SUKL, poslední prodloužení registrace r. 2007) - jako doplněk anestezie.

Zajištění dýchacích cest proběhlo supraglotickou pomůckou ve smyslu laryngeální masky od firmy Supreme. Zajištěn PŽK PHK 18 G CŽK ve v.jugularis I. dx., PMK typ Folley 14 Ch. + urobag s hodinovou diurézou a arteriální linka v a. radialis sin.

Angiochirurgové přikládají turniket na proximální část stehna a je použit TNF alfa Beromun 2 mg (EMA, poslední prodloužení registrace r.2009) a Melphalanu (SUKL, poslední prodloužení registrace r.2019), před tím ještě výpočet objemu končetiny na základě BMI a aproximací objemů válcových segmentů (metodika dle Eur J Cancer Clin Oncol 1982;18;905-10).

Objem stanoven na 12,29 l. Stanovená dávka Melpahalanu je 120 mg. Poté došlo k vypreparování cév z PDK a cestou mimotělního oběhu došlo k HILP.<sup>67</sup>

Krevní ztráty minimální KP a oběhově stabilní, přiměřený operační nález na operované končetině (Weilberding II.), založen Redon drain. Výkon trval v CA 4,5 hodiny a ad JIP II. chirurgická a kardiovaskulární chirurgie VFN a 1. LFUK. Na JIP postupné zlepšování stavu a neuropatických bolestí, ústup edému bérce, odstraněn Redon drain a pacient přeložen na standardní oddělení, kde počíná RHB.

3. *pooperační den* art. linka ex, CŽK ex, PMK ex.

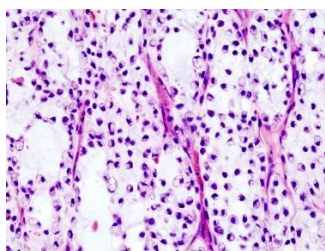
---

<sup>6</sup> Státní ústav pro kontrolu léčiv. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/>.

<sup>7</sup> *Klinická onkologie* [online]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/files/klinicka-onkologie/54.pdf>.

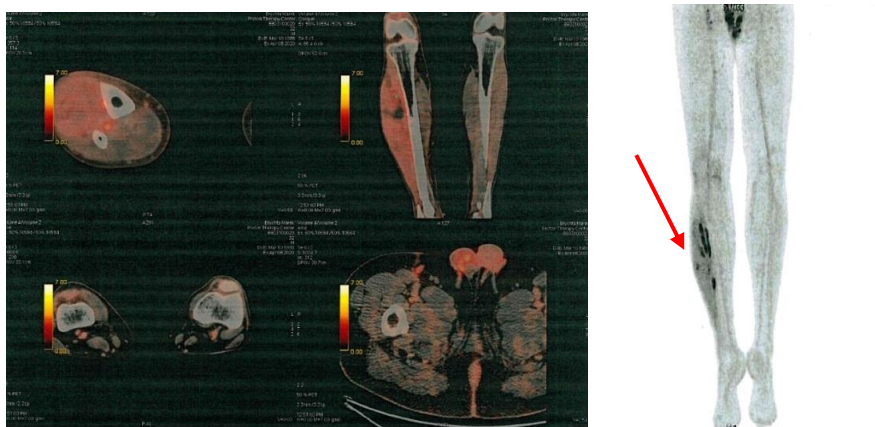
5. pooperační den kontrola KO+ Diff., PŽK ex a dimise domů z hlediska fyzikálního vyšetření, KP stabilní, AS pravidelná, zornice izo ++, karotidy normální náplň, štítná žláza – nehmatná, dýchání čisté alveolární, srdeční ozvy ohraničené, šelesti neslyšitelné břicho prohmatné, poklep diferenciovaně bubínkový nebolestivý, v niveu, per rectum – nevyšetřen, slezina -nenaráží, tapp.negativní, dále afebrilní , rána se hojí per primam bez dehiscence. Kožní svorky vyndány při ambulantní návštěvě 21.2.2020.<sup>8</sup>

V současné době pacient po HILP down staging. 04/2020 NMR po dvou měsících down staging minimální, PET CT 04/2020 tumorozní proces PDK, prostupující velkou část svalového kompartmentu pravého bérce o velikosti 8,3 x 7,4 x 30 cm (stejně velikostní hodnoty jako před HILP) bez regionální lymfadenopatie, popsané uzliny PDK v popliteální jamce a inquině spíše reaktivní, bez známek vzdálené diseminace. Radikální chirurgická revize naplánována 05/2020, kdy bude odstraněn i nervus peroneus communis.



**Obr. 1 High – grade sarkom**

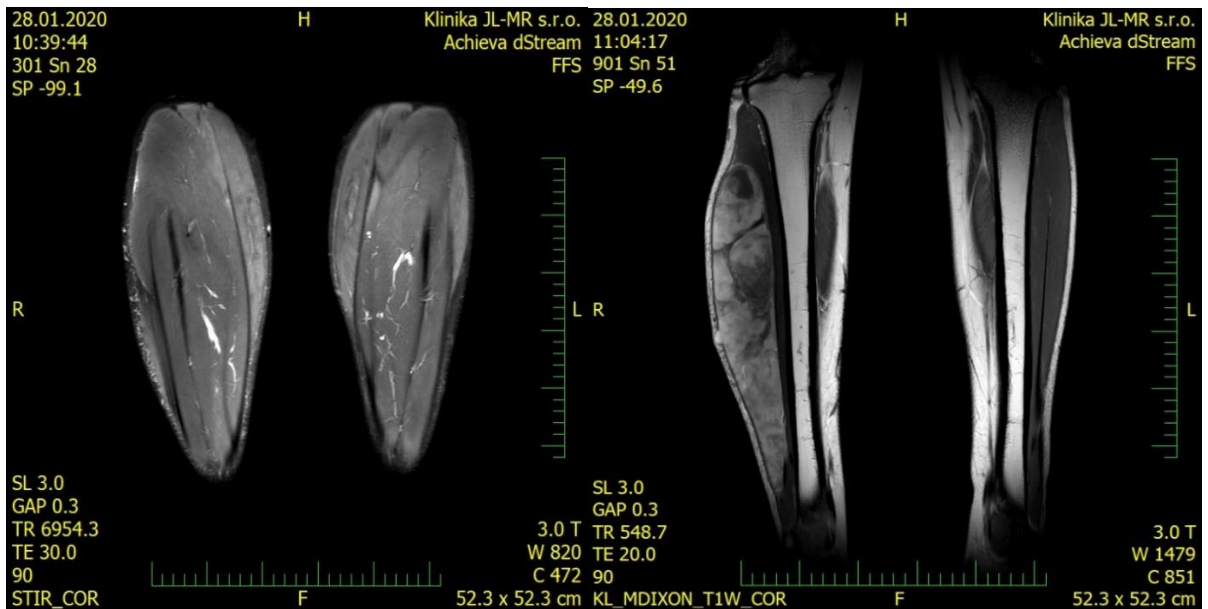
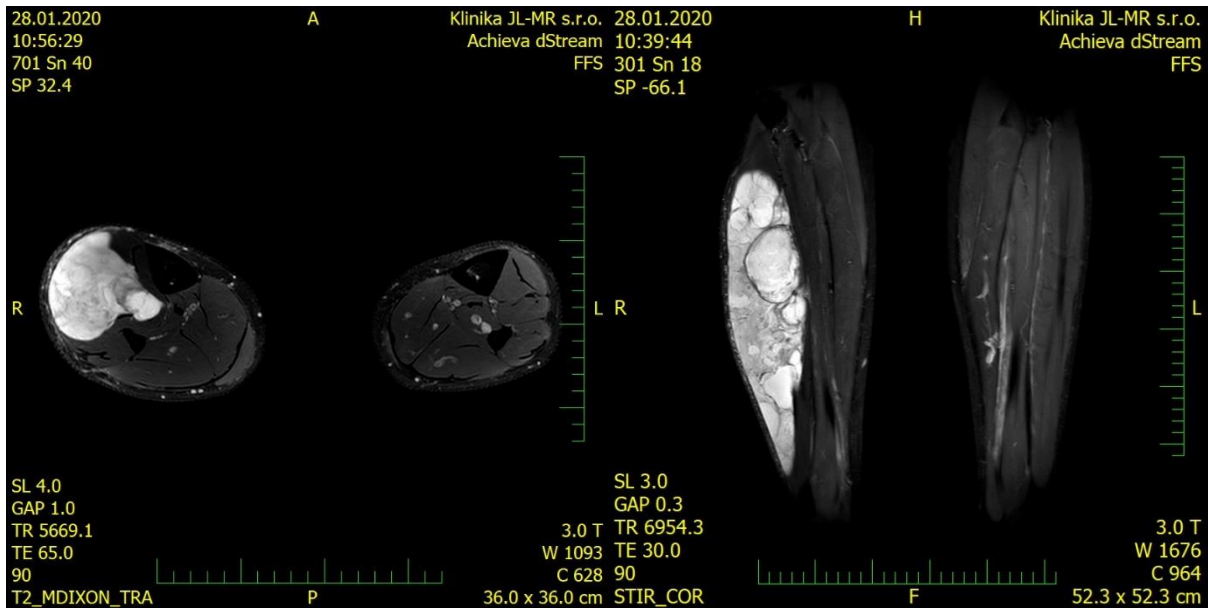
**Fig. 1 High – grade sarcoma**



**Obr. 2 PET CT tumor myxoidní liposarkom**

**Fig. 2 PET CT of tumour myxoid liposarcom**

<sup>8</sup> VASOČÁK, Dominik. *Propouštěcí zpráva Všeobecná fakultní nemocnice II. chirurgická klinika kardiiovaskulární chirurgie.*



Obr.3 NMR zobrazení myxoidního liposarkomu s kontrastní látkou

Fig.3 NMR imaging of myxoid liposarcoma with contrast medium



Obr. 4 48 dní po HILP, profilace tkáně, změna barvy, down staging režim  
Fig. 4 48 days after HILP, the tissue profiling changes color, down staging mode

## DISKUSE

Sarkomy měkkých tkání (STS) jsou rozsáhlou heterogenní skupinou onemocnění maligních nádorů, které vychází z neepiteliálních extraskelotárních struktur s výjimkou lymfatických uzlin. Nádory jsou lokalizovány v oblasti hlavy a krku 10 %, na horních končetinách asi 15 % a nejpočetněji jsou lokalizovány v oblasti dolních končetin, a to až ve 45 %. Incidence STS malignit je velmi nízká, uvádí se v intervalu 15-35 mil. obyvatel /rok. Přibližně 75 % jsou maligní podobě a asi 10 % jsou vytvořeny metastázy a až v 75 % jsou postiženy dolní končetiny. Nicméně převažují benigní nádory, které jsou velmi časté a jejich incidence je až 100 x vyšší než maligní nádory.

Jejich zákeřnost a nebezpečnost spočívá v jejich pozdní diagnostice, vzhledem k asymptomatickému oknu a často jediný příznak je ten, že narůstají na svém objemu a v tu chvíli se stávají neřešitelné pro chirurgické řešení (exstirpaci, resekci).<sup>910</sup>

*Podle klasifikace WHO jsou děleny do 40 morfologických jednotek a dále v podskupinách do více než 80 histopatologických entit<sup>11</sup>*

V diagnostice těchto typu nádorů má nezastupitelnou roli NMR, její bezesporná výhoda je v senzitivitě měkkých tkání a detailní zobrazení anatomických a morfologických struktur nádoru a také přináší operátorovi přehlednost operačního pole odkud bude exstirpován nádor.

Ještě před tímto definitivním chirurgickým zákrokem se může indikovat, tzv. záchranná operace pro končetinu typu HILP a její účel, nebo podstata je v tom, že má za úkol zmenšit primární nádor (down staging tu), aby následný chirurgický zákrok pro končetinu, nebyl tak devastující.

HILP (Hyperthermic Isolated Limb Perfusion) je metoda, kdy končetina je připojena na mimotělní oběh, kdy se zaškrtní končetina turniketem, vypreparují se přívodné cévy, které se izolují od systémového krevního oběhu a končetina je opakovaně perfundována cytostatiky, kdy jejich koncentrace je mnohonásobně vyšší než u parenterální celkové aplikace. Metoda HILP je založena na vlastnostech nádorových buněk, které jsou převážně termosenzitivní, kdy dochází k evokaci účinku cytostatik na hypertermii a lokální účinek při izolaci perfundované končetiny, není tak toxický na organismus jako jeho celku.<sup>12</sup>

Nevýhody HILP je únik cytostatik do systémového oběhu a tím spojeny komplikace v nejhrošším případě MODS, technicky náročná procedura a zdravotnické zařízení, které disponuje možností mimotělního oběhu a všemi pomůckami co je k mimotělnímu oběhu třeba a samozřejmě erudovaný personál ohledně této problematiky.<sup>13</sup>

Samostatný operační výkon spočívá v izolaci končetiny od systémového oběhu v souvislosti založením turniketu a vypreparováním cév, které se zasvorkují a následně končetina se připojí na mimotělní oběh a zajistí se oxygenace v druhém kroku se krev ohřeje na potřebnou teplotu a podají se cytostatika, které jsou indikovány individuálně dle onkologa a pacientově

<sup>9</sup> MAŠEK, MATĚJOVSKÝ a LESENSKÝ. *Nádory měkkých tkání v CT a MRI zobrazení.*

<sup>10</sup> KOPEČKOVÁ, Kateřina. *44. Brněnské onkologické dny.*

<sup>11</sup> ŠPUNAROVÁ, Kamila. *Sarkomy měkkých tkání a jejich terapie* [online].

<sup>12</sup> HODKOVÁ, Gabriela. *Metabolické důsledky hypertermické izolované končetinové perfuze HILP (Hyperthermic Isolated Limb Perfusion) u pacientů s maligním melanomem* [online].

<sup>13</sup> HODKOVÁ, ŠPAČEK a et al. XXI. Výroční sjezd české kardiologické společnosti.

diagnóze tomto případě to byly TNF alfa Beromun 2 mg (EMA, poslední prodloužení registrace r.2009) a Melphalanu 120mg (SUKL, poslední prodloužení registrace r.2019).<sup>1415</sup>

Poté je končetina perfundována cytostatiky asi 60 minut, pak se vypláchne končetina od cytostatik krystaloidním roztokem, dnes by se měly užívat balancované – vyvážené krystaloidní roztoky (např. Plasmalyte, Isolyte, Ringerfundin), během výplachu se upraví teplota končetiny na normotermii (+/-37 °C), závěrem se obnoví průtok krve končetinou a v této fázi je operace typu HILP ukončena.<sup>16</sup>

HILP je multidisciplinární metoda, kde je tvořený tým z erudovaných pracovníků (atest. lékařů dermatologie, onkologie, kardiiovaskulární chirurgie a angiochirurgie) a NLZP, které tvoří na operačním sále perioperační sestry, perfuziolog, sanitáři pro operační sály, anesteziologický tým (atest. lékař z anesteziologie a intenzivní medicíny, všeobecná sestra pro intenzivní péči/zdravotnický záchranář). HILP metoda je branná jako standardní operační výkon, kdy pak pacienta směřujeme na pooperační péči ve smyslu uložení na akutní lůžkovou péči JIP.<sup>1718</sup>

## ZÁVĚR

Největší diagnostický přínos pro myxoidní liposarkom mají zobrazovací vyšetřovací metody, zejména MRI a pak neméně je důležité PET CT vyšetření, které vyloučí či potvrdí rozsev metastatických ložisek a stanovení grade nádoru, definitivní grade, ale určí až histopatologické vyšetření vzorku získaný z biopsie. Celková prognóza tohoto typu nádoru je příznivá při radikálním odstranění záleží na lokalizaci, která bývá ojediněle v intraperitoneálním prostoru, a to je pak neřešitelný problém. Recidiva myxoidního liposarkomu, nebývá častá, ale není nemožná vzniká nejčastěji ve stejném místě, kde byl už primární nález, nebo v okolních lymfatických uzlinách a všude tam kde se nachází vaskularizovaná tuková tkáň. Na XXI výročním sjezdu české kardiologické společnosti byla popsána a přednesena kazuistika 36letého muže, kdy byl léčen od r.2007 pro myxoidní liposarkom v levé podkolenní oblasti.

<sup>14</sup> HODKOVÁ, ŠPAČEK a et al. XXI. Výroční sjezd české kardiologické společnosti.

<sup>15</sup> Státní ústav pro kontrolu léčiv. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/>.

<sup>16</sup> HODKOVÁ, ŠPAČEK a et al. XXI. Výroční sjezd české kardiologické společnosti.

<sup>17</sup> ČESKO, 2017 Zákon č. 67 ze dne 1. července 2017 kterým se mění zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů. Dostupné z: [https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-67/zneni-20170701#cl1-28\\_f6011582](https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-67/zneni-20170701#cl1-28_f6011582).

<sup>18</sup> Nařízení vlády č.31 ze dne 11.ledna 2010 o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2010-31/zneni-20100218#p4-1>.

Jedná se o jedinečnou případovou studii, kdy myxoidní liposarkom metastazoval do mezikomorového septa, kdy poté byla provedena úspěšná chirurgická resekce.<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> VIRTOVÁ, R., T. GAZDIČ, J. PIRK a et al. XXI. Výroční sjezd České kardiologické společnosti: Vzácná metastáza myxoidního liposarkomu do mezikomorového septa srdce.

## ZDROJE

ČESKO, 2017 *Zákon č. 67 ze dne 1.července 2017 kterým se mění zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů*. In: . 2017. Dostupné také z: [https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-67/zneni-20170701#c11-28\\_f6011582](https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-67/zneni-20170701#c11-28_f6011582)

HODKOVÁ, Gabriela, 2011. *Metabolické důsledky hypertermické izolované končetinové perfuze HILP (Hyperthermic Isolated Limb Perfusion) u pacientů s maligním melanomem* [online]. Praha, 2011 [cit. 2020-03-28]. Magisterská. Univerzita Karlova v Praze, 1.lékařská fakulta.

HODKOVÁ, ŠPAČEK a et al. XXI. Výroční sjezd české kardiologické společnosti: Izolovaná končetinová perfuze– HILP (Hyperthermic Isolated Limb Perfusion): Perioperační péče o pacienty s maligním melanomem. XXI. Výroční sjezd české kardiologické společnosti [online]. b.r. [cit. 2020-04-18]. Dostupné z: [http://www.cksonline.cz/21-vyrocní-sjezd-cks/sjezd.php?p=read\\_abstrakt\\_program&idabstrakta=639](http://www.cksonline.cz/21-vyrocní-sjezd-cks/sjezd.php?p=read_abstrakt_program&idabstrakta=639)

*Klinická onkologie: časopis České a Slovenské onkologické společnosti* [online]. Praha: Česká lékařská společnost J.E.Purkyně, 2000 [cit. 2020-03-28]. ISSN 0862-495 X. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/files/klinicka-onkologie/54.pdf>

KOPEČKOVÁ, Kateřina, 2020. *44. Brněnské onkologické dny: Sarkomy měkkých tkání - systémová terapie*. Praha, 2020. Dostupné také z: <https://www.onkologickedny.cz/program/sarkomy-mekkych-tkani-systemova-terapie/c1025>

MAČÁK, Jiří, Jana MAČÁKOVÁ a Jana DVOŘÁČKOVÁ, 2012. *Patologie*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3530-6.

MAŠEK, MATĚJOVSKÝ a LESENSKÝ, 2018. *Nádory měkkých tkání v CT a MRI zobrazení*. Brno. Dostupné také z: <https://www.akutne.cz/res/publikace/06-ma.pdf>

*Nářízení vlády č.31 ze dne 11.ledna 2010 o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí*. In: . 2010. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2010-31/zneni-20100218#p4-1>



Státní ústav pro kontrolu léčiv. *Státní ústav pro kontrolu léčiv* [online]. Praha, 2010 [cit. 2020-03-28]. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/>

ŠPUNAROVÁ, Kamila, 2014. *Sarkomy měkkých tkání a jejich terapie* [online]. Olomouc, 2014 [cit. 2020-04-18]. Dostupné z: [https://theses.cz/id/qyntdy/punarov\\_-\\_Sarkomy\\_mkkch\\_tkn\\_a\\_jejich\\_terapie.pdf](https://theses.cz/id/qyntdy/punarov_-_Sarkomy_mkkch_tkn_a_jejich_terapie.pdf). Bakalářská. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd. Vedoucí práce Yvona Klementová.

VASOČÁK, Dominik. *Propouštěcí zpráva Všeobecná fakultní nemocnice II. chirurgická klinika kardiovaskulární chirurgie*. Praha, 2020.

VIRTOVÁ, R., T. GAZDIČ, J. PIRK a et al., 2013. XXI. Výroční sjezd České kardiologické společnosti: Vzácná metastáza myxoidního liposarkomu do mezikomorového septa srdce. Česká kardiologická společnost [online]. Brno, 2013, 4.května 2013 [cit. 2020-05-15]. Dostupné z: [http://www.cksonline.cz/21-vyrocní-sjezd-cks/sjezd.php?p=read\\_abstrakt\\_program&idabstrakta=297](http://www.cksonline.cz/21-vyrocní-sjezd-cks/sjezd.php?p=read_abstrakt_program&idabstrakta=297)

## **KONTAKT**

### **Bc. Marek Brychta**

absolvent Vysoké školy zdravotnické o.p.s., Praha 5, Duškova 7

### **doc. MUDr. Lidmila Hamplová, PhD.**

Vysoká škola zdravotnická o.p.s., Praha 5, Duškova 7

e-mail: [hamplova@vszdrav.cz](mailto:hamplova@vszdrav.cz)

# NÁCHYLNOST STUDENTŮ MEDICÍNSKÝCH OBORŮ KE STRESU V KOMPARACI S MÍROU NÁCHYLNOSTI STUDENTŮ JINÝCH OBORŮ

ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ, M.

## Abstrakt

Príspevek se zaměřuje na analýzu náchylnosti k výskytu syndromu vyhoření u studentů vysokých škol medicínského zaměření. Vysoká míra stresu a následně vznikající syndrom vyhoření stojí za nárůstem zdravotních (psychosomatických) obtíží mladých studujících a je častou příčinou předčasného ukončování studia. K získání dat byl použitý standardizovaný Inventář projevů syndromu vyhoření, který sleduje projevy syndromu vyhoření ve čtyřech základních rovinách – rozumové, emocionální, tělesné a sociální. Data byla získána mezi studenty vysokých škol v České republice, celkový počet respondentů činil 1106 studentů (studentů medicínských oborů bylo 263). U studentů medicínských oborů jsme očekávali vysokou míru stresu, oproti očekávání měli tito studenti nejnižší hladinu stresu ve všech sledovaných rovinách. Patří tak mezi studenty nejméně ohrožené vznikem syndromu vyhoření. I přes tyto výsledky je vhodné věnovat pozornost prevenci působení stresu u studujících tyto obory.

## Klíčová slova

Syndrom vyhoření. Studenti VŠ. Medicínské obory

## ÚVOD

Stres je dnes bohužel nedílnou součástí života každého z nás. V souvislosti se stresem hovoříme o působení zátěžových situací. Zátěžové neboli náročné situace se objevují v životě každého člověka a musí se s nimi naučit vyrovnávat. Tyto svízelné situace mají často vliv na zdraví jedince. Do samotného života však patří, jsou přirozené a také nezbytné pro utváření osobnosti. Každý člověk si osvojuje řešení či zvládání strategií řešení těchto situací. Vede ho to k hledání nových cest a k vyšším výkonům. Zvládání těchto nepříjemných událostí se v odborné literatuře nazývá anglickým pojmem coping, který vznikl z řeckého colaphos (tj. přímý úder na ucho, přesněji prát se, vypořádat se s někým/s něčím). Další možností názvu pro proces zvládání stresu či náročných životních událostí je např. stress management.

Nepřiměřené stupňování náročnosti situace se může stát zdrojem nežádoucích stavů a reakcí. V odborné literatuře můžeme nalézt odlišné pojetí pojmu zátěž (load) a stres, které se od sebe liší obsahově. Z psychologického hlediska do zátěžových situací řadíme i konflikt a frustraci.

Mezi velmi časté důsledky stresu dnes patří syndrom vyhoření, nejčastěji se vyskytující u pomáhajících profesí. Přesto se v posledních letech setkáváme s pojmem syndrom vyhoření i v souvislosti s rodičovstvím (blíže např. diplomová práce Simony Necidové, 2018) či studujících vysoké školy (viz předkládaný projekt studentů magisterského studia VŠTVS PALESTRA v rámci interního studentského grantového úkolu SV/II/2).

Základním východiskem příspěvku je právě úvaha o vlivu dlouhodobého stresu na následný vznik syndromu vyhoření a o vlivu faktorů, který tento proces ovlivňuje. Z našeho pohledu se jeví jako velmi účelné sledovat náchylnost ke stresu již u studentů vysokých škol, s důrazem na náchylnost ke stresu u studentů medicínských oborů (ve srovnání s mírou náchylnosti u studentů oborů odlišných).

Jako základní teoretické východisko pak může posloužit definice Křivohlavého (1998): „Vyhoření je stav člověka, který se podobá vysychání pramenů či vybíjení baterie. Stejně jako stres ani burnout není mimo nás, ale v nás. Neznáme ho, dokud se v nás nezabydlí.“ Toto vyhoření je důsledkem nepřiměřeného působení stresu, proto je vhodné zaměřit pozornost rovněž na základní stresory v životě vysokoškolských studentů.

## 1 CÍLE

Cílem výzkumného šetření je analyzovat míru náchylnosti ke stresu (jako možného faktoru následného vzniku syndromu vyhoření) u vysokoškolských studentů medicínských oborů a následně porovnat, zda jsou studenti medicínského zaměření náchylní ke stresu více než studenti jiných oborů či nikoliv.

Dílčími cíli je zároveň analýza jednotlivých rovin těchto studentů a zhodnocení získaných dat s pomocí statistických metod.

Tato zjištění lze považovat za základní východiska při plánování preventivních projektů pro studenty vysokých škol či správné nasměrování preventivně edukačních aktivit vysokoškolských poradenských center (blíže např. Švamberská Šauerová, 2017, 2019).

## 1.1 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Hlavními výzkumnými otázkami byly:

- Jsou studenti medicínských oborů více náchylní ke stresu, než studenti jiných oborů?
- Ve které rovině dosahují studenti medicínských oborů nejvyšší náchylnosti?
- Lze statisticky prokázat nějaký trend rozdílu mezi skupinou studentů medicínských oborů a ostatními sledovanými skupinami?

Pro zodpovězení otázek je použita analýza relativních četností a grafického vyjádření pro prezentaci získaných dat. Pro hodnocení trendu rozdílu u transformovaných dat byl použit model jednofaktorové analýzy rozptylu (ANOVA) následovaný vícenásobným porovnáváním s Bonferroniho korekcí na multiplicitu na hladině statistické významnosti  $P=0,05$ .

## 2 PŘÍČINY STRESU U VYSOKOŠKOLSKÝCH STUDENTŮ MEDICÍNSKÝCH OBORŮ

Příčin stresu může být celá řada. Některé jsou zcela individuální, jiné spíše charakteru institucionálního či společenského. S ohledem na hledání různých způsobů prevence duševního zdraví je vhodné si jednotlivé příčiny stresu u studentů vysokých škol konkretizovat.

### 2.1 INDIVIDUÁLNÍ PSYCHICKÉ PŘÍČINY

Celou řadu myšlenkových a pocitových vzorů, které vyvolávají stres, si člověk osvojil během dětství ve své rodině. Buď je zažil u svých rodičů (působení modelu), nebo je musel rozvinout, aby mohl v rodině psychicky a fyzicky přežít. Z psychologického pohledu jsou při výzkumu stresu rozlišovány osobnosti s re-aktivním nebo pro-aktivním životním postojem.

Lidé se základním re-aktivním postojem jsou podstatně náchylnější ke stresu a jsou pro ně charakteristické následující způsoby chování – cítí se být pasivně vystavováni událostem ve svém životě, připadají si jako řidič, který neumí řídit automobil, svoji vlastní zodpovědnost přenášejí na jiné osoby nebo instituce (např. své neúspěchy přednášejí studenti na učitele, rodiče, viní za svůj neúspěch celý školský systém).

Proaktivní lidé se vyznačují tím, že se orientují spíše na přítomnost a budoucnost než na již prožité události. Přejímají odpovědnost za sebe sama, k problémům přistupují angažovaně, chápou je jako výzvu pro svůj rozvoj, pokoušejí se je ovlivnit, popřípadě vyřešit.

Zákonitosti lidského vnímání určité situace nebo vzpomínání na ni (interpretace a hodnocení této interpretace) a jimi vyvolané duševní a fyzické pocity a způsoby chování, mohou vést jak k pozitivnímu, tak k negativnímu myšlení. Nemůžeme samozřejmě nijak ovlivnit různé životní události, ale máme vliv na to, jak o těchto událostech uvažujeme a jak s nimi zacházíme.

Studenti, kteří trpí pocity nesmyslnosti a marnosti ze svého studia, nenachází v něm uspokojení, se ocitají v začarovaném kruhu a velmi často u nich dochází k tzv. prokrastinaci (oddalování plnění svých povinností). Studium pro ně ztrácí smysl a na zvládnutí každodenních povinností musí vynaložit mnohem více energie než ostatní, což působí velmi demotivačně. Důsledkem tohoto stavu je nárůst negativních reakcí ze sociálního okolí (nespokojení učitelé zkoušející „nepřipraveného“ studenta, rodiče, přátelé). To vše ve vzájemných souvislostech pak vede i ke vzniku syndromu vyhoření (blíže Hennig, Keller, 1996).

Obecně se studium na biomedicínských oborech považuje za nejnáročnější, přitom výsledky studentů patří v tomto průzkumu mezi „nejlepší“. Určitým faktorem ovlivňujícím pozitivně získané výsledky může být vysoká společenská prestiž (tedy působí jako významný motivátor), dále velmi časté osobnostní zaměření na daný obor (studující těchto oborů mají většinou jasnou představu o oboru a zájem, který musí prokázat v náročném přijímacím řízení). Rovněž lze uvažovat, že tento obor volí osobnostně houževnatější lidé, kteří již pro dosažení předchozích cílů museli vyvinout více úsilí, než ostatní. V tomto kontextu je velmi příhodné uvažovat Vroomovu expektační teorii zdůrazňující právě významnost cíle při vyvíjení úsilí ho dosáhnout (viz obr. č. 1).

*Obr. 1 Vroomova expektační teorie*



Studijní skupiny nebývají veliké, je zde tedy prostor pro navázání vhodných sociálních vazeb (oproti např. studujícím právo). Zásadním faktorem, který může výsledky ovlivnit, bývá péče, která je studentům věnována v jednotlivých seminářích, studující jsou s ohledem na své budoucí

profesní orientaci již v rámci studia seznamování s technikami zvládnání stresu, s různými kazuistickými semináři apod.

Na konferencích Asociace vysokoškolských poradenských psychologů jsou často prezentovány programy, které jsou studentům biomedicínských zaměření nabízeny (konkrétně program podpory zdraví a snížení závislosti na kouření pro studenty LF UK - MUDr. Dagmar Schneidrové, CSc.).

Řada vysokých škol nabízí studentům velmi kvalitní služby – pro studenty těchto oborů na Univerzitě Karlově jsou nabízeny kromě běžných služeb kariérního poradenství i služby psychologické a adiktologické poradny, jsou nabízeny ale i služby Akademické farnosti. Využívání služeb jednotlivých středisek může být centrem zájmu dalších výzkumných šetření.

## **2.2 INDIVIDUÁLNÍ FYZICKÉ PŘÍČINY**

Tělesné příčiny stresu a následný vznik syndromu vyhoření může člověk ovlivnit hůře, než psychické příčiny.

Fyzickými příčinami jsou nejčastěji nezdravý způsob života a snaha odstranit působení stresových situací za pomoci nevhodných způsobů – například alkoholu, nadměrné konzumace jídla, užívání léků, kouření či dalších patologických způsobů chování.

V tomto směru mají studenti medicínských oborů relativní nevýhodu oproti studentům jiných škol, neboť mají díky nárokům studia nejméně „času“ na volnočasové a sportovní aktivity, na druhou stranu, z principu svého studia jsou nejlépe edukováni o významu pohybových aktivit v prevenci stresu.

## **2.3 INSTITUCIONÁLNÍ PŘÍČINY**

Stres často není následkem individuálních či mezilidských problémů, ale vyplývá z nedostatků v řízení a struktuře společenských institucí a organizací. Negativní vliv prostředí vysokých škol lze vystopovat již z jeho charakteristiky jako konkrétního pracoviště:

- nedostatečné prostory;
- špatné osvětlení;
- tlak na výkon (mentální, fyzický);
- nedostatečné moderní technologie používané ve výuce;
- „zkostnatělý“ výukový systém některých profesorů a docentů;
- Nedostatečně ergonomicky upravené učebny (jen židle bez stolů);

- Nedostatečná organizace rozvrhu – nedostatek času na přejezdy mezi různými místy pro výuky;
- Omezená pracovní doba studijního oddělení, sekretariátů kateder;
- Nedodržování konzultačních hodin vyučujícími;
- Nedostatečná pružnost v mailové komunikaci ze strany vyučujících;
- Doporučování nedostupné literatury, lpění jen na literatuře, jejichž autorem je vyučující;
- Tlak některých vyučujících na memorování studijní látky bez porozumění, bez podpory ke kritickému myšlení, negativní vnímání snahy studenta o diskusi;
- Špatně fungující (resp. občas nefungující) informační systémy škol (přihlašování do semestrů, zápisy předmětů, přihlašování na zkoušky);
- Nedostatečná propojenost obsahů výuky s potřebami praxe;
- Špatný výběr oboru ze strany studenta (viz šetření Eurostudent – Fišer, Vltavská a kol., 2016; Švamberk Šauerová, 2017);
- Využívání studentů akademickými pracovníky při sbírání dat a při plnění povinné publikační činnosti (přisvojování si autorství těchto prací – blíže Fišer, Vltavská a kol., 2016);
- Nová akreditační řízení, jimiž vysoké školy od roku 2018 procházejí a které mohou ovlivnit možnost studentů dostudovat nebo studovat zamýšlené obory (jak na úrovni bakalářského, tak i magisterského či doktorandského studia).

## 2.4 SPOLEČENSKÉ PŘÍČINY

Škola není odtržená od společnosti, tedy se do ní velmi intenzivně promítá aktuální společenské dění i názory. Na společenskou odpovědnost (tzv. třetí roli vysokých škol) se tak klade v poslední době velký důraz, vysoké školy se podílejí na společenském dění, zástupci vysokých škol se podílejí na společensky prospěšných aktivitách a klade se rovněž důraz na úzkou spolupráci terciární sféry se sférou komerční.

Z tohoto hlediska je však nutné si uvědomit, nakolik vysoké školy mohou pružně reagovat na společenskou poptávku trhu, budeme-li uvažovat dosud obvyklý způsob akreditačních řízení, který byl doposud velmi zdlouhavý. Lze očekávat, že nový systém, založený na institucionálních akreditacích, umožní vysokým školám pružněji na aktuální poptávku trhu a společenské potřeby reagovat.

Studenti medicínských oborů mají možnost velmi významně se podílet na společenském dění, přípravou a organizací různých zdravotně orientovaných programů, jejich podíl na

společenském dění – tzv. společenské odpovědnosti lze doložit v aktuální situaci, kdy studenti lékařských fakult nabízejí pomoc při řešení epidemie koronavirem (blíže zpravodajství ČT 24 – Aleksi Šed'o – Nemocnice v době šíření koronaviru).

### **3 METODOLOGIE**

V úvodní části příspěvku byla věnována pozornost vymezení základních pojmů s přihlédnutím k populaci vysokoškolských studentů medicínských oborů a souvislostem, které mezi těmito jevy lze zachytit.

Východiskem projektu je výrazný nárůst psychosomatických a psychických obtíží u studentů vysokých škol (výsledky statistik jednotlivých poradenských center vysokých škol, výsledky průzkumů zaměřených na mapování psychosomatických obtíží u vysokoškolských studentů), vysoká „úmrtnost“ a fluktuace studentů po prvním ročníku studia, často prezentovaná demotivace studentů na akademických senátech, ve výuce, v pravidelných evaluacích (např. šetření Eurostudent - Fišer, Vltavská a kol., 2016; statistická data Rady vysokých škol 2016 - 2019, výroční zprávy vysokých škol).

#### **3.1 METODY ZÍSKÁNÍ A ZPRACOVÁNÍ DAT**

Průzkum byl prováděn za pomoci Inventáře projevů syndromu vyhoření (Tošner, Tošenrová, 2002), který je z dostupných metod pro účely šetření nejvhodnější – poskytuje informace o dané osobě ve čtyřech základních rovinách (blíže popis metody sběru dat dále).

Základní zpracování je provedené s pomocí procentuálního vyjádření, pro statistické zpracování dat bylo použito modelu jednofaktorové analýzy rozptylu (ANOVA) následovaného vícenásobným porovnáváním s Bonferroniho korekcí na multiplicitu.

Na základě vyhodnocení získaných dat bude možné stanovit, zda studenti medicínského zaměření vykazují vyšší náchylnost ke stresu (a tedy i následně náchylnost ke vzniku syndromu vyhoření), než studenti jiných oborů, a to jak v komplexním hodnocení, tak v jednotlivých sledovaných rovinách – rozumové, emociální, tělesné a sociální. S ohledem na podrobnější analýzu problémových oblastí (oblastí, v nichž studenti pocítují závažnější nedostatky), je možné pro studenty medicínských škol následně nabídnout základní programy prevence.



### 3.2 Cílová skupina

Cílovou skupinou byli studující vysokých škol, a to s různým studijním zaměřením, které bylo pro rozděleno do pěti základních oblastí:

- biomedicínské zaměření;
- společenskovední;
- technické;
- sportovní;
- umělecké.

Studijní zaměření obsahuje různé obory, z metodologického hlediska je nutné upozornit, že šlo o záměrný výběr konkrétních oborů, snahou výzkumného týmu bylo zařadit do průzkumu více studijních oborů v rámci jednotlivých zaměření, přesto nelze výsledky uvažovat jako komplexní (každý obor má svá vlastní specifika), spíše je vhodné získaná data nahlížet jako cestu, jak lze v jednotlivých oborech u dané skupiny studentů diagnostikovat míru stresu a náchylnost k syndromu vyhoření a jaká preventivní opatření – preventivně edukační programy - lze v jednotlivých případech realizovat.

Pro zachování metodologické korektnosti jsou níže uvedené konkrétní obory (nebo fakulty), které byly vřazeny do jednotlivých studijních zaměření:

- biomedicínské zaměření (fyzioterapeut, všeobecné lékařství, záchranář),
- společenskovední (ekonomika řízení, právo, politologie, pedagogika, historie)
- technické (ČVUT strojní, Architektura)
- sportovní (FTVS, UPOL, TU Liberec)
- umělecké (Grafika - AVU, DAMU).

V tomto příspěvku je primárně zaměřená pozornost na výsledky studentů medicínských škol, které jsou následně podrobené komparaci s výsledky studentů ostatních oborů, z těchto důvodů jsou uváděné i počty studentů ostatních oborů.

### 3.3 DESIGN VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ – PLÁN, VÝZKUMNÝ SOUBOR, ORGANIZACE A METODY VÝZKUMU

Průzkum proběhl v měsících říjen-prosinec 2017 ve stanovených cílových skupinách (studijních oborech), výběr respondentů byl limitován možnostmi týmu, který data sbíral. Variabilita vzorku byla zajištěna sestavením několika výzkumných týmů (celkem 5), z nichž každý člen měl na starosti sběr dat v příslušném studijním zaměření – ale jiný obor a jiná škola

(stejného zaměření). Touto kombinací bylo možné minimalizovat dopad záměrného výběru respondentů z jedné konkrétní školy.

Následovalo zaznamenání dat do tabulky a grafické zpracování získaných dat za pomoci softwaru MS Excel.

### Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořilo celkem 1106 respondentů, studentů medicínského zaměření bylo 263. Níže v tabulce č. 1 je uveden celkový počet respondentů i v ostatních studijních zaměřeních. Rozdílné počty studentů jsou dány možnostmi týmu a celkovým počtem studujících tyto obory, hodnocení výsledků rozdílné počty neovlivňují, neboť se vychází z analýzy relativních četností hodnocení každé osobnostní roviny a celkového stavu studenta – resp. uvedená je průměrná hodnota, které studenti v jednotlivých rovinách a celkem dosáhli.

*Tabulka 1: Počty studentů*

Obor	Počet respondentů
Společenskovední obory	334
Sportovní obory	153
Umělecké obory	118
Technické obory	238
<b>Biomedicínské obory</b>	<b>263</b>
<b>Celkem</b>	<b>1106</b>

### Popis metody sběru dat

Pro získání dat byl použit standardizovaný Inventář projevů syndromu vyhoření (Tošner, Tošnerová, 2002).

Respondenti hodnotí 24 výroků na škále 0–4, přičemž: 0 – nikdy, 1 – zřídka, 2 – někdy, 3 – často, 4 – vždy. Co se týká jednotlivých výroků, zahrnují v sobě rovinu rozumovou, emocionální, tělesnou a sociální. Součtem těchto čtyř rovin je zjišťována míra náchylnosti ke stresu a syndromu vyhoření. Maximální hodnota celkového součtu je 96, minimální je 0. V jednotlivých rovinách může být nejvyšší hodnota na úrovni 24, nejnižší opět 0.

Test je určen pro orientační zjištění, ve kterých složkách osobnosti není něco „v pořádku“ a má sloužit jako podnět k analýze vlastního životního stylu a způsobech vypořádávání se s problémy

a náročnými životními situacemi. Vyšší hodnoty se tedy uvažují jako varovný signál pro daného jednotlivce, ukazují možnou míru ohrožení stresem v uvedených rovinách a mohou tak velmi dobře sloužit jako východisko preventivních programů.

Pro účely hodnocení výsledků v tomto projektu a pro další zpracování dat byla stanovena hranice 12 bodů v každé kategorii, pokud jedinec dosáhl více než 12 bodů, je vhodná podrobná analýza jeho výsledků (samozřejmě je nutné uvažovat rozdíl ve výsledcích typu 4+2+2+2+1+1 a 3+3+3+3+0+0). Pro možnou podrobnější analýzu byla ještě stanovena hranice tzv. varovného signálu (blíže Šauerová, 1996), a to na hladině 15 bodů. Studenti, kteří přesáhli tuto hranici, byli zařazeni do samostatné skupiny, těmto skupinám je podrobněji věnována pozornost v připravované publikaci Švamberk Šauerová, 2019/2020).

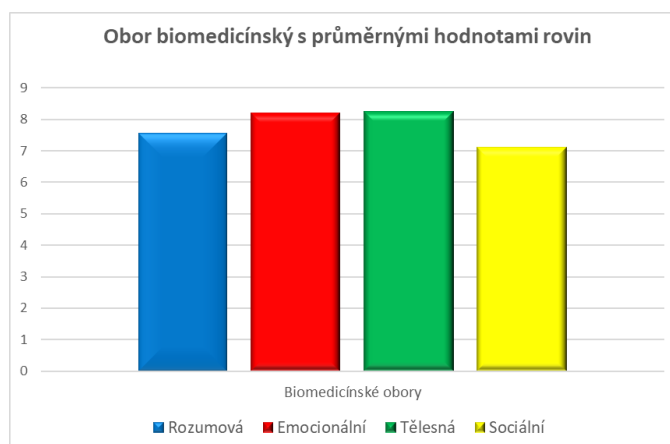
## 4. VÝSLEDKY

V rámci šetření bylo získáno celkem 26 544 dat, na jejichž základě jsou závěry stanoveny. Získaná data byla zpracována v programu MS Excel, kde je možné data dle potřeby (stanovených otázek) různě filtrovat.

### 4.1 BIOMEDICÍNSKÉ ZAMĚŘENÍ

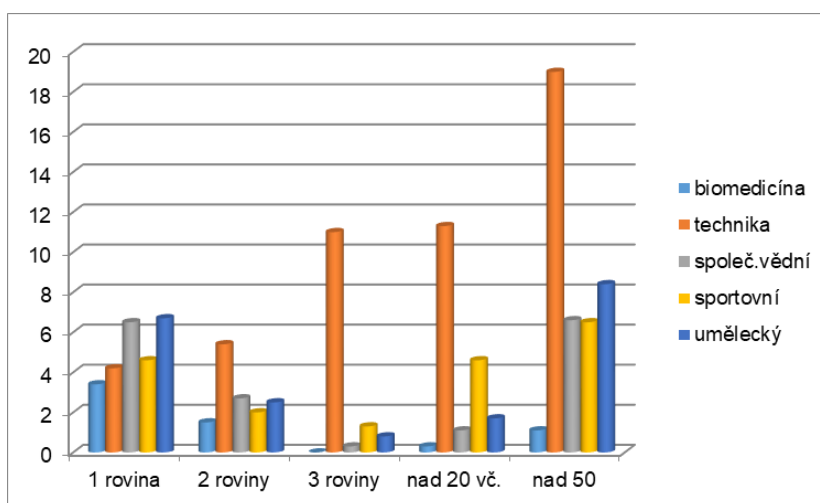
Podíváme-li se na průměrné hodnoty v jednotlivých osobnostních rovinách (**Chyba! Nenalezen zdroj odkazů.**2), vykazují oslovení studující biomedicínského zaměření velmi nízkou míru stresu a náchylnosti ke vzniku syndromu vyhoření. Mírně vyšší hodnoty dosahují v oblasti emocionální a tělesné, ale míra hodnot je nízká a nepůsobí jako varovný signál.

*Obr. 2 Biomedicínské obory*



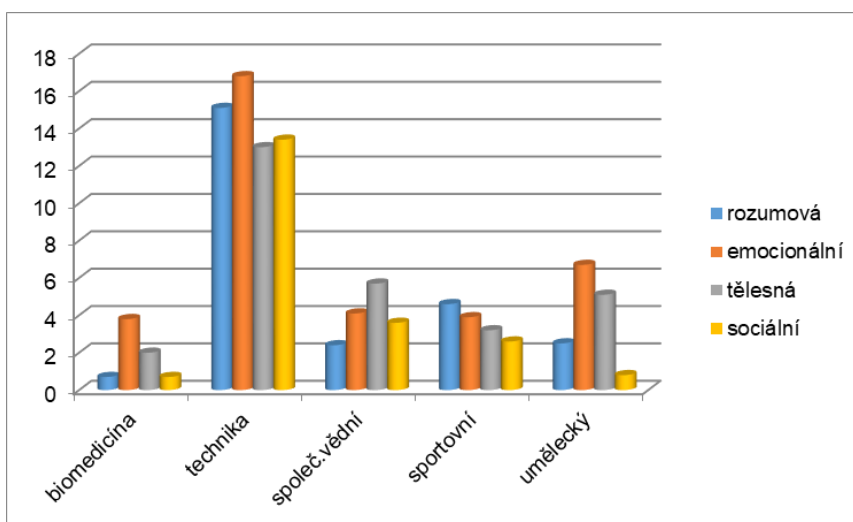
Kromě celkového hodnocení míry stresu a náchylnosti k syndromu vyhoření byla provedena individuální analýza jednotlivých respondentů, tedy vytipování konkrétních jedinců, kteří vykazují vyšší míru stresu. Takových jedinců bylo ve vzorku tohoto studijního zaměření celkem 13, což tvoří 3,4 % z tohoto vzorku. Podrobnější analýzou bylo zjištěno, že ani u jednoho nepřesahuje tato hodnota stanovenou hranici 15 bodů ve většině rovin (tedy alespoň tři roviny). U ostatních přesahuje stanovenou hranici hodnota pouze v jedné nebo dvou rovinách, nejčastěji to bývají rovina rozumová a tělesná (grafy na obr. č. 3, 4).

**Obr. 3** Individuální počty studentů s varovnými signály (hodnotami vyššími než 15 bodů v jedné kategorii)



Zobrazit rovněž můžeme počty jen těch studentů, kteří přesáhli stanovenou varovnou hranici (vyfiltrovaná hodnota vyšší než 15) s ohledem na jednotlivé roviny (rozumová, emocionální, tělesná, sociální) u jednotlivých studijních zaměření – graf na obr. č. 4.

**Obr. 4** Počty studentů s varovnými signály (hodnota vyšší než 15 bodů) v jednotlivých rovinách dle oboru studia



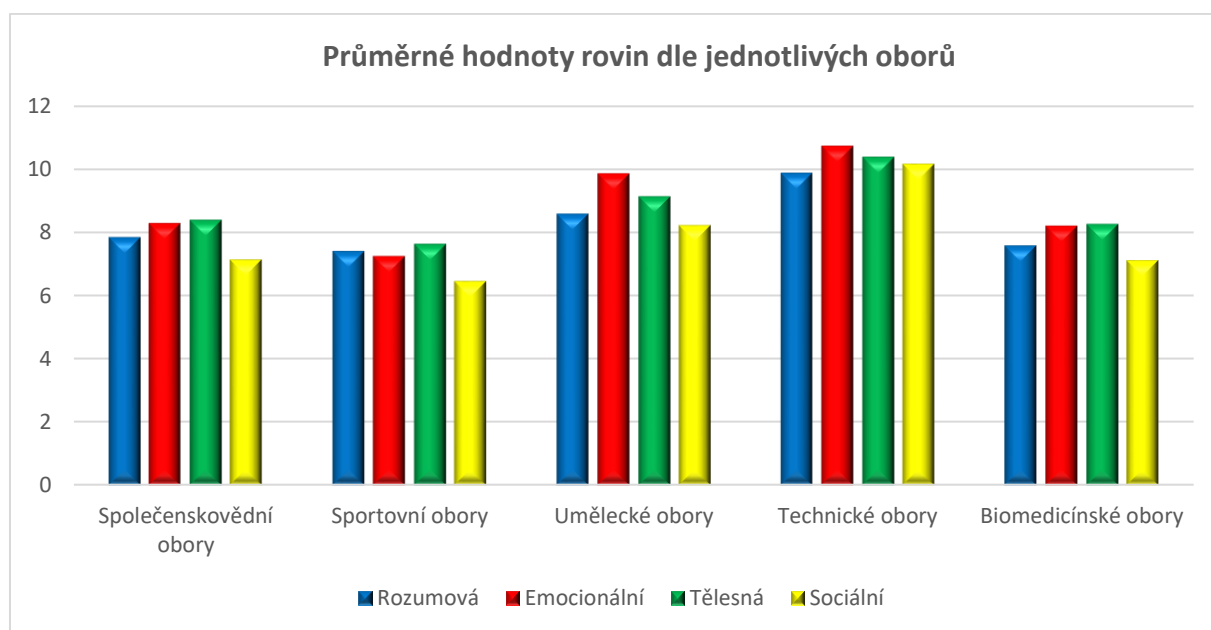
Z tohoto grafu vyplývá, že studenti technických oborů dosahují vyšších hodnot ve všech sledovaných oblastech oproti ostatním studentům. Podíváme-li se na hodnocení jednotlivých rovin obecně, pak studenti dosahují nejvyšších hodnot v oblasti emocionální, následují roviny rozumová a tělesná (s těsným výsledkem), nejméně obtíží signalizují všichni studující v daném vzorku v oblasti sociální.

#### 4.2 KOMPARACE VÝSLEDKŮ STUDENTŮ MEDICÍNSKÝCH A OSTATNÍCH OBORŮ

Pro porovnání získaných dat od studentů medicínských škol a studentů ostatních oborů bylo použito běžného grafického vyjádření. Z těchto dat je zřejmé, že průměrně dosahují studenti různých studijních oborů nízkého skóre v jednotlivých rovinách, přesto se zde ukazuje jistý trend, na který je vhodné, zejména v souvislosti s individuální diagnostikou, reagovat návrhem a nabídkou preventivních programů.

Studenti medicínských oborů dosahují jednoznačně nejnižších výsledků ve všech sledovaných parametrech. Návrh programu, založeného zejména na pohybových aktivitách by tedy měl být základem péče o studenty biomedicínských oborů. Dále je možné uvažovat další propojení i s technikami psychosociálního rozvoje, nebo koučování, případně podpory schopností v oblasti time-managementu.

*Obr. č. 5 Výsledky studentů všech studijních zaměření*



Zároveň je vhodné uvažovat, jaké služby v souvislosti s nárůstem stresu a vzniku syndromu vyhoření u studentů mohou poskytovat studujícím vysokoškolská poradenská střediska a jakými metodami lze hlavně studenty motivovat k využívání těchto služeb. V oblasti škol s medicínským zaměřením se setkáváme s dostatečně bohatou nabídkou poradenských aktivit.

#### **4.3 ANALÝZA HODNOCENÍ TRENDU ROZDÍLU V ODPOVĚDÍCH MEZI SKUPINAMI**

Před vlastní statistickou analýzou byla data transformována mocninnou transformací pro přiblížení k normálnímu rozdělení a konstantnímu rozptylu. Takto transformovaná data pak byla podrobena další analýze a výsledky (průměry a jejich 95% intervaly spolehlivosti) pak byly retransformovány rekurentním vzorcem do původního měřítka (Meloun, 2000). Pro hodnocení trendu rozdílu u transformovaných dat byl použit model jednofaktorové analýzy rozptylu (ANOVA) následovaný vícenásobným porovnáváním s Bonferroniho korekcí na multiplicitu na hladině statistické významnosti  $P=0,05$ . ANOVA model ukázal významný vliv faktoru Skupina ( $F=23.2$ ,  $p<0.001$ ), kde  $F$  je Fisherova statistika a  $p$  je hladina významnosti faktoru Skupina. Symetrie rozdělení, homogenita a konstantní rozptyl (homoscedasticita) u transformovaných dat byly testovány s využitím analýzy reziduí (Meloun, 2002).

Vícenásobná porovnávání ukázala, mezi kterými úrovněmi faktoru Skupina existují statisticky významné rozdíly – viz dále. Výsledky jsou zobrazeny pro lepší přehlednost graficky – tabulka 2 a obrázek 6.

S ohledem na sledovanou skupinu studentů medicínských škol jsou pro nás důležitá data s barevným označením.

Jak je patrné z níže uvedené tabulky č. 2 a obrázku č. 6, lze konstatovat následující:

- mezi souborem studentů medicínských oborů a oborů technických je prokázán statisticky významný rozdíl.

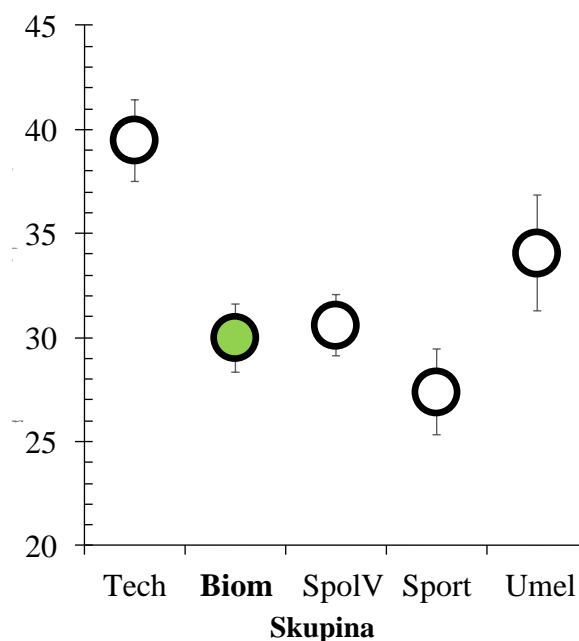
**Tabulka č. 2** Vícenásobná porovnávání s Bonferroniho korekcí na multiplicitu

Kontrast	Významnost (P=0.05)
aTech - bBiom	*
aTech - cSpolV	*
aTech - dSport	*
aTech - eUmel	*
bBiom - cSpolV	
bBiom - dSport	
bBiom - eUmel	
cSpolV - dSport	
cSpolV - eUmel	
dSport - eUmel	*

\*Významnost na hladině P=0,05

Zdroj: vlastní

**Obrázek č. 6** Hodnocení rozdílu v odpovědích mezi skupinami



Zdroj: vlastní

Z výsledků je tedy zřejmé, že v souboru studentů z technických oborů se oproti ostatním skupinám vyskytuje velmi početná skupina studentů s prokazatelně vyšší mírou náchylnosti ke stresu, než v ostatních skupinách (větší počet odpovědí mimo průměr směrem „nahoru“, tj. s vyšší hodnotou u odpovědi), což je pro hodnocení syndromu vyhoření zásadní.

### Zhodnocení výzkumných otázek

Na začátku výzkumného šetření jsme hledali odpovědi na otázky:

- Jsou studenti medicínského zaměření více náchylní ke stresu a syndromu vyhoření než studenti ostatních oborů?
- Ve které rovině dosahují studenti medicínských oborů nejvyšší náchylnosti (nejvyšších hodnot) obecně?
- Lze statisticky prokázat nějaký trend rozdílu mezi sledovanými skupinami?

Na základě prezentovaných dat lze konstatovat, že studenti medicínských škol dosahují ze všech sledovaných skupin téměř nejnižší náchylnosti ke stresu (umístili se hned za školami sportovního zaměření). Výsledky u této skupiny jsou přiměřeně vyrovnané. Pokud bychom přesto chtěli stanovit, ve které rovině dosahují studenti medicínských škol nejvyšších hodnot, pak je nutné konstatovat, že výsledky náchylnosti ke stresu jsou tak vyrovnané, že se jeví jako smysluplnější konstatovat, v které rovině dosahují stresu nejméně. Nejméně stresu vykazují studenti medicínských oborů v rovině sociální.

Na poslední otázku lze jednoznačně odpovědět, že lze prokázat statisticky významné rozdíly mezi sledovanými skupinami, z pohledu hodnocení medicínských škol jde o statisticky významný rozdíl mezi „mediky“ a techniky.

Budeme-li uvažovat, že studenti tohoto studijního zaměření mají zvýšené výsledky v rovině rozumové a tělesné, je vhodné doporučit využití vhodných pohybových aktivit (pro jejich účinek antistresový, antidepresivní a anxiolytický – srov. Stackeová, 2013, Švamberg Šauerová, 2018) a vhodné techniky mentální relaxace s důrazem na dobré osvojení si dovedností timemanagementu. Vhodnými technikami pro studující s těmito obtížemi je rovněž koučování.

## **5. DISKUZE**

Lze uvažovat, zda zjištěné výsledky, statisticky potvrzené, jsou způsobeny typem a strukturou studia, typem osobnosti studentů, hlásící se na tyto obory, způsobem péče o duševní zdraví studentů na těchto typech vysokých škol, či vzájemnou kombinací zmíněných faktorů.

Varianta kombinace všech tří faktorů se jeví pro další působení v rámci podpory zdraví jako nejpravděpodobnější, tedy je vhodné uvažovat v první řadě přípravu a realizaci specifických edukačních a zdraví prospěšných programů pro studenty konkrétních oborů na vysokých školách s technickým zaměřením. S ohledem na zjištěné výsledky je vhodné tyto programy



přípravit s ohledem na tyto osobnostní charakteristiky studentů s možností modifikovat dle potřeb praxe. Rovněž lze uvažovat, zda je možné v prvních ročnících využít některých z již probíhajících programů jiných vysokých škol, směřujících k prevenci neúspěšného studia (např. preventivní program prezentovaný v odborném tisku obsahující mimo jiné i podporu Time-managementu realizovaný na VŠTVS Palestra – Švamberk Šauerová, 2017), a tím působit preventivně na zvýšení odolnosti ke stresu.

## ZÁVĚR

Realizovaný průzkum přináší důležitá data, která je nutné uvažovat při nově koncipovaném studiu na vysokých školách. Je nutné zohledňovat nejen měnící se společenské podmínky a potřeby, ale i měnící se osobnosti studentů.

V poradenské péči vysokých škol je vhodné na zjištěná data reagovat přípravou a realizací preventivních programů, zejména u oborů, kde mezi studenty byla zjištěna vyšší náchylnost ke vzniku stresu. Možné je naopak využít zkušeností a charakteristik škol, kde byla zjištěna nižší míra náchylnosti ke stresu.

Ve sledovaném vzorku vykazují studenti medicínských oborů nejnižší míru náchylnosti ke stresu. Při hodnocení jednotlivých rovin, dosahují studenti těchto oborů velmi vyrovnaného výsledku, tedy nelze spolehlivě tvrdit, že by v některé z oblastí byli více ohroženi.

Realizované šetření je vhodné zopakovat ještě ve větším rozsahu, rovněž propojit s průzkumem zaměřeným na rozsah poskytovaných služeb vysokoškolskými poradenskými centry.

## ZDROJE

FIŠER, J. a K. VLTAVSKÁ a kol., 2016. *Eurostudent V: Vybrané výsledky šetření v České republice*. Praha: MŠMT. Dostupné z <http://kredo.reformy-msmt.cz/vybranevysledky-eurostudent-soubor>.

HONZÁK, R. a V. NOVOTNÁ, 1999. *Jak se dobře cítit mezi lidmi*. Praha: Grada.

HOŠEK, Václav, 1999. *Psychologie odolnosti*. 2. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-889-

HENNIG, C., a G. KELLER. *Antistresový program pro učitele: projevy, příčiny a způsoby překonání stresu z povolání*. Praha: Portál.

KŘIVOHLAVÝ, J., 1998. *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada.

MELOUN, M., a kol., 2000. Transformation in the PC-aided biochemical data analysis. *Clin Chem Lab Med*, 2000. 38: 553-9.

MELOUN, M., a kol., 2002. Crucial problems in regression modelling and their solutions. *Analyst*, 2002. 127: 433-50.

NECIDOVÁ, S., 2018. Syndrom vyhoření diagnostikovaný u rodičů. Diplomová práce, vedoucí práce Švamberk Šauerová, M. Praha: VŠTVS PALESTRA.

PRŮCHA, J., E. WALTEROVÁ, J. MAREŠ, 1995. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál.

SLEPIČKA, P., V. HOŠEK, B. HÁTLOVÁ, 2009. *Psychologie sportu*. Vyd. 2. Praha: Karolinum. 240 s. ISBN 978-80-246-1602-5.

STACKEOVÁ, D. 2013. Pohyb? Pohyb! Aneb pohybová aktivita jako jedna ze základních složek životního stylu v prevenci a terapii psychických poruch. In Kotková, V. (ed.). *Sborník z psychiatrického symposia Hlavalam V pořádaného Psychiatrickou nemocnicí Kosmonosy dne 3.10. 2013*. (s. 19-31).

STACKEOVÁ, D. a V. JAVŮRKOVÁ, 2016. Vliv pohybové intervence na funkci krátkodobé paměti a další kognitivní funkce u skupiny seniorek. In Švamberk Šauerová, M. (ed.). *Benefity využití sportovních a prožitkových aktivit v edukačních souvislostech: kolektivní monografie* (s. 123-136). Praha: Vysoká škola tělesné výchovy a sportu Palestra, spol. s r.o.

ŠAUEROVÁ, M., 1996. Varovné signály v diagnostice školní zralosti. *Pedagogika*. č. 5.

ŠAUEROVÁ, M. a V. SCHÄTZOVÁ, 2012. Význam diagnostiky učebních stylů v podpoře studia vysokoškolských studentů. *Aula: revue pro vysokoškolskou a vědní politiku*. Praha: Centrum pro studium vysokého školství, roč. 21., č. 1.

ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ, M. 2017. Projekt „Využití učebního stylu“ jako prevence studijní neúspěšnosti studentů 1. ročníku bakalářského studia. *Diagnostika a poradenství v pomáhajících profesích*. Vol 1, No 1 Praha: VŠTVS PALESTRA.

ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ, M., 2017. Nespokojení studenti. *Deník Metro*. 22. 2. 2017.

ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ, M. 2018. *Techniky osobnostního rozvoje a duševní hygieny učitele*. Praha: Grada.

ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ, M., 2019/2020. *Syndrom vyhoření u studentů vysokých škol*. Rukopis monografie, předpokládané vydání 2019/2020. Praha: VŠTVS PALESTRA.

ŠVINGALOVÁ, D., 2006. *Stres a syndrom vyhoření u profesionálů pracujících s lidmi*. Liberec: Technická univerzita.

TOŠNER, J., a T. TOŠNEROVÁ, 2002. Burn-Out syndrom. Syndrom vyhoření. Pracovní sešit pro účastníky kurzu. Praha: Hestia.

## **KONTAKT**

**doc. PhDr. Markéta Švamberk Šauerová, Ph.D.**

VŠTVS PALESTRA, spol. s r.o., Slovačikova 400/1, Praha 9

katedra pedagogiky a psychologie

e-mail: [svamberk.sauerova@palestra.cz](mailto:svamberk.sauerova@palestra.cz)

# PROBLEMATIKA SYNDRÓMU VYHORENIA V POVOLANÍ SESTRY

POLHORSKÁ M., GREŽĎOVÁ I.

## Abstrakt

Hlavným cieľom prehľadovej práce je upozorniť na jeden z najčastejších dôsledkov dlhodobého pretrvávajúceho stresu na pracovisku – na syndróm vyhorenia. Na základe analýzy teoretických východísk a záverov viacerých klinických výskumných štúdií, definujeme syndróm vyhorenia v pomáhajúcich povolaniach, popisujeme subjektívne a objektívne príčiny vyhorenia najmä u sestier v klinickej praxi, špecifikujeme príčinné rizikové faktory pracovného prostredia. Venujeme pozornosť priebehu vzniku syndrómu vyhorenia, opisujeme jednotlivé fázy a ich najčastejšie prejavy v prežívaní a správaní sestier. Poukazujeme na možnosti a význam prevencie vyhorenia v pomáhajúcich profesiách na úrovni pracovníka a zamestnávateľa.

## Kľúčové slová

Syndróm vyhorenia. Pomáhajúce profesie. Sestry. Prevencia

„Ak zapálite oba konce sviečky,  
získate tak viac svetla,  
vyhorí však rýchlejšie.“  
(Myron D. Rush)

## ÚVOD

Svetová zdravotnícka organizácia, iba nedávno – v roku 2019, definovala syndróm vyhorenia v Medzinárodnej klasifikácii chorôb ako stav emocionálneho, fyzického a mentálneho vyčerpania priamo spojený s prácou a ako následok pracovného stresu, ktorý nebol správne zvládnutý.

Aktualizovaná podoba medzinárodného dokumentu, ktorý slúži na diagnostiku pacientov, vstúpi do platnosti v januári 2022 a po prvýkrát venuje osobitné postavenie aj syndrómu vyhorenia. Prístup krajín a ich zdravotných systémov ku kompenzácii pacientov

trpiacich syndrómom vyhorenia sa líši. Podľa štúdie National Institute of Occupational Safety and Health z roku 2017 sa len v 39 % krajín Európskej Únie dalo vyhorenie chápať aj ako choroba z povolania, a len päť krajín (Dánsko, Francúzsko, Litva, Portugalsko a Švédsko) k nemu pristupovalo ako k iným zdravotným problémom tohto charakteru aj v rámci finančnej náhrady štátom.

Slovensko sa zaradilo medzi pokrokovejších 39 % krajín, syndróm vyhorenia sa ale nedefinuje ako samostatná diagnóza podobne, ako to bolo doteraz v klasifikácii podľa WHO. To znamená, že diagnostika a liečba nie je hrazená z verejného zdravotného poistenia (zdroj: [https://www.forbes.sk/syndrom-vyhorenia-sa-stane-oficialnou-diagnozou-podla-suvisi-stresom -v-praci/](https://www.forbes.sk/syndrom-vyhorenia-sa-stane-oficialnou-diagnozou-podla-suvisi-stresom-v-praci/)).

## **1 SYNDRÓM VYHORENIA V POMÁHAJÚCICH POVOLANIACH**

K povolaniam s vyšším rizikom výskytu syndrómu vyhorenia (burnout, syndróm vyhasenia, vypálenia, vyprahnutia) patria tie, ktoré sú charakteristické vysokou pracovnou náročnosťou a zodpovednosťou, nárazovosťou práce a časovým stresom, intenzívnym kontaktom s ľuďmi v emocionálne náročných situáciách, stresujúcim pracovným prostredím vzhľadom na štýl práce, charakter práce, personálne a materiálne vybavenie, nezanedbateľné je aj často neadekvátne ohodnotenie (sociálne, finančné). Dlhodobý vplyv týchto stresorov sa často vyskytuje v pomáhajúcich povolaniach (lekári, sestry, sociálni pracovníci, psychológovia, opatrovatelia), ale aj v profesii učiteľ, manažér, IT odborník.

Hlavnou črtou pomáhajúcich profesií je intenzívny kontakt s klientmi/pacientmi, pričom pracovným nástrojom ľudí pracujúcich v oblasti zdravotníctva, sociálnej práce, ošetrovateľstva a ďalších, je najmä špecifický vzťah k iným, ktorý ovplyvňuje nielen pracovný výkon, ale aj subjektívnu spokojnosť pomáhajúcich pracovníkov a ich celkovú kvalitu života. Odborníci v pomáhajúcich profesiách vstupujú do praxe s vnútorným presvedčením, že môžu svojou prácou prispieť k pozitívnej zmene života svojich klientov/pacientov. Očakávajú, že ich táto práca naplní, a práve vtedy často nastáva problém.

## **2 VYMEDZENIE POJMU SYNDRÓM VYHORENIA**

Syndróm vyhorenia bol prvý krát opísaný v roku 1974 Herbertom Freudenbergerom ako pocit únavy a fyzickej vyčerpanosti s telesnými ťažkosťami ako bolesti hlavy, sťažené dýchanie,

gastrointestinálne problémy s úbytkom váhy, nespavosť a ďalšie psychosomatické problémy, môžu byť prítomné príznaky v oblasti psychickej a behaviorálnej - psychická únava, podráždenosť, rezignácia, depresia.

Podľa Křivohlavého (2009) je syndróm vyhorenia psychosomatické ochorenie s fyzickým, psychickým (mentálnym) a emocionálnym (citovým) vyčerpaním organizmu a je prejavom dlhotrvajúceho a nadmerného stresu.

Morovicsová (2008) uvádza, že syndróm vyhorenia je charakterizovaný ako pocit fyzického, psychického a citového vyhasnutia, ktorý je zapríčinený dlhodobým pôsobením citovo náročných situácií. Najčastejšie sa vyskytuje u osôb, ktoré vykonávajú pomáhajúce profesie - lekári, sestry, psychológovia. Jankechová (2011) zdôrazňuje, že syndróm vyhorenia vzniká najčastejšie vtedy, keď jedinec viac dáva zo seba ako dostáva a vtedy, keď je nerovnováha medzi predstavami a skutočnosťou.

Ako popisuje Pedrini et al. (2009), syndróm vyhorenia pozostáva z troch dimenzií: emocionálne vyčerpanie, ktoré poukazuje na pocity preťaženia a celkového vyčerpania citových a fyzických zdrojov, depersonalizácia, ktorá koreluje s negatívnou alebo ľahostajnou reakciou voči klientom/pacientom a nakoniec zníženie pracovného uspokojenia, pocit nespôsobilosti k pracovnému výkonu. Podobne Raftopoulos et al. (2012) uvádza, že pojem vyhorenie – vyhasnutie, je chápaný ako syndróm citového vyprahnutia, charakterizovaný znížením osobného naplnenia a depersonalizáciou.

Italia et al. (2008) definuje syndróm vyhorenia ako emocionálne negatívnu reakciu, ktorá je vyvolaná pracovnými problémami. Ďalej uvádza, že k najviac ohrozeným jedincom patria osoby pracujúce v pomáhajúcich profesiách, pretože v intenzívnom medziľudskom kontakte poskytujú citovú a kognitívnu podporu svojim klientom/pacientom.

Chronické duševné, emočné a fyzické preťaženie v práci, atmosféra nedocenenia osobného vypätia síl (vedúcimi pracovníkmi, kolegami, rodinou, spoločnosťou, tými, na ktorých mienke pracovníkovi záleží) vedú pri syndróme profesionálneho vyhorenia k záveru, že: „...už mi je všetko jedno, už mi na ničom nezáleží, táto moja práca nemala, nemá význam“. Počas emočného zlyhávania možno pozorovať citovú kontrakciu, nezriedka až paradoxné reakcie, napr. hnev až stratu empatie u zdravotníckeho pracovníka (Buchancová et al., 2018).

Kalvodová (2006) uvádza, že vyhorenie je chorobou duše, pretože potláča slobodnú vôľu. Schopnosti a vedomosti pritom zostávajú nedotknuté, ale chuť podávať výkony tzv. „vnútorný náboj“ klesá. Motivácia, ktorá ženie ľudí dopredu, je postupne poškodená alebo aj zničená.

### **3 PRÍČINY SYNDRÓMU VYHORENIA U SESTIER V KLINICKEJ PRAXI**

Dlhodobé pôsobenie stresu a neschopnosť vyrovnat' sa s nadmernou pracovnou záťažou vedie k zmene psychického stavu sestry. Tým dochádza k oneskorenej aktivizácii obranných mechanizmov a stratégií zvládania záťažových situácií, čo je dôvodom postupného nástupu prejavov syndrómu vyhorenia.

Vznik burnout syndrómu je podmienený nielen osobnostnými a charakterovými črtami konkrétneho jedinca (subjektívne, vnútorné rizikové faktory), ale aj vonkajšími okolnosťami, ktoré naňho vplyvajú (objektívne, vonkajšie rizikové faktory). Na každého jedinca majú tieto faktory rôznu mieru vplyvu. Niektorí jedinci vyhoria výlučne vplyvom vonkajších okolností, s minimálnym vnútorným zapríčinením, u iných je to skôr ich vnútorným nastavením, postojmi, charakterom. V zásade však vo väčšine prípadov zavážia oba faktory v približne rovnakej miere (Stock, 2010).

K objektívnym stresorom pracovného prostredia (podľa Stewarda a Larsena, 2007), ktoré môžu vyvolať syndróm vyhorenia aj u sestier, sa zaraďujú stresory:

1. **organizácia práce** (organizačné zmeny, neprimeraná komunikácia, predimenzovanie kontaktu s ľuďmi, nedostatočná sociálna podpora a opora v práci, interpersonálny konflikt s organizačnými požiadavkami a cieľmi, monotónnosť práce, dvojkoľajnosť v rozhodovaní, tlak vedenia aj podriadených, neprimerané zdroje pre prácu, neprimeraná autoritatívnosť, dlhý alebo nepravidelný pracovný čas, vysoká miera požiadaviek a nízka kontrola, prenos zodpovednosti mimo kompetencie, úsporné opatrenia),
2. **vývoj pracovnej kariéry** (nedostatočná supervízia, strata dobrého vedúceho, nová zodpovednosť, zodpovednosť nad obvyklý rámec a schopnosti, nerovnováha medzi snahou a odmenou, obava zo straty práce, rozpor hodnôt - ak hodnoty v práci nie sú v súlade s osobnými, pracovnými hodnotami a hodnotami súkromného života jedinca),

3. **požiadavky na pracovníka** (kvantitatívne a kvalitatívne preťaženie alebo nevyťaženie, fyzická a psychická vitalita, veľká zodpovednosť za životy druhých, riešenie konfliktov, ohľaduplnosť k iným, úzky priestor pre rozhodovanie, výkony v časovej tiesni, zvyšovanie kvalifikácie, celoživotné vzdelávanie),
4. **pracovné prostredie** (neestetické prostredie, fyzikálne faktory – teplota, vlhkosť, osvetlenie, hluk, chemické faktory – zápach, ergonomické problémy – nevhodné parametre pracovného miesta, pracovných nástrojov, dlhodobé státie, manipulácia s ťažkými a bezvládnymi pacientmi, ohrozenie bezpečnosti, obavy z ohrozenia zdravia a infekcie),
5. **negatívne psychosociálne vplyvy** (mobing, bossing, sexuálne obťažovanie na pracovisku).

Miera vyhorenia nesúvisí len s množstvom a intenzitou kontaktu s pacientmi. Lourel et Gueguen (2007) uvádzajú, že príkladom môže byť situácia, ak sa zdravotnícky pracovník neustále zaoberá problémami svojich pacientov/klientov a svoju pozornosť sústreďí najmä na ich traumatické skúsenosti. To všetko vytvára nadmernú záťaž a dramaticky zvyšuje riziko nástupu a prežívania vyššie uvedených negatívnych dôsledkov vyplývajúcich práve z výkonu pomáhajúcej profesie. Quattrin et al. (2006), ako možné príčiny vyhorenia, uvádza tiež problémy v starostlivosti o pacienta z dôvodu nedostatočných technických vedomostí a zručností u sestier.

Ošetrovateľská starostlivosť je proces s množstvom stresujúcich situácií. Nedostatok času a veľká zodpovednosť za ošetrovateľskú starostlivosť, ktorá je poskytovaná pacientom – to sú najčastejšie dôvody sťažností sestier na pracovný stres (Drozdová, Kebza, 2011).

Veľký vplyv na vznik vyhorenia má pracovné prostredie, v ktorom zamestnávateľ alebo nadriadený zdôrazňuje pracovné nedostatky a zlyhania, prejavuje nedostatok úcty a kde je nedostatok pracovných síl (Zacharová, 2008). K ďalším objektívnym príčinám výskytu syndrómu sa môže zaradiť zvýšený tlak spoločnosti a zdravotníckeho systému, nedostatok zdravotníckych pracovníkov, nárast zdravotníckej a ošetrovateľskej dokumentácie (Sherman et al., 2006).

Osobnostné a povahové predpoklady jedinca, ako subjektívne rizikové faktory, podstatnou mierou prispievajú k riziku vzniku syndrómu vyhorenia. Venglářová et al. (2012) zaraďuje k najčastejším spoločným znakom ohrozených zdravotníckych pracovníkov (lekárov, sestier) nasledovné osobnostné charakteristiky: pevná vôľa a odhodlanosť (neradi sa vzdávajú



a priznávajú chyby), perfekcionizmus a workholizmus (často pod tlakom sa snažia byť čo najlepší), neschopnosť oddychovať, súťaživosť a cieľavedomosť (nie sú schopní tímovej práce), nadmerná zodpovednosť a sebestačnosť (radšej všetko urobia sami), znížené sebavedomie a sebahodnotenie (nízka viera vo vlastné schopnosti), prehnaná potreba úspechu, nechť k organizačným a pracovným pravidlám. Podľa Peštovej (2018) k najrizikovejším subjektívnym faktorom vzniku syndrómu patrí vysoká angažovanosť prácou, vysoký entuziazmus, nadšenie, vysoká miera empatie a súcitu s inými, záujmu o iných, tendencia pomôcť za každú cenu, mierna až vysoká senzitivita, nízka asertivita, perfekcionistické tendencie, silný pocit zodpovednosti, nízka miera psychohygieny, úzkostné alebo obsedantné osobnostné rysy, negatívne až depresívne ladenie, vyššie skóre životných udalostí (početné stresujúce udalosti v živote), nízke sebahodnotenie a viera vo vlastné schopnosti.

Povolanie sestry z hľadiska rôznych aspektov pracovnej záťaže (fyzických, psychických, sociálnych, etických, kognitívnych, behaviorálnych) je jedno z najťažších. Sestra je v každodennom kontakte s chorými, s trpiacimi a umierajúcimi, ktorí rôzne reagujú na svoje ochorenie, liečbu, na zdravotnícke prostredie.

Zacharová (2008) uvádza, že syndrómom vyhorenia trpia najčastejšie sestry pracujúce na jednotkách intenzívnej starostlivosti, na onkologických pracoviskách, v liečebniach pre dlhodobu chorých a v zariadeniach, ktoré poskytujú starostlivosť umierajúcim. Z výskumu, ktorý uskutočnil Kowalski et al. (2010), vyplýva, že syndróm vyhorenia sa vyskytuje u 45% sestier pracujúcich v nemocniciach vyspelých krajín a je charakterizovaný emočným vyčerpaním, depersonalizáciou a znížením pracovného výkonu. Emočné vyčerpanie nastáva pri pocite nadmerného citového preťaženia a únavy z komunikácie a dlhodobého kontaktu s ľuďmi. Na citové vyčerpanie môže mať vplyv vek, pohlavie a dĺžka praxe. Ženské pohlavie pôsobí ako prediktor vyhorenia u sestier.

Jankechová (2011) dopĺňa, že neadekvátne psychické preťaženie sestier v klinickej praxi podmieňuje vznik vyhorenia, následkom je negatívny dopad na pracovný výkon sestry a poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti. Ako dôvod, prečo sestry pracujúce na psychicky náročných pracoviskách vyhoria, je každodenné stretnutie s nepriaznivými prognózami pacientov, emočná nerovnováha a pracovná nespokojnosť.

Dlhodobý a stupňujúci sa psychický a fyzický stres je príčinou syndrómu vyhorenia s vysokou zraniteľnosťou u onkologických sestier. Starostlivosť o nevyliciteľne chorých patrí k závažným stresovým faktorom. Opakované, náročné, stresujúce situácie – hnev, odmietanie

liečby, beznádej zo strany pacienta vytvára riziko vzniku vyhorenia. Kovács et al. (2010) na vzorke 548 onkologických sestier zistili vysokú mieru psychického vyčerpania, zníženie pocitu osobného úspechu a odosobnenia.

Jednotky intenzívnej starostlivosti sú ďalšími pracoviskami s nadmernou stresovou záťažou pre zdravotnícky personál. Hlavným stresovým faktorom je nedostatok a fluktuácia sestier, vysoko profesionálna práca, vysoké požiadavky na technické zručnosti, časté prenášanie zodpovednosti a kompetencií na sestry. Výskum, ktorý realizoval Merlani et al. (2011) na vzorke 2415 sestier na jednotkách intenzívnej starostlivosti, poukázal na vysoký stupeň vyhorenia až u 28% sestier. Ako najčastejší zdroj stresu zistil vysokú angažovanosť pre prácu, vek pod 40 rokov, neprítomnosť rodiny. Reader et al. (2008) vo svojej práci poukazuje, že sestry, pracujúce na jednotkách intenzívnej starostlivosti 12 hodín denne, trpia nedostatkom spánku a veľkou únavou. Sú to rizikové faktory pre vznik syndrómu vyhorenia, následného pracovného zlyhania a neprípustných chýb v ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov.

Výsledky výskumu Teixera et al. (2013) potvrdzujú, že z celkového počtu 218 sestier až 28 % udáva vysokú incidenciu emocionálneho vyčerpania, 10 % sestier pociťuje depersonalizáciu a 38 % sestier pokles pracovného úspechu a spokojnosti. Teixera et al. (2013) zistil, že sestry udávajú ako závažný faktor pre vznik vyhorenia neprofesionálnu komunikáciu v zdravotníckom tíme, najmä zo strany lekárov. Dlhodobé konflikty, prenášanie zodpovednosti, medicínskych výkonov a kompetencií lekárov na sestry sú zdrojom stresov, nadmerného emocionálneho a fyzického preťaženia sestier. V závere svojej práce odporúča využívanie efektívnych komunikačných stratégií v zdravotníckom tíme.

#### **4 PRÍZNAKY SYNDRÓMU VYHORENIA**

Následky stavu vyhorenia sa dotýkajú všetkých oblastí jedinca. Křivohlavý (1998) delí prejavy vyhorenia do dvoch skupín na:

- **subjektívne príznaky**, ktoré sa prejavujú veľkou únavou, nízkou sebadôverou a sebahodnotením, znížením profesionálnej kompetencie, nesústredenosťou, podráždením, negativizmom,
- **objektívne príznaky** ako dlhodobá trvajúca znížená výkonnosť, ktorá je vnímaná vonkajším okolím (zamestnávateľom, prijímateľmi služieb).

Kebza a Šolcová (2003) uvádzajú, že príznaky syndrómu vyhorenia je možné rozlíšiť na základe úrovni, teda tak, ako sa prejavujú. Jednotlivé príznaky sa objavujú vo fyzickej, psychickej a aj v sociálnej oblasti. Podobne Venglářová et al. (2012) popisuje **psychické príznaky** syndrómu vyhorenia (emocionálne problémy, strata schopnosti tešiť sa zo života, nervozita, zmeny nálad, strata empatie, nadšenia a zodpovednosti, pesimizmus), **príznaky v sociálnej oblasti** (negatívne postoje k sebe samému, k práci, k životu, cynizmus, nezáujem o iných, pasívne/agresívne správanie, strata priateľov, záujmov, konflikty v rodine), **telesné príznaky** (náchylnosť k psychosomatickým ochoreniam, chronická únava, nespavosť, zvýšený krvný tlak, búšenie srdca, bolesti hlavy a chrbtice, zažívacie problémy, náchylnosť k abúzom).

## 5 PRIEBEH SYNDRÓMU VYHORENIA

Vyhorenie sa všeobecne považuje za neustále vyvíjajúci sa proces, ktorý vo svojej dynamike má isté štádia (Kebza, Šolcová, 2003). Rôzni autori predstavujú rôzne pohľady na to, akými štádiami alebo etapami jedinec pri vyhorení prechádza. Ako príklad neustále vyvíjajúceho sa procesu vyhorenia uvádza Peštová (2018) model od Edelwicheho a Brodského, ktorí popísali 5 fáz vyhorenia v poradí od prvej fázy, ktorá najmenej ovplyvňuje oblasti života jedinca, až po piatu fázu s najväčším dopadom na jeho život. Podobne Venglářová et al. (2012) popisuje štádia syndrómu vyhorenia nasledovne:

- 1. fáza nadšenia** - nadšenie z práce, z ideálov, neadekvátnych očakávaní, nadštandardné výkony, dobrovoľné preťažovanie sa a preceňovaniu svojich možností.
- 2. fáza stagnácie** - prežívanie sklamaní, strata ideálov, prehodnocovanie prvotného nadšenia, klesanie pracovného výkonu.
- 3. fáza frustrácie** - pochybnosti o zmysluplnosti a efektívnosti práce, začínajú sa prejavovať príznaky emocionálneho a fyzického vyčerpania.
- 4. fáza apatie** - vnútorná rezignácia, redukovanie pracovných povinností na nutné minimum, prežívanie bezmocnosti, beznádeje.
- 5. fáza vyhorenia** - príznaky na všetkých úrovniach, vyčerpanie, negativizmus, úplné vyhýbanie sa profesijným požiadavkám.

## 6 DIAGNOSTICKÉ NÁSTROJE NA ZISŤOVANIE SYNDRÓMU VYHORENIA

K najčastejším metódam na zisťovanie príznakov vyhorenia patria dotazníky. Hricová et al. (2018) uvádza nasledovné nástroje:

**Maslach Burnout Inventory (MBI)** - dotazník mapuje mieru vyhorenia v troch oblastiach: emocionálne vyčerpanie, depersonalizácia a uspokojenie z práce pomocou 22 položiek. Respondenti na 7 - bodovej škále (0 = nikdy, 6 = často) uvádzajú, ako často zažívajú rôzne pocity, ktoré súvisia s pomáhajúcou profesiou.

**Burnout Measure (BM)** - dotazník psychického vyhorenia pomocou 21 položiek a 7 - bodovej stupnice intenzity pocitov, ktoré jedinec prežíva v pomáhajúcej profesii.

**Perceived Stress Scale (PSS 10)** - škála vnímaného stresu je zameraná na zhodnotenie miery vnímaného stresu respondentom v priebehu ostatného mesiaca na 5 - bodovej škále Likertovho typu s verbálnym hodnotením od 1 - nikdy až do 5 - veľmi často. Pozostáva z desiatich všeobecne formulovaných položiek, pričom šesť z nich je formulovaných negatívne. Výška celkového skóre predstavuje mieru vnímaného stresu.

**Professional Quality of Life Scale (ProQOL)** - škála profesijnej kvality života pozostáva z 30 položiek, ktoré pomocou 5 - bodovej škály zisťujú mieru prežívania pozitívnych a negatívnych dôsledkov pomáhanie.

## 7 PREVENCIA SYNDRÓMU VYHORENIA U SESTIER V KLINICKEJ PRAXI

Vedomosť o riziku vzniku syndrómu vyhorenia u sestier je u zamestnávateľov v zdravotníctve veľmi dôležitá z hľadiska realizácie preventívnych opatrení, ktoré podporujú optimálne pracovné prostredie. Preventívne opatrenia sú najlepšou možnosťou ako eliminovať negatívne dôsledky pracovného stresu u sestier. Prevencia by mala byť realizovaná nielen zo strany jednotlivca, ale rovnako aj zo strany zamestnávateľa.

Pešťová (2018) poukazuje na to, že preventívne opatrenia, zamerané viac na psychosociálne faktory pracovného prostredia, obmedzia stres na pracovisku a tak aj výskyt burnout syndrómu. Prevencia je vždy efektívnejším riešením, ako dodatočné odstraňovanie následkov vyhorenia.

Vo svojej práci Fearon et Nicol (2011) uvádzajú štyri spôsoby zvládania a prevencie syndrómu vyhorenia: zameranie sa na zvládanie problému a negatívnych emócií, sebauvedomenie a emocionálna inteligencia, zdravý životný štýl a klinická supervízia.

Do prevencie vyhorenia by mali byť zaradené aj intervencie, ako je poskytovanie spätnej väzby od zamestnávateľa, ktoré sa týkajú kvality pracovného výkonu, presné určenie pracovnej náplne a poskytnutie podpory. K prevencii alebo na zmiernenie syndrómu vyhorenia u sestier je dôležité neustále hodnotenie a sledovanie pracovného prostredia sestier (Pedrini et al., 2009).

Morovicsová (2016) zdôrazňuje, že v prevencii vyhorenia je dôležité jasné zadefinovanie rolí v pracovných tímoch, dosiahnutie rovnováhy medzi kompetenciami a zodpovednosťou pracovníkov, pretože veľká zodpovednosť a minimálna kompetencia sú zdrojom psychickej záťaže.

Vhodná sociálna opora je dôležitá najmä pre pohodu, udržanie zdravia zamestnancov a pracovnú úspešnosť. Sociálna opora na pracovisku je chápaná ako zdroj pomoci pri vyrovnávaní sa so stresom a ako podpora salutogenézie. Výsledky výskumu ukazujú, že sociálne vzťahy napomáhajú k pracovnej spokojnosti jedinca (Kowalski et al., 2010).

Preventívne opatrenia zo strany zamestnávateľa, ale aj zo strany zamestnanca, Peštová (2018) navrhuje nasledovne: zvoliť primeranú mieru náročnosti pracovných úloh a povinností, vytvoriť pracovné prostredie bez rušivých vplyvov (kontrola nielen fyzikálnych, biologických, ale aj psychosociálnych rizikových faktorov, vzdelávať zamestnancov nielen v pracovnej činnosti, ale aj v komunikačných schopnostiach, v asertívnom vystupovaní, v efektívnom zvládaní záťažových situácií, zabezpečiť možnosť supervízneho vedenia, zaviesť systém priebežného hodnotenia výkonov zamestnancov, ocenenie ich prínosu, podporovať kolektívnu súdržnosť a dobré vzťahy na pracovisku, mať primerané, reálne dosiahnuteľné pracovné ciele v súlade so svojimi možnosťami či schopnosťami, uvedomenie si svojich hraníc a obmedzení, rešpektovať svoje osobné potreby, udržať si profesionálny odstup od pacientov a ich problémov, oddeliť pracovný život od súkromia, udržiavať rovnováhu medzi prácou a oddychom, dodržiavať zdravý životný štýl, udržiavať dobrú fyzickú kondíciu, mať čas na starostlivosť o seba, naučiť sa požiadať o pomoc, mať svoj osobný život, priateľov, záujmy.

## ZÁVER

Syndróm vyhorenia je proces, ktorý má niekoľko fáz a jeho zvládnutie závisí od štádia, do ktorého pokročil. Zamestnanci varovné signály často ignorujú a podceňujú, vzniká tak nebezpečný stav s vážnymi následkami nielen v bio-psycho-sociálnom zdraví jedinca, ale aj s negatívnymi dôsledkami na cieľové objekty daného povolania (pacienti, odkázaní ľudia). V týchto súvislostiach je veľmi dôležitá prevencia syndrómu vyhorenia. Určitým pozitívom je, že aj zo stavu vyhorenia je možné sa niečomu naučiť, využiť túto situáciu k osobnostnému rastu. Kríza môže dať podnet k prehodnoteniu pracovných a životných priorít, k spoznaniu svojich slabých a silných stránok, k uvedomeniu vlastnej hodnoty a vlastných možností, k sebaaktualizácii, k sebaaprijatiu, k vytváraniu a udržiavaniu hodnotných vzťahov, k osobnostnému rozvoju, k pocitu spolupatričnosti, k vybudovaniu podpornej siete vzťahov a aktivít, ktorá môže v budúcnosti pomôcť predchádzať vyhoreniu.

## ZDROJE

BUCHANCOVÁ, J. et al., 2018. *Profesionálny stres z medicínskeho hľadiska. Occupational stress from the medical view*. Starostlivosť o zdravie zamestnancov. Recenzovaný zborník príspevkov z vedeckej konferencie, e-publikácia, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Právnická fakulta, Košice 2018, s. 10-28. [cit. 2020-02-01]. ISBN 978-80-8152-665-7. Dostupné na: <https://unibook.upjs.sk>

DROZDOVÁ, R. a V. KEBZA, 2011. Well-being and its selected psychosocial and behavioural variables in a sample of nurses. *Československá psychologie* [online]. **55**(4), 289-305. [cit. 2020-02-01]. ISSN 0009-062X. Dostupné na: <http://www.medvik.cz/>

FEARON, Ch. and M. NICOL, 2011. Strategies to assist prevention of burnout in nursing staff. *Nursing Standard* [online]. **26**(14), 35-39. [cit. 2020-02-03]. ISSN 0029-6570. Dostupné na: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer>

HRICOVÁ, M. et al., 2018. *Dopad pomáhajúcej práce a starostlivosť o seba – prehľad výsledkov. The Impact of Helping and Self-care – Results Review*. Starostlivosť o zdravie zamestnancov. Recenzovaný zborník príspevkov z vedeckej konferencie, e-publikácia, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Právnická fakulta. [cit. 2020-02-01]. ISBN 978-80-8152-665-7. Dostupné na: <https://unibook.upjs.sk>

ITALIA, S. et al., 2008. Evaluation and art therapy treatment of the burnout syndrome in oncology units. *Psycho-Oncology* [online], **17**(7), 676-680. [cit. 2020-02-02]. ISSN 1057-9249. Dostupné na: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer>

JANKECHOVÁ, M., 2011. Psychická záťaž sestier v paliatívnej starostlivosti. In ČÁP, J., ŽIAKOVÁ, K. *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatel'stve*. Martin: Univerzita Komenského Bratislava, Jeseniova lekárska fakulta, 2011. s. 135-142. [cit. 2020-02-01]. ISBN 978-80-89544-00-4. Dostupné na: [http://www.jfmed.uniba.sk/Oset\\_Files/ose2011.pdf](http://www.jfmed.uniba.sk/Oset_Files/ose2011.pdf).

KALVODOVÁ, L., 2006. *Syndróm vyhoření hrozí každé sestře*. In *Medical Tribune*. s.13.

KEBZA, V., a I. ŠOLCOVÁ, 2003. *Syndrom vyhoření*. Praha: Státní zdravotní ústav. ISBN 80-7071-231-7.

KEBZA, V., a I. ŠOLCOVÁ, 2013. Současné sociální změny, jejich důsledky a syndrom vyhoření. *Československá psychologie*. [online]. **57**(4), s. 329-341. [cit. 2020-02-01]. ISSN 0009-062X. Dostupné na: <http://www.medvik.cz/link/bmc13>

KOVÁCS, M. et al., 2010. In emotional dissonance more prevalent in oncology care? Emotion work, burnout and coping. *Psycho-Oncology* [online]. **19**(8), 855-862. [cit. 2020-02-01]. ISSN 1057-9249. Dostupné na: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer>

KOWALSKI, Ch. et al., 2010. Burnout in nurses – the relationship between social capital in hospital and emotional exhaustion. *Journal of Clinical Nursing* [online]. **19**(11/12), 1654-1663. [cit. 2020-02-01]. ISSN 0962-1067. Dostupné na: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=c4ed0eb1-76c6>

KŘIVOHLAVÝ, J., 2012. *Hořet, ale nevyhořet*. Kostelní Vydří, Karmelitánské nakladatelství. ISBN 978-80-7195-573-3.

KŘIVOHLAVÝ, J., 2009. *Psychologie zdraví*, 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-568-4

LOUREL, M. and N. GUEGUEN, 2008. A meta-analysis of job burnout using the MBI scale. *Studia Psychologica* [online]. **50**(1), 109-118. [cit. 2020-02-01]. Dostupné na: [https://www.studiapsychologica.com/2008\\_pp.109-118.pdf](https://www.studiapsychologica.com/2008_pp.109-118.pdf)

MERLANI, P., VERDON, M., BUSINGER, A., DOMENIGHETTI, G., PARGGER, H., 2011. Burnout in ICU Caregivers: A Multicenter Study of Factors Associated to Centers. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* [online]. **b**(10), 1140-1146. [cit. 2020-02-01]. ISSN 1073-449X. Dostupné na: <http://search.proquest.com/docview/906850736/fulltextPDF>

MOROVICSOVÁ, E., 2008. Profesia sestier a syndróm vyhořenia. *Florence*, **4**(2), 67-68. ISSN 1801-464X.

MOROVICSOVÁ, E . 2016. Syndróm vyhořenia a možnosti jeho prevencie. *Psychiatria pre prax* [online]. **17**(4), 153–156. [cit. 2020-02-01]. Dostupné na: <http://www.solen.sk/pdf/>

PEDRINI, L. et al. 2009. Burnout in Nonhospital Psychiatric Residential-Facilities. *Psychiatric Services* [online]. **60**(11), 1547-1550. [cit. 2020-02-01]. ISSN 1075-2730. Dostupné na: <http://search.proquest.com/psychology/fulltextPDF>



PEŠTOVÁ, L. 2018. *Burnout syndróm: choroba z povolania? Burnout syndrome: job-related illness?* Starostlivosť o zdravie zamestnancov. Recenzovaný zborník príspevkov z vedeckej konferencie, e-publikácia, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Právnická fakulta, Košice 2018, s. 109-123. [cit. 2020-02-01]. ISBN 978-80-8152-665-7. Dostupné na: <https://unibook.upjs.sk>

QUATTRINI, R. et al., 2006. Level of Burnout Among Nurses Working in Oncology in an Italian Region. *Oncology Nursing Forum* [online]. **33**(4), 815-820. [cit. 2020-02-01]. ISSN 0190-535X. Dostupné na: <http://search.proquest.com/fulltextPDF/>

RAFTOPOULOS, V. et al., 2012. The factors associated with the burnout syndrome and fatigue in Cypriot nurses: a census report. *BMC Public Health* [online]. **12**(1), 457-469. [cit. 2020-02-01]. ISSN 1471-2458. Dostupné na: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer>

READER, T., W. et al., 2008. Burnout in the ICU: Potential consequences for staff and patient well-being. *Intensive Care Medicine* [online]. **34**(1), 4-6. [cit. 2020-02-01]. ISSN 0342-4642. Dostupné na: <http://search.proquest.com/docview/216228538/fulltextPDF/>

RUSH, D., Myron, 2003. *Syndrom vyhoření*. 1. vyd. Praha: Návrat domů. ISBN 80-7255-074-8.

STEWART, J. P. et LARSEN, R. C., 2007. Occupational stress. p. 579-594. In: LaDou, J. *Current occupational and environmental medicine*. New York: Mc Graw Hill Medical, 2007, 846 p. ISBN 13: 978-0-07-128658-9.

SHERMAN, A. et al., 2006. Caregiver stress and burnout in an oncology unit. *Palliative & Supportive Care* [online]. **4**(1), 65-80. [cit. 2020-02-01]. ISSN 1478-9515. Dostupné na: <http://search.proquest.com/docview/214841697/fulltextPDF/>

STOCK, CH., 2010. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha. Grada. ISBN 978-80-247-3553-5.

TEIXEIRA, C. et al., 2013. Burnout in intensive care units a consideration of the possible prevalence and frequency of new risk factors: a descriptive correlational multicentre study. *BMC Anesthesiology* [online]. **13**(1), 38-68. [cit. 2020-02-01]. ISSN 1471-2253. Dostupné na: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer>

VENGLÁŘOVÁ, M. et al., 2011. *Sestry v nouzi. Syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha. Grada. ISBN 978-80-247-7313-1.

ZACHAROVÁ, Eva. 2008. Syndrom vyhoření v klinické praxi. *Florence*. [online]. 4(7-8), 305-306. [cit. 2020-02-01]. ISSN 1801 - 464X. Dostupné na: [http:// www. medvik. cz/link/MED00013952](http://www.medvik.cz/link/MED00013952)

## **KONTAKT**

### **PhDr. Miriam Polhorská, PhD.**

Ústav sociálneho lekárstva a lekárskej etiky, LF UK Bratislava

Špitálska 24, 813 72 Bratislava

e-mail: [miriam.polhorska@fmed.uniba.sk](mailto:miriam.polhorska@fmed.uniba.sk)

### **PhDr. Iveta Grežd'ová, PhD.**

Ústav sociálneho lekárstva a lekárskej etiky, LF UK Bratislava

Špitálska 24, 813 72 Bratislava

e-mail: [iveta.grezdova@fmed.uniba.sk](mailto:iveta.grezdova@fmed.uniba.sk)

# PRACOVNÝ STRES A PSYCHOSOCIÁLNE RIZIKÁ

LAUKOVÁ, P.

## Abstrakt

Štúdia sa zameriava na základe súčasných informácií Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO), Organizácie pre hospodársku spoluprácu a rozvoj (OECD) a Eurostatu o zvyšovaní počtu ľudí trpiacich duševnými chorobami u nás i v zahraničí na podporu duševného zdravia s akcentom na psychosociálne riziká a pracovný stres. Pozornosť je venovaná aktualizácii Národného programu duševného zdravia v Slovenskej republike a zásadám riadenia psychosociálnych rizík vypracovaných Európskou agentúrou pre bezpečnosť a ochranu zdravia pri práci (EU-OSHA).

## Kľúčové slová

Pracovný stres. Psychosociálne riziká. Duševné zdravie

## ÚVOD

Aktuálne ukazovatele zdravotného stavu obyvateľstva v Slovenskej a Českej republike na základe zistení OECD, Eurostatu (2018, 2019) zdôrazňujú nárast počtu duševných ochorení najmä u dospeljej populácie. V doterajšej histórii sa duševnému zdraviu priznávala dôležitosť často iba verbálne. V praxi starostlivosť o duševné zdravie a o chorých s duševnými poruchami bola vzdialená od deklarovanej starostlivosti a zaostávala za starostlivosťou o telesne chorých.

Na základe toho bol vypracovaný Národný program duševného zdravia v Slovenskej republike (2002), aktualizovaný v roku 2019 ([www.uvzsr.sk](http://www.uvzsr.sk)). I keď k duševnému zdraviu a pohode prispieva mnoho faktorov, je dokázané, že prínos pracovného prostredia je výrazný. V dobrom psychosociálnom prostredí môže byť práca veľmi prospešná pre duševné zdravie zamestnancov, poskytuje ich životu usporiadanosť a dáva silnejší pocit sociálneho začlenenia a identity, možnosti rozvoja a zvyšuje sebadôveru. Negatívne pracovné prostredie môže mať nepriaznivý vplyv na zdravie zamestnancov (vyhorenie, kardiopulmonálne choroby, problémy podpornu – pohybovej sústavy a pod.) a v konečnom dôsledku ekonomický dopad. V rámci Zdravých pracovísk bez stresu Európska agentúra pre bezpečnosť a ochranu zdravia pri práci

(EU-OSHA) viedla kampaň (2014-2015) a na svojich web stránkach uverejnila elektronických sprievodcov prevencie stresu (<http://osha.europa.eu>). Európska agentúra pre bezpečnosť a ochranu zdravia pri práci prispieva k tomu, aby sa z Európy stalo bezpečnejšie, zdravšie a produktívnejšie miesto na výkon práce. Agentúra skúma, vytvára a šíri spoľahlivé, vyvážené a neustranné informácie o bezpečnosti a ochrane zdravia pri práci a organizuje celoeurópske kampane na zvyšovanie informovanosti. Európska únia ju zriadila v roku 1994 so sídlom v Bilbau (Španielsko). Agentúra umožňuje spoluprácu zástupcov Európskej komisie, vlád členských štátov, organizácií zamestnávateľov a zamestnancov, ako aj popredných odborníkov vo všetkých členských štátoch EÚ a spoza hraníc Únie.

## 1 STRES A PRACOVNÝ STRES

H. Selye (1991) definuje stres ako „vzťah medzi dvoma silami, ktoré pôsobia protikladne. Na jednej strane je súbor zaťažujúcich faktorov, tzv. stresorov, ktoré pôsobia negatívne a na druhej strane súbor salutorov, čiže obranných schopností organizmu, predikujúcich zvládanie ťažkostí. Ak je súhrnná sila stresorov väčšia než salutorov, dochádza k stresu. Keď presiahne tento nepomer zvládnuteľnú hranicu, hovoríme o distrese, čiže o patologicky pôsobiacom strese. Stres môže byť aj pozitívny, tzv. eustres, ktorý v živote sprevádza vzrušujúce udalosti. Opakom je under-stres, stres sprevádzajúci pocity nudy, beznádeje a over-stres prichádzajúci vo chvíľach, keď prekročíme svoje možnosti. Obidva majú negatívne dôsledky.

*Príznaky stresu sa prejavujú v troch základných oblastiach:*

- fyziologickej (búšenie srdca, bolesti hlavy, chrbta, potenie dlaní a iné),
- emocionálnej (pocit nervozity, nesústredenosti, podráždenosti, depresivity, osamelosti),
- behaviorálnej (plačlivosť, zabúdanie, hnevivosť, netrzeplivosť) (Onderčová, 2002).

*Individuálne príčiny stresu možno rozdeliť na:*

*a) psychické*

- re-aktívny a pro-aktívny základný postoj (u ľudí so zvýšenou, zníženou náchylnosťou na stres)
- negatívne myslenie,
- typy osobnosti (TYP A, TYP B),

*b) fyzické*

- nezdravý spôsob života,

- inštitucionálne príčiny: vplyv pracovného prostredia, negatívna atmosféra v pracovnom kolektíve a pod. (Onderčová, 2002).

V odbornej literatúre sa na prekonávanie stresu používa anglický pojem coping, ako kognitívne a behaviorálne úsilie zvládnuť vonkajšie alebo vnútorné požiadavky, ktoré jednotlivec vníma ako záťažové, alebo prekračujúce jeho možnosti (Mallotová, 2000).

Existuje niekoľko modelov zvládania hraničných situácií, medzi najznámejšie patrí model Křivohlavého (1998), ktorí uvádza predovšetkým dostatok odpočinku, denne „tichá hodinka“ a pohyb, ktorý je veľmi dôležitý pri odbúravaní blokáď a fyzických napätí podmienených stresom, upevňuje pocit pohody a vyrovnanosti a najmä posilňuje imunitný systém.

*Psychohygienu* sa zameriava na podporu a rozvoj psychického zdravia prostredníctvom ozdravenia životosprávy, pohybovej výchovy, zdravotnej výchovy, poradenskej činnosti a predovšetkým prostredníctvom relaxačných postupov.

*Relaxácia* je uvoľnenie svalového a psychického napätia a predstavuje dôležitú súčasť dňa.

*Medzi základné relaxačné techniky patria:*

- dychové cvičenia,
- progresívna svalová relaxácia,
- autogénny tréning,
- time management, meditácie,
- autosugescia.

*Významná je taktiež ochrana pred stresom, zvyšovanie psychickej odolnosti a znižovanie intenzity faktorov stresu (Libová, L. Čapská, J., Solgajová, A., 2010). Psychická odolnosť je ovplyvnená geneticky, výchovou v rodine a spoločenskými vplyvmi. Spôsoby čelenia stresu sú rôzne, ale podstatný je:*

- správny odhad vlastných síl,
- vyhýbať sa činnostiam v časovej tiesni,
- vyhýbať sa konfliktným situáciám – tolerancia,
- udržať si optimistický výraz tváre,
- vypúšťať negatívne informácie,
- využívať relaxačné techniky.

## 2 NÁRODNÝ PROGRAM DUŠEVNÉHO ZDRAVIA, 2019

Nedostatočná výchova a vzdelávanie v oblasti duševného zdravia vedú k neúplnej informovanosti spoločnosti, čím sa nielenže nepodporuje lepšia kvalita života ľudí, ale nezabraňuje sa ani zbytočnému nárastu duševných porúch a ich stigmatizácii. Jednou zo základných príčin súčasného stavu je doteraz nevyriešená otázka, čo je duševné zdravie a duševná choroba. V zásade existujú dva základné modely duševného zdravia a duševnej choroby:

- kontinuálny,
- oddelený.

Podľa kontinuálneho modelu sa na duševné zdravie a duševnú poruchu pozerá ako na dva proti sebe ležiace póly jedného kontinua. Väčšina ľudí sa nachádza niekde medzi týmito krajnými polohami. Hranica medzi zdravím a chorobou nie je rigidná, ale skôr plynulá a podlieha spoločenským vplyvom a vplyvom prostredia. Podľa tohto modelu môže ochoriť ktokoľvek, ak je vo svojom psycho-sociálnom prostredí vystavený dostatočne silnému stresu. Podľa oddeleného modelu duševného zdravia a duševnej poruchy sa na zdravie a na chorobu pozerá ako na dva protipóly, ktoré tvoria dichotomické rozdelenie. Podľa tohto modelu je človek buď zdravý, alebo chorý, teda naplňa diagnostické kritériá určitého ochorenia. Tento model zdôrazňuje biologický prístup k skúmaniu duševných porúch a predpokladá, že tieto poruchy majú genetickú, biologickú alebo neurochemickú príčinu. Pri úsilí definovať duševnú poruchu sa nemôžeme vyhnúť definícii duševného zdravia. Duševné zdravie nie je len neprítomnosť duševnej poruchy. Má mnoho dimenzií, pomocou ktorých ho dokážeme opísať, ale jednoznačná definícia neexistuje. K jeho základným znakom patrí :

- vedomie vlastnej hodnoty,
- uvedomenie si vlastných možností,
- schopnosť vytvárať a udržiavať hodnotné vzťahy,
- psychický pocit pohody.

Rôzne teórie vyzdvihujú osobnostnú zrelosť, sebaaktualizáciu, sebaaprijatie, pozitívne vzťahy s inými, nezávislosť, schopnosť prispôbiť sa prostrediu, naplnenie zmyslu života, osobnostný rozvoj, pocit spolupatričnosti. Aspekty duševného zdravia alebo choroby sú teda sociálne a kultúrne podmienené. Aj keď na Slovensku je už akceptovaný pohľad na človeka ako bio – psycho – socio - environmentálnu bytosť, jeho uvádzanie do bežného života je obtiažne a neodráža sa v praktickom prístupe k duševnému zdraviu. Práve oblasť duševného zdravia

a duševnej poruchy je tou oblasťou, kde sa stretávajú a vzájomne na seba pôsobia všetky aspekty ľudskej existencie: biologická, psychologická, sociálna a environmentálna. Je všeobecne známe, že väčšina ľudí má ďaleko od optimálneho stavu duševného zdravia. Duševné zdravie nie je teda štatistickou normou, ale len cieľom, ktorý je potrebné dosiahnuť. Z uvedených dôvodov intervencie a služby cielené na zlepšenie duševného zdravia, musia byť zamerané na celú populáciu, a nielen na postihnutých ľudí. Opatrenia na zlepšenie duševného zdravia preto nemôže efektívne zabezpečiť iba rezort zdravotníctva, a nebudú účinné ani ak budú zabezpečované izolovane viacerými rezortmi. Duševné zdravie nie je len kategória týkajúca sa odboru psychiatrie, ale má medicínsky interdisciplinárny charakter a zasahuje do všetkých oblastí spoločenského života. Človek je bytosť, v ktorej sa všetky aspekty existencie neustále a veľmi dynamicky ovplyvňujú. Vzhľadom na to úspešná starostlivosť o duševné zdravie musí byť výsledkom dynamickej a vzájomne sa dopĺňajúcej spolupráce všetkých zainteresovaných oblastí spoločnosti. Z tohto poznania dnes vychádzajú aj odporúčania Svetovej zdravotníckej organizácie, z ktorých vychádza predložený Národný program duševného zdravia na Slovensku. Štátna politika zdravia v Slovenskej republike bola prijatá vládou SR v novembri roku 2000 so zámerom napomôcť v mobilizovaní spoločnosti pri podpore a ochrane zdravia a snaží sa pri tejto aktivite získať občanov ako tvorcov vlastného zdravia. Jednou z jej základných priorít je zlepšenie duševného zdravia. V rámci tejto priority sa kladie dôraz na:

- vytváranie podmienok psychosociálnej pohody,
- zlepšenie schopnosti ľudí vyrovnat' sa so stresujúcimi životnými udalosťami,
- zníženie výskytu a nepriaznivého dosahu psychických problémov na zdravie,
- iniciovanie medzirezortných projektov duševného zdravia v spoločnosti,
- odstránenie všetkých foriem diskriminácie duševne chorých a hendikepovaných.

Zámerom Národného programu duševného zdravia je vytvoriť taký systém starostlivosti o duševné zdravie, ktorý na jednej strane umožní účinne posilniť duševné zdravie, a tak predchádzať duševným poruchám, a na strane druhej vedie k oslobodeniu ľudí s duševnou poruchou od izolácie a paternalizmu, či už formou sociálneho vylúčenia z komunity, alebo prehĺbovania závislostí od inštitúcií. Tým sa vytvoria predpoklady na to, aby ľudia s duševnými poruchami žili dôstojne a kvalitným životom tak, ako ostatná populácia v komunite. V zmysle uvedeného programu je potrebné zabezpečiť:

1. V oblasti prevencie

- a) podporu duševného zdravia - chrániť duševné zdravie jednotlivcov, rodín a skupín v komunite,
- b) primárnu prevenciu - vytvárať podmienky, ktoré vedú k zníženému výskytu duševných porúch, a tým aj poklesu hospitalizácií,
- c) sekundárnu prevenciu - zabezpečiť liečbu, ktorá vedie k úprave zdravotného stavu respektíve predchádzaniu opakovaných hospitalizácií,
- d) terciárnu prevenciu - vytvárať podmienky pre sociálnu a pracovnú integráciu jednotlivca do komunity, a tak predchádzať dlhodobým hospitalizáciám a redukovať chronifikáciu duševných porúch.

2. Účasť ľudí s duševnou poruchou a ich príbuzných na plánovaní, realizácii a hodnotení procesu starostlivosti o duševné zdravie.

3. Adekvátne zdroje a rozhodujúce právomoci tých, ktorí sa podieľajú na starostlivosti o duševné zdravie a zohľadniť potreby užívateľov služieb. Predpokladom je decentralizácia a riadenie služieb podľa dopytu. V konečnom dôsledku sa očakáva z celonárodného hospodárskeho hľadiska efektívne využitie finančných zdrojov, ktoré spoločnosť vynakladá na duševné zdravie.

Politika duševného zdravia musí zahŕňať široké spektrum aktivít od podpory až po rehabilitáciu. Mala by zahŕňať boj proti šikanovaniu, zneužívaniu a týraniu detí, opustenosti starších ľudí, podporu budovania vzťahu matka – dieťa v populácii v hmotnej núdzi, akými sú napríklad rómske komunity. Ďalej sú dôležité školské programy podpory duševného zdravia a prevencia samovražednosti.

Vláda Slovenskej republiky na svojom zasadnutí 4.9.2019 schválila aktualizáciu Národného programu duševného zdravia na roky 2019 a 2020. *"Národný programový dokument je komplexným programom starostlivosti o duševné zdravie na Slovensku, ktorým sa problematika duševného zdravia stáva politickou prioritou v celej jej komplexnosti. Je vytvorený na princípe systémového prístupu k starostlivosti so snahou zabezpečiť rovnaký prístup k starostlivosti o duševné zdravie tak ako k starostlivosti o telesné zdravie."* ([www.uvzsr.sk](http://www.uvzsr.sk)).

Medzi úlohy Národného programu duševného zdravia patrí realizácia celoslovenského preventívneho projektu Detská policajná akadémia. Preventívny program je určený pre cieľovú skupinu žiakov. Plní nielen informačnú funkciu, poskytuje informácie o rôznych formách závislostí, predsudkoch a rasizme, z dopravnej problematiky či o linke dôvery, ale najmä



preventívnu funkciu, akou je poskytnutie konkrétnych rád deťom, ako sa nestat' obeťami trestného činu, ako zvládnuť určité záťažové situácie, kam sa obrátiť o pomoc.

Do programu patrí taktiež podpora rozvoja komunitnej psychiatrie a komunitných služieb, ale aj zvýšenie dostupnosti zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore detská psychiatria rozšírením siete ambulancií špecialistov v odbore v SR. Finančné krytie na plnenie úloh rezortu zdravotníctva je zabezpečené v rámci kapitoly rezortu zdravotníctva vo výške 100.000 eur na tento rok a v rovnakej výške na rok 2020.

V súčasnosti jednou z možností udržania si duševného zdravia je využitie základných a nadstavbových poradní zdravia, ktoré poskytujú poradenstvo v podpore psychického zdravia. Štátny zdravotný ústav SR (dnešný Úrad verejného zdravotníctva SR) vypracoval metodické príručky pre poradenské centrá zdravotnej výchovy a podpory zdravia SR.

Ťažisko diagnostiky v podpore psychického zdravia spočíva v rozhovore poradcu a klienta, ktorý je východiskom pre určenie problému, výber a použitie ďalších diagnostických metód. Využíva sa WHO dotazník celkovej životnej pohody a Škála životných udalostí. Najjednoduchším a základným postupom intervencie je rozbor najfrekvencovanejších stresogénnych situácií a odporúčania, ako im čeliť.

Klienti sú vedení zaškoleným odborníkom na správny nácvik relaxačných techník a dychových cvičení. Na základe výsledkov testov sa klientovi odporučí nadstavbová poradňa podpory psychického zdravia, ktorá poskytuje poradenstvo pre elimináciu a zvládanie psychickej záťaže a pracovno – psychologické poradenstvo, ktoré zabezpečuje lekár a psychológ, odborník v preventívnom pracovnom lekárstve. Základ poradenského procesu tvorí plán prekonania stresu, program zvládania stresu a obrana proti stresu (Mazalánová, Blašková, 2010) Za uváženie by stála väčšia propaganda poradní podpory duševného zdravia, aby záujemcovia mohli v prípade potreby plne využívať služby poskytované týmito inštitúciami.

### **3 PRACOVNÝ STRES A PSYCHOSOCIÁLNE RIZIKÁ**

Jedným z najzávažnejších dôsledkov nepriaznivého psychosociálneho pracovného prostredia je pracovný stres, ktorý vzniká vtedy, keď nároky na vykonávanú prácu prevyšujú schopnosť zamestnanca zvládnuť ich a časom môžu trpieť vážnymi fyzickými a duševnými problémami (Kitová Mazalánová, V., Mazalán, P., Mazalánová, 2017).

Psychosociálne riziká súvisia s negatívnymi psychologickými, fyzickými a sociálnymi vplyvmi, ktoré vyplývajú z nevhodnej organizácie a riadenia na pracovisku, ako aj zo zlých sociálnych vzťahov v práci vrátane:

- nadmernej náročnosti práce a/alebo nedostatku času na splnenie úloh,
- rozporných požiadaviek a nedostatočnej zrozumiteľnosti úlohy zamestnanca,
- nesúladu medzi nárokmi pracovného miesta a schopnosťami zamestnanca – nevyužívanie schopností zamestnanca môže byť rovnakým zdrojom stresu ako ich nadmerné vyžadovanie,
- nedostatočné zapojenie do prijímania rozhodnutí, ktoré sa týkajú zamestnanca a nedostatočného vplyvu na spôsob vykonávania práce,
- práce osamote, najmä ak sa zamestnanec dostáva do styku s občanmi a klientmi a je vystavený násiliu z tretej strany (verbálna agresia, sexuálny záujem, fyzické násilie a pod.),
- nedostatok podpory zo strany manažmentu a kolegov, zlé medziľudské vzťahy,
- psychologické alebo sexuálne obťažovanie, diskriminačné, ponižujúce, zastrášujúce správanie vedúcich zamestnancov, alebo kolegov,
- nespravodlivé rozdeľovanie práce, odmien, povýšení,
- neefektívna komunikácia, neistota zamestnanca, zle riadené organizačné zmeny,
- problémy so zladením povinností v práci a doma ( [www.healthy-workplaces.eu](http://www.healthy-workplaces.eu)).

V uvedenom kontexte je potrebné zdôrazniť, že psychosociálne riziká by sa nemali zamieňať so zdravým, náročným, ale povzbudivým pracovným prostredím, ktoré stimuluje zamestnancov a podporuje ich rozvoj a výkonnosť tak, aby čo najlepšie využili svoje schopnosti.

Na základe celoeurópskeho prieskumu verejnej mienky sa ukázalo, že 72 % zamestnancov sa domnieva, že jednou z najčastejších príčin pracovného stresu je reorganizácia pracovných miest a neistota zamestnania, 66 % pripisuje stres počtu odpracovaných hodín alebo pracovnej záťaži, 59 % tomu, že sú vystavení neprijateľnému správaniu (šikanovanie, obťažovanie), 51 % uvádza, že pracovný stres na ich pracovisku je bežný a štyria z desiatich si myslia, že problém stresu sa na ich pracovisku nerieši správne. Možno konštatovať, že 50-60 % zo všetkých vymeškaných pracovných dní možno pripísať pracovnému stresu a psychosociálnym rizikám (<http://osha.europa.eu/en/publication/reports/203/view>) ako druhému, najčastejšiemu hlásenému zdravotnému problému súvisiacemu s prácou v Európe, po poškodení pohybovej sústavy. Celkové náklady vyplývajúce z porúch duševného zdravia (súvisiacich i nesúvisiacich

s pracou) sa v Európe odhaduje na 240 miliárd EUR ročne, menej ako polovicu z tejto sumy predstavujú priame náklady na liečbu a 136 miliárd EUR strata produktivity vrátane práceneschopnosti v dôsledku ochorenia ( EUOSHA, 2013, s.6).

### *Riadenie psychosociálnych rizík*

Zamestnávateľ je zodpovedný za realizáciu plánu na predchádzanie psychosociálnym rizikám, alebo ich znižovanie, pričom má umožniť zamestnancom, aby sa na ňom podieľali. Zároveň je zodpovedný za vytváranie zdravého psychosociálneho prostredia a manažéri svojou ústretovosťou a citlivým prístupom nielenže umožňujú zamestnancom poukazovať na problémy, ale aby aj sami hľadali riešenia. Základnú úlohu v tejto súvislosti zohrávajú manažéri na strednom stupni riadenia a preto je potrebné ich motivovať, aby rozvíjali svoje schopnosti v oblasti vytvárania dobrého psychosociálneho pracovného prostredia.

Participácia zamestnancov si vyžaduje obojsmerný dialóg medzi zamestnancami a zamestnávateľmi, ktorý znamená, že obe strany:

- spolu hovoria,
- vypočujú si navzájom, čo ich znepokojuje,
- vymieňajú si názory a informácie,
- spoločne prijímajú rozhodnutia.

Zapojením zamestnancov do prípravy preventívnych opatrení sa takisto pozdvihne celková morálka a zabezpečí sa, že budú prijaté primerané a zároveň účinné opatrenia.

Zásady prevencie možno vymedziť nasledovne:

- identifikovať hrozby a určiť, ktoré predstavujú potenciálne riziko,
- vyhodnotiť riziká a stanoviť ich priority,
- plánovať preventívne opatrenia,
- realizovať plán: špecifikovať opatrenia, ktoré sa majú prijať, zapojenie ľudí, časový rámec a pod.,
- priebežne monitorovať a preskúmať realizáciu plánu a meniť plán na základe výsledkov monitorovania (tamtiež, s.15).

Význam dobrého psychosociálneho pracovného prostredia spočíva najmä v tom, že zamestnanci majú dobrú odbornú prípravu s dostatkom času a samostatnosti na organizovanie a plnenie svojich úloh; monotónnych úloh je minimum, alebo si ich delia a sú motivovaní, aby

prácu považovali za svoju vlastnú (angažovaný pracovník). Predstavuje to opak negatívneho pracovného prostredia.

Duševná pohoda je veľmi dôležitá pre zdravie a kvalitu života. Jej podpora môže byť dôležitým príspevkom k zdravému pracovisku, ktoré sa dá realizovať prijatím nasledovných opatrení:

- umožnenie pružnej pracovnej doby,
- poskytovanie pomoci s každodennými problémami, napr. prístup k opatrovaniu detí,
- poskytovanie odbornej prípravy manažérom v oblasti duševného zdravia,
- poskytovanie bezplatného psychologického poradenstva a pomoci,
- poskytovanie podpory zamestnancom s cieľom podnietiť ich k fyzickej aktivite.

Na stránkach EU-OSHA (<http://osha.europa.eu>) sú k dispozícii viaceré jednoduché, účinné a praktické nástroje na hodnotenie a znižovanie stresu a psychosociálnych rizík, napríklad príručka Medzinárodného úradu práce s názvom Stress Prevention at Work Checkpoints, ktorá obsahuje kontrolné body na identifikáciu stresových faktorov a zmiernenie ich škodlivých účinkov a pod. (EU-OSHA,2013, s.20).

## **4 PRÍKLAD DOBREJ PRAXE**

V prípadovej štúdii z Dánska sa významne preukázali pozitívne vplyvy spolupráce a zapájania zamestnancov do zlepšovania pracovného prostredia.

Verejná nemocnica Rigshospitalet v Kodani s 8500 zamestnancami je jedným z najväčších zamestnávateľov v Dánsku. Na základe prieskumu zameraného na spokojnosť s prácou z roku 2011 sa zistilo, že stres, šikanovanie a sexuálne obťažovanie na pracovisku predstavujú vážne problémy.

Zlepšenie pracovného prostredia sa stalo najvyššou prioritou vrcholového manažmentu. Namiesto presadzovania opatrení zhora nadol pri zavádzaní nových postupov zameraných na obmedzenie pracovného stresu spolupracovali so skupinami, ktoré preskúmali pracovné prostredie na jednotlivých oddeleniach celej nemocnice, ako aj so zástupcami odborov a zástupcami zamestnancov. Zdôrazňoval sa význam výmeny poznatkov a zabezpečenia spätnej väzby, činnosti existujúcich pracovných skupín sa zreorganizovala tak, aby sa zlepšili oba tieto faktory. Zástupcovia zamestnancov sa zapojili do prípravy zásad a politiky predchádzania najmä šikanovaniu a sexuálnemu obťažovaniu a obmedzenia stresu, vytvorila sa

sieť manažmentu na predchádzanie zneužívania a v internetovom vestníku nemocnice sa uviedli príklady toho, ako jednotlivé oddelenia zlepšili pracovné prostredie.

Konkrétne výsledky sa prejavili v celkovom zvýšení spokojnosti s prácou a výraznom znížení úrovne stresu medzi úradníkami a zdravotníckymi pracovníkmi (eu – osha, 2013, s.13).

## **ZÁVER**

Účinným riešením psychosociálnych rizík sa vytvára zdravé pracovné prostredie, v ktorých sa ľudia cítia ocenení a najmä kultúra pracoviska je pozitívna, čím sa následne zvyšuje výkonnosť nielen organizácie ale znamená prínos pre celú spoločnosť ako celok. Je mimoriadne dôležité, aby sa na túto skutočnosť poukazovalo v čase hospodárskej neistoty, keď sa pracuje pod tlakom, čo je najčastejšou príčinou ohrozenia zdravia a rozširovania civilizovaných chorôb.

## ZDROJE

EU – OSHA, 2013. Sprievodca kampaňou: *Riadenie stresu a psychosociálnych rizík pri práci*. Luxemburg: Úrad pre vydávanie publikácií Európskej únie. ISBN 987-92-9240-505-2. Dostupné z: <http://osha.europa.eu>

KŘIVOHLAVÝ, J., 1994. *Jak zvládat stres*. Praha, Grada 1994.

MALLOTOVÁ, K., 2000. Burn-out, neboli syndrom vyhoření. *Psychologie dnes*, **6(2)**, 14-18.

MAZALÁNOVÁ, A. a V. BLAŽKOVÁ, 2010. *Výchova ke zdraví v práci sestry v 21. století*. In: *Zdraví a péče o člověka v 21. století*. - Plzeň : Západočeská univerzita, 2010. - S. 22-26. - ISBN 978-80-7043-908-1.

KITOVÁ MAZALÁNOVÁ, V., P. MAZALÁN, A. MAZALÁNOVÁ, 2017. Stres anádorové ochorenia In: *Preventivní programy v ošetrovateľskej péči* [elektronický zdroj]. - Praha: Vysoká škola zdravotnícká, 2017. s. 99-110 [cit. 2020-03-30]. ISBN 978-80-905728-0-1. [Preventivní programy v ošetrovateľskej péči: medzinárodná vedecká konferencia. 12., Praha, 6.4.2017]. Dostupné z: [http://www.vsdrav.cz/userdata/files/VSZ\\_konference\\_sbornik\\_2017.pdf](http://www.vsdrav.cz/userdata/files/VSZ_konference_sbornik_2017.pdf)

ONDERČOVÁ, V. 2001/2002. *Učiteľ a riziko vyhorenia*. Naša škola, **5(4)**, s. 6-14.

LIBOVÁ, Ľ., J. ČAPSKÁ, a A. SOLGAJOVÁ, 2010. *Pohyb ako prevencia neinfekčných ochorení*. *Medzinárodná vedecká konferencia*. Trenčín: Ošetrovateľstvo a zdravie. ISBN 978-80-8075-450-1.

SELYE, H., 1985. History and present status of the stress concept. In A. Monat, & R. Lazarus (Eds.), *Stress and coping* (2<sup>a</sup> ed.). New York: Columbia University Press.

[www.ec.europa.eu](http://www.ec.europa.eu)

[www.healthy-workplaces.eu](http://www.healthy-workplaces.eu)

[www.uvzsr.sk](http://www.uvzsr.sk)

## KONTAKT

**Doc. PhDr. Petronela Lauková, PhD.**

FF Univerzity Komenského v Bratislave, Katedra pedagogiky a andragogiky

[petronela.laukova@uniba.sk](mailto:petronela.laukova@uniba.sk)

# **DISTRES A PODPORA DUŠEVNÉHO ZDRAVIA U JEDINCOV PREŽÍVAJÚCICH S NÁDOROVÝM OCHORENÍM**

GREŽĐOVÁ, I., POLHORSKÁ, M.

## **Abstrakt**

Incidencia zhubných ochorení v Slovenskej republike sa každým rokom neustále zvyšuje. Na druhej strane, vďaka účinným opatreniam v primárnej prevencii, významnému pokroku v oblasti diagnostiky, liečby a novým postupom v sekundárnej prevencii, pribúda počet pacientov, ktorí prežívajú po diagnostikovaní a liečbe zhubných nádorov viac ako 5 rokov a zvyšuje sa aj počet pacientov prežívajúcich 10 a 15 rokov. Diagnóza rakoviny a onkologická liečba predstavujú pre každého pacienta veľkú psychickú záťaž a častokrát aj dramatickú zmenu vo mnohých oblastiach života. Aj keď je onkologická liečba účinná a pacienti sa úspešne zotavia z následkov rádioterapie, chemoterapie či chirurgickej liečby, nadmerná psychická záťaž u pacientov a jej následky môžu pretrvávajúť dlhodobo aj po ukončení onkologickej liečby, niekedy až do konca života. Jednou z dôležitých úloh dispenzárnej onkologickej starostlivosti je skrining distresu a podpora a upevnenie duševného zdravia pacienta. Aj psychoterapeutické intervencie majú pozitívny vplyv na dĺžku a kvalitu života jedincov prežívajúcich s onkologickým ochorením.

## **Kľúčové slová**

Nádorové ochorenie. Jediniec prežívajúci s nádorovým ochorením. Psychický distres. Duševné zdravie. Psychoterapeutické intervencie.

## **ÚVOD**

Štatistiky incidencie zhubných ochorení v Slovenskej republike poukazujú na kontinuálne zvyšovanie nových prípadov onkologických ochorení ako u mužov tak i u žien. V roku 2009 bolo zaznamenaných 31 466 nových prípadov zhubných nádorov (15 708 u mužov, 15 758 u žien), v roku 2010 incidencia predstavovala 32 046 prípadov (16 251 prípadov u mužov, 15 795 u žien) a v poslednom štatisticky spracovanom roku 2011 bolo zaznamenaných 32 218

novozistených zhubných nádorov (16 315 u mužov, 15 903 u žien).

Medzi 5 najčastejších novodiagnostikovaných zhubných nádorov u mužov v SR za posledný štatisticky spracovaný rok 2011 patrili zhubné nádory kože, zhubný nádor hrubého čreva a konečníka, prostaty, priedušiek a pľúc a močového mechúra. U žien to boli zhubný nádor prsníka, zhubné nádory kože, hrubého čreva a konečníka, maternice, priedušiek a pľúc.

Na druhej strane významných úspechom medicíny je narastajúci počet onkologických pacientov, ktorí dlhodobo prežívajú po diagnostikovaní a liečbe zhubných nádorov. Podľa Kohúteka a kol. (2015, s. 148) v posledných dekádach došlo k významnému pokroku v oblasti diagnostiky a liečby onkologických ochorení. Súčasne došlo aj k významnému zvýšeniu povedomia laickej i odbornej verejnosti o príznakoch a význame onkologických ochorení a zavedeniu účinných nástrojov primárnej a sekundárnej prevencie. To všetko prispelo k zvýšeniu miery dlhodobého prežívania onkologických pacientov. Súbežne s tým stúpol význam diagnostických postupov zabezpečujúcich včasnú detekciu relapsu ochorenia, sekundárnej malignity a neskorej toxicity onkologickej liečby a následnú terapeutickú intervenciu. Tieto diagnostické postupy môžeme súhrnne označiť pojmom sledovanie pacienta, v zahraničnej literatúre sa používa výraz „follow-up“.

Zvyšujúci sa počet jedincov žijúcich s nádorovým ochorením dokumentujú aj údaje v Analytickej publikácii „Incidencia zhubných nádorov v Slovenskej republike 2010“, ktorá prináša po prvýkrát aj údaje o prežívaní pacientov podľa klinických štádií zhubných nádorov v dvoch sledovaných lokalizáciách, a to zhubného nádoru prsníka u žien a zhubného nádoru prostaty u mužov. Pre ilustráciu uvádzame pozitívne zmeny v dĺžke prežívania žien so zhubným nádorom prsníka v SR v rokoch 1980-1989 a 2000-2009 podľa klinického štádia v čase stanovenia diagnózy (Tab.1).



*Tabuľka 1 Zmeny v parametroch prežívania žien so zhubným nádorom prsníka v SR v rokoch 1980 – 1989 a 2000 – 2009 podľa klinického štádia v čase stanovenia diagnózy*

Obdobie	Klinické štádia	Stredná doba prežívania (roky) ± 95% C.I.	Medián (roky) ± 95% C.I.	Prežívanie (%)			
				1 r.	5 r.	10 r.	15 r.
1980 - 1989	I. + II.	11,05 ± 0,240	9,95 ± 0,337	<b>96,32</b>	<b>70,02</b>	<b>49,65</b>	<b>30,75</b>
	III.	6,36 ± 0,230	3,55 ± 0,197	<b>85,10</b>	<b>39,87</b>	<b>22,92</b>	<b>12,46</b>
	IV.	2,46 ± 0,270	1,02 ± 0,094	<b>50,56</b>	<b>12,44</b>	<b>4,63</b>	<b>2,87</b>
2000 - 2009	I. + II.	12,04 ± 0,086	14,21 ± 0,21	<b>98,17</b>	<b>85,45</b>	<b>71,67</b>	<b>60,73</b>
	III.	7,39 ± 0,201	5,85 ± 0,456	<b>90,21</b>	<b>54,08</b>	<b>34,52</b>	<b>24,58</b>
	IV.	2,47 ± 0,178	1,14 ± 0,122	<b>52,92</b>	<b>14,64</b>	<b>5,90</b>	<b>4,08</b>

*Zdroj: Incidencia zhubných nádorov v Slovenskej republike 2010, 2017, s. 21*

## **1 KOMPLEXNOSŤ V DISPENZÁRNEJ STAROSTLIVOSTI**

Kľúčovou úlohou dispenzárnej starostlivosti o jedincov prežívajúcich s nádorovým ochorením po onkologickej liečbe je zabezpečiť ich komplexný manažment, holisticky a efektívne riešiť problematiku všetkých troch skupín pacientov z hľadiska ich dĺžky prežitia po diagnostikovaní zhubného ochorenia. Prvou skupinou sú pacienti, ktorí podstúpili onkologickú liečbu a sú vyliečení, druhou skupinou pacienti, ktorých liečba môže zabezpečiť v nasledujúcich 10 rokoch po jej zastavení resp. prerušení vysokú možnosť existencie bez choroby, takže pacienti môžu napokon zomrieť na iný stav, inú chorobu a treťou skupinou pacienti, u ktorých liečba môže značne predĺžiť život (na niekoľko rokov) dočasným zastavením alebo spomalením progresie ochorenia. Komplexnosť dispenzárnej starostlivosti o spomínaných pacientov, samozrejme v súčinnosti s nimi, spočíva najmä v pravidelnom sledovaní pacientov. Sledovanie pacientov po onkologickej liečbe predstavuje praktickú aplikáciu terciárnej prevencie.

Cieľom sledovania po onkologickej liečbe je včasná detekcia relapsu malígneho ochorenia, neskorej toxicity onkologickej liečby alebo sekundárnej malignity s následnou terapeutickou intervenciou. Správne vedená dispenzarizácia pacientov by sa mala odzrkadliť aj v zlepšenom prežívaní pacientov a aj v zlepšení kvality života (Kohútek a kol., 2015, s. 148). Nevyhnutnou súčasťou dispenzárnej starostlivosti by mal byť aj skrining distresu a podpora a zlepšenie duševného zdravia pacienta. 25 – 40 % onkologických pacientov trpí nejakou psychickou poruchou. U niektorých ide o krátkodobé reakcie, ktoré odznejú v krátkom čase, u iných

sa môžu fixovať, spájať a vyústiť do obrazu afektívnej poruchy (Andrašiová, 2007, s. 44). Psychoterapeutické intervencie u pacientov so symptómami distresu majú pozitívny vplyv na dĺžku a kvalitu života pacienta po ukončení onkologickej liečby.

Dôležitosť riešenia problematiky duševného zdravia u jedincov prežívajúcich s nádorovým ochorením je aj cieľom, ktorý je zahrnutý v dokumente vlády SR – v Národnom onkologickom programe SR. Program obsahuje strategický plán na roky 2018-2020 pre plnenie budúcich úloh vo forme akčných plánov s cieľom zlepšiť výsledky v oblasti kontroly nádorových ochorení pre všetkých obyvateľov a ľudí žijúcich v SR. V akčnom pláne 4: Kvalita života a podpora prežívania a end-of-lifecare konceptu, v ciele 8 pod názvom Zlepšenie fyzickej, duševnej a sociálnej pohody u jedincov žijúcich s onkologickým ochorením, v Modeli intervencie: Zlepšiť fyzické a mentálne zdravie pacientov prežívajúcich onkologické ochorenie, sú uvedené aj nasledovné stratégie:

- Vytvoriť a implementovať štandardné postupy a klinické protokoly v zdravotníckych zariadeniach, zvlášť v centrách onkologickej liečby s cieľom zabezpečiť poskytovanie skríningu distresu počas úvodných a kľúčových lekárskejších návštev zdravotníckeho zariadenia. Tvorba odporúčaní a podpora následných služieb na základe posúdenia skríningu.
- Zaviesť na dôkazoch založené klinické sledovanie pacientov žijúcich s nádorovým ochorením s cieľom identifikovať potreby duševného zdravia u detských, dospelých pacientov a mladých dospelých.
- Financovanie podporných služieb, súvisiacich s fyzickým a duševným zdravím prežívajúcich jedincov, z verejného zdravotného poistenia. Potrebné je identifikovať bariéry, nedostatky a navrhnúť riešenia.

## **2 PSYCHICKÝ DISTRES U JEDINCOV PREŽÍVAJÚCICH S ONKOLOGICKÝM OCHORENÍM**

Psychosociálna podmienenosť vzniku nádorových ochorení je predmetom mnohých výskumov. Výsledky výskumov doposiaľ nepotvrdili kauzálny vzťah medzi intrapsychickými premennými a onkologickým ochorením. Čo sa s istotou potvrdilo, je ich vplyv na priebeh ochorenia a jeho liečbu. V primárnej, sekundárnej a terciárnej prevencii onkologických ochorení, ako aj pri ich samotnom zvládaní, hrajú významnú rolu psychické a sociálne faktory. Do procesu liečby

ochorenia vstupuje pacient nielen so svojou telesnou výbavou, ale aj psychickou konšteláciou – temperamentom, emočnou výbavou, postojovými a vôľovými vlastnosťami, intelektom atď. To všetko do veľkej miery ovplyvňuje prežívanie a zvládanie choroby, ako aj spoluprácu pacienta počas liečby. Spôsob, akým sa pacient vyrovnáva s ochorením, je podmienený aj jeho vekom, životnou etapou, v ktorej ho choroba zastihla a rodinným stavom (Andrášiová, 2007, s. 42).

Každý onkologický pacient prekoná v určitom čase, či už počas diagnostikovania zhubného ochorenia, alebo v akomkoľvek štádiu onkologickej liečby určitú úroveň psychického distresu. Posttraumatický stres, poruchy nálad, strach, úzkosť, depresia, zvýšená miera utrpenia, problémov, situačne podmienených ťažkostí, trápenie, zármutok, bezmocnosť alebo iné negatívne emocionálne stavy, somatizácia, čiže sklon k prežívaniu psychického distresu vo forme telesných príznakov, adaptačné poruchy, pokles v pozitívnom prežívaní, celkovej kvalite života či životnej spokojnosti môžu pretrvávať, alebo sa objaviť rovnako aj po ukončení onkologickej liečby. Mnohí pacienti považujú práve obdobie po ukončení liečby za zvlášť ťažké. Obavy z návratu do „normálneho“ života, úzkosť zo zníženia kontaktu s lekárom, strach z recidívy ochorenia, prílišné sebapozorovanie, úzkosť pred kontrolnými vyšetreniami v dispenzárnej ambulancii a pri čakaní na výsledok, pocit straty kontroly nad chorobou, neskoré a dlhodobé účinky chemoterapie alebo hormonálnej terapie, napríklad v podobe problémov s pamäťou, myslením, pozornosťou, môžu byť zdrojom dlhodobej nadmernej psychickej záťaže u jedincov prežívajúcich s onkologickým ochorením v období remisie či relapsu.

Podľa viacerých odborníkov, strach z recidívy onkologického ochorenia, úzkosť a depresia patria k najčastejším psychologickým problémom u prežívajúcich onkologických pacientov (Martinez, 2017, s. 487, Mitchell et al., 2013). Veľmi často sú prítomné po ukončení liečby aj u onkologických pacientov vo veku adolescencie a v mladších skupinách dospelého veku (15-39 rokov) (Sun et al., 2019, s. 863, Mattsson et al., 2018, s. 464). Podľa najnovšej systematickej review, autori ktorej analyzovali 17 štúdií, prevalencia strachu z recidívy ochorenia u adolescentov a dospelých ľudí vo veku od 18 do 39 po ukončení onkologickej liečby sa pohybovala od 31% do 85,2%. Vyššia intenzita liečby a psychologický distres pacientov pozitívne asociovali s vyššou intenzitou strachu. Ako dôsledok zvýšeného strachu z recidívy ochorenia v spomínanej skupine prežívajúcich pacientov bolo zistené nižšie skóre na úrovni fyzického a psychického fungovania a celkovej kvality života (Yang et al., 2019, s. 675). V závere analýzy autori uviedli, že u tejto skupiny pacientov je potrebné veku adekvátne hodnotenie na určenie potreby ich podpory a vhodných intervencií. Veku primeraná a flexibilná

psychologická starostlivosť by tak mohla byť viac úspešnejšia.

Monitorovanie duševného zdravia všetkých prežívajúcich onkologických pacientov je potrebné najmä v prvých troch kritických rokoch po liečbe (Naughton, 2014, s. 284). Skrining distresu, následná psychologická, psychoterapeutická, prípadne psychiatrická a farmakologická starostlivosť, podpora a udržanie dobrej psychickej kondície by mali tak byť dôležitou súčasťou dispenzárnej starostlivosti o onkologických pacientov vo fáze remisie, v prvých mesiacoch a rokoch po ukončení onkologickej liečby a samozrejme u pacientov, u ktorých došlo k recidíve onkologického ochorenia. Spomínané druhy starostlivosti majú vplyv na dĺžku a kvalitu života pacientov. Viaceré výskumy potvrdili dlhší čas prežívania a zlepšenie celkovej kvality života u onkologických pacientov, ktorí podstúpili psychoterapeutickú intervenciu (Vasil'ková, Tisovská, 2017, s. 54).

### **3 SKRÍNING DISTRESU V ONKOLÓGII**

Systematické hodnotenie psychosociálneho distresu v onkológii patrí k dôležitým úlohám nielen v nemocničnej ale aj dispenzárnej starostlivosti. Zahraničná literatúra uvádza a odporúča viaceré validované testy. Ako príklad uvádzame jeden z nich - hodnotiaci nástroj „Distress Thermometer“ (Obrázok 1). Je určený na zisťovanie a systematické monitorovanie miery distresu u onkologických pacientov. Hodnotí mieru distresu, poskytuje informácie o rozsahu praktických, emocionálnych, sociálnych, duchovných a spirituálnych problémov, ak sa nejaké vyskytujú a poskytuje informácie o potrebe pacienta riešiť spomínané problémy so zdravotníkmi pracovníkmi – špecialistami. Miera distresu je vyjadrená na škále od 0 (vôbec žiadne zaťaženie) až po 10 (extrémne zaťaženie). Skóre  $\geq 4$  sa považuje za optimálny hraničný bod pre potvrdenie klinicky relevantného distresu (Nuenen, 2019, s. 15). Nástroj sa odporúča použiť na hodnotenie distresu počas liečby, ale aj po jej ukončení, počas tzv. „follow-up“ raz za 3 mesiace, alebo pokiaľ sa pacient sám nerozhodne hodnotenie ukončiť.



ocenenie zmyslu života, zvýšená duchovnosť/spiritualita, hľadanie výhod alebo väčšie pocity mierumilovnosti a účelnosti. Psychologické zdravie týchto pacientov je tiež určené rovnováhou medzi 2 faktormi: stresom a záťažou spôsobenými skúsenosťou s rakovinou a zdrojmi, ktoré má pacient k dispozícii na zvládanie tohto stresu a záťaže. Tie sa menia v čase, v závislosti od obdobia choroby, v ktorom sa pacient nachádza a od osobnostných charakteristík samotného pacienta. Niektorí pacienti sa dokážu zotaviť úplne a ich psychické zdravie sa dostane na úroveň pred diagnostikovaním onkologického ochorenia, niektorí môžu prežívať s menšími či väčšími psychickými ťažkosťami a nikdy nedosiahnu úroveň psychického zdravia, akú mali pred zistením ochorenia. Čím väčšie má pacient zdroje pomoci, ktorými zvláda stres a záťaž z onkologického ochorenia, tým je menšie riziko zhoršeného alebo zlého duševného zdravia a opačne (Andrykowski et al., 2008, s. 1). Dobré duševné zdravie má pozitívny vplyv na prognózu pacienta.

Psychologickú podporu a pomoc môžu onkologickí pacienti po ukončení liečby vyhľadať v ambulanciách klinickej psychológie, v psychoterapeutických centrách, v sieti psychológov – Liga proti rakovine alebo u psychológov v súkromných ambulanciách SR vo forme individuálneho alebo skupinového poradenstva. Pomoc a podporu poskytujú aj patientske organizácie a kluby.

## 5 FORMY PSYCHOTERAPEUTICKÝCH INTERVENCIÍ V ONKOLÓGII

Typ a rozsah potrebných intervencií je determinovaný problémom pacienta, jeho potrebami, štádiom a prognózou ochorenia. V psychoonkológii sa používajú rôzne metódy a techniky z rôznych psychoterapeutických smerov. Uvádzame niektoré z nich.

**Kognitívno-behaviorálna terapia** je zameraná na korigovanie nevhodných vzorcov správania, návykov a zmenu spôsobu myslenia, edukáciu zručností v riešení problémov, pri zmene postojov, napr. náročné „čiernobiele“ myslenie, zvládanie stresu a úzkosti.

**Relaxačná a imaginatívna terapia** sú používané na zvládanie stresových situácií, k uvoľneniu tenzie, zmierňovaniu alebo odstraňovaniu príznakov úzkosti, bolesti, únavy, porúch spánku, psychogénne podmienených somatických príznakov a podobne.

**Podporná psychoterapia** podporuje vyjadrenie emócií, potvrdzuje skúsenosti jednotlivca a ponúka podporu prostredníctvom empatického počúvania, povzbudzovania a poskytovania informácií. Reflektuje na silné stránky jednotlivca a nabáda na používanie adaptačných metód

zvládania.

**Racionálna psychoterapia** redukuje pacientov pocit bezmocnosti a neistoty, vzniknutý z nedostatku informácií. Poskytnutím dostatočného množstva informácií pacient získava určitú mieru kontroly nad ochorením.

**Psychodynamická psychoterapia** vychádza z predstavy dynamiky psychického aparátu, vzájomného vzťahu vedomých a nevedomých procesov a rovnováhy duševných síl. Cieľom je prehĺbiť, rozšíriť a korigovať alebo umožniť pohľad do opakujúcich sa konfliktov, prepojiť pacientov problém s minulosťou a poskytnúť takú oporu, aby došlo u pacienta ku zvýšeniu sebaúcty a posilneniu žiadúcich funkcií ega.

**Skupinová terapia** kladie dôraz na zdieľanie skúsenosti medzi pacientmi s rovnakým štádiom choroby. Účastníci majú pocit, že ich skúsenosti sú overené a môžu zmysluplným spôsobom prispieť k blahu ostatných členov skupiny.

**Rodinná terapia** zvyšuje komunikáciu, súdržnosť a riešenie konfliktov v rámci rodinného systému vrátane potrieb detí.

**Párova terapia** sa zameriava na riešenie problémov v rámci partnerských vzťahov.

**Telefónne poradenstvo** poskytuje geograficky izolovaným pacientom príležitosť na kognitívno behaviorálne alebo podporné psychoterapeutické zásahy.

**Iné terapie** zahŕňajú arteterapiu, wellness programy, farmakologickú liečbu, hypnózu, akupunktúru, relaxáciu, pohybové cvičenia, modlitbu a podobne.

**Ostatné špecializované služby** zahŕňajú napr. fyzioterapiu, logoterapiu, pracovnú terapiu, plastickú chirurgiu, rekonštrukčnú chirurgiu, výživové poradenstvo a podobne.

## **ZÁVER**

Diagnóza rakoviny, jej liečba, rekonvalescencia i ďalšie prežívanie s onkologickým ochorením majú veľký vplyv na psychiku každého pacienta. Skrining duševného zdravia pacienta po onkologickej liečbe je rovnako dôležitý ako sledovanie jeho fyzického stavu. Je veľmi dôležité nepodceňovať psychický stav pacienta a jeho prežívanie. Každý pacient by mal mať v rámci dispenzárnej starostlivosti zabezpečenú dlhodobú a nepretržitú psychoterapeutickú starostlivosť, ktorá je základom účinnej psychoterapie. Psychoterapeutické intervencie pozitívne ovplyvňujú dĺžku prežívania a zlepšujú celkovú kvalitu života jedincov žijúcich s nádorovým ochorením.

## ZDROJE

Incidenca zhubných nádorov v Slovenskej republike 2011. 2018. Vydavateľstvo NCZI, Bratislava 2018, Publisher: NHIC, Bratislava 2018. s. 196. ISBN 978-80-89292-64-6 EAN 9788089292646.

Incidenca zhubných nádorov v Slovenskej republike 2010. 2017. Vydavateľstvo NCZI, Bratislava 2017, Publisher: NHIC, Bratislava 2017. s. 186. ISBN 978-80-89292-55-4 EAN 9788089292554

Incidenca zhubných nádorov v Slovenskej republike 2009. 2015. Vydavateľstvo NCZI, Bratislava 2015 Publisher: NHIC, Bratislava 2015. s. 191. ISBN 978-80-89292-44-8 EAN 9788089292448

ANDRÁŠIOVÁ, M., 2007. Psychologické minimum o psychickom prežívaní onkologického pacienta. *Via practica*, 4(S2), s. 42-46. ISSN 1336-4790.

ANDRYKOWSKI, M. A., LYKINS, E., FLOYD, A., 2008. Psychological Health in Cancer Survivors. [online]. *Seminars in Oncology Nursing*, 24(3), 193-201 [cit. 2020-01-27]. Dostupné na internete: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3321244/pdf/nihms-366622.pdf>. ISSN 1878-3449.

KOHÚTEK a kol., 2015. Sledovanie pacientov po onkologickej liečbe. *Onkológia*, 10(3), s. 148-156. ISSN 1336-8176.

LIPSCOMB, J., GOTAY, C. C., SNYDER, C., 2005. *Outcomes Assessment in Cancer Measures, Methods and Applications*. Cambridge: Cambridge University Press. ISBN 052183890.

MARTINEZ, M. R. and A. PASHA, 2017. Prioritizing Mental Health Research in Cancer Patients and Survivors. [online]. *AMA Journal of Ethics*, 19(5), 486-492. [cit. 2020-01-23]. Dostupné na internete: <https://journalofethics.ama-assn.org/sites/journalofethics.ama-assn.org/files/2018-04/msoc2-1705.pdf>. ISSN 1937-7010.



MATTSSON, E. et al., 2018. Women treated for gynaecological cancer during young adulthood – a mixed-methods study of perceived psychological distress and experiences of support from health care following end-of-treatment. [online]. *Gynecologic Oncology*, **149**(3), 464-469. [cit. 2020-01-23]. Dostupné na internete: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29588102>. ISSN 0090-8259.

MITCHELL, A. J. et al., 2013. Depression and anxiety in long-term cancer survivors compared with spouses and healthy controls: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Oncology*, **14**(8), 721-732. ISSN 1470-2045.

NAUGHTON, M. J. and K. E. Weaver, 2014. Physical and mental Health Among Cancer Survivors: Considerations for Long-Term Care and Quality of Life. [online]. *North Carolina Medical Journal*, **75**(4), 283-286. [cit. 2020-01-28]. Dostupné na: <http://www.ncmedicaljournal.com/content/75/4/283.long>. ISSN 0029 – 2559.

NCCN Guidelines for Patient. Distress, 2017. Version 1.2017, p. 16-17. [online]. NCCN [cit. 2020-01-20]. Dostupné na internete: <https://www.nccn.org/patients/guidelines/content/t.pdf>.

NUENEN, F. M. 2019. Screening of Distress and Referral Need in Dutch oncology practice. [online]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 2019. 168 p. [cit. 2020-01-22] Dostupné na internete: [https://www.rug.nl/research/portal/files/97362463/Chapter\\_1.pdf](https://www.rug.nl/research/portal/files/97362463/Chapter_1.pdf). ISBNs 97894632 37581.

VASILKOVÁ, L., a K. TISOVSKÁ, 2017. Psychoterapia a psychofarmakológia v onkológii. *Onkológia*, **12**(1), 52-55. ISSN 1336-8176.

VYBÍRAL, Z. a D. HOLUB, 2010. *Současná psychoterapie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-682-2.

YANG, Y. et al., 2019. Fear of cancer recurrence in adolescent and young adult cancer survivors: A systematic review of the literature. [online]. *Psych-Oncology*, **28**(4), 675-686. ISSN 1099-1611. Dostupné na internete: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/pon.5013>.

**Online zdroje:**

<http://edcan.org.au/edcan-metody.learning-resources/supporting-sources/supportive-care/interventions-and-referral/psychosocial-needs>

**KONTAKT****PhDr. Iveta Grežd'ová, PhD.**

Ústav sociálneho lekárstva a lekárskej etiky, LF UK Bratislava  
Špitálska 24, 813 72 Bratislava  
[iveta.grezdova@fmed.uniba.sk](mailto:iveta.grezdova@fmed.uniba.sk)

**PhDr. Miriam Polhorská PhD.**

Ústav sociálneho lekárstva a lekárskej etiky, LF UK Bratislava  
Špitálska 24, 813 72 Bratislava  
[miriam.polhorska@fmed.uniba.sk](mailto:miriam.polhorska@fmed.uniba.sk)

# MONITORING STATE OF MENTAL HEALTH OF SLOVAK TEACHERS BETWEEN 1988-2017

LAUKOVÁ, P.

## Abstract

Educational practice signalizes high level of work-related stress in the teaching profession influencing individual state of health and contributing to psychological, emotional and somatic disorders and burnout syndrome (Mallotova, 2000; Gerova,2010; Čecho, 2018, Osha, 2013 ). The aim of this study was to evaluate the health status and work load within the comparable sample of primary school teachers older than 29 years and asses the changes in selected characteristics related to the transformation processes in the society. The data about health (working disability), psychological symptoms and behavioural risk factors expressed in the subjective assessments (Questionnaires: Health Status + Life Style and Cornel Index 3+) were analysed in representative samples of 154 teachers from Slovak primary schools in the years 1988, 2003 and 2017. The results indicate increasing behavioural risk factors in teacher lifestyle: smoking (16,9% of teachers in 1988, vs.26,6% in 2003, vs.33% in 2017) and alcohol consumption (10,4% vs.11,6% vs.14,3%). Increase of smoking and alcohol consumption appeared especially among younger teachers. Working disability and morbidity of teachers significantly increased, also among younger teachers. In 2003 and in 2017 the teachers presented much higher levels of anxiety, psychosomatic symptoms and dread reactions. Results confirmed significant links between teaching practice and subjective strain as well as between behavioural risk factors and morbidity. Teaching skills are the most important for health protection of teachers.

## Key words

Mental Health. Teacher. Stress. Behavioural Risk Factors. Educational practice

## **INTRODUCTION**

A teacher holds a determining role in training and education. Relatively high workload in the teaching profession is directly related to their state of health, namely in form of psychological, physical and emotional disorders.

As Čecho et al. (2018) mentions in their study, primary school teachers show increased levels of psychological pressure. Results of multiple surveys (Admiral, 2000; Lasebikan, 2016; Nakada, 2016; Sarmány, 1994) support this observation.

The aim of this study was therefore to evaluate the health status, professional load and behavioural factors in the comparable sample of school teachers after 30 years (1988, 2003, 2017).

## **MATERIAL AND METHODS**

The data about health status on the basis of working disability, physician visits due to health problems and hospitalization, behavioural risk factors and psychical strain expressed in the negative subjective feelings (Questionnaires: Health Status + Life Style Cornel Index 3+ questionnaire) were analysed in representative samples of 154 teachers from Slovak schools in the year 2017. The results were compared with similar studies from 1988 a 2003.

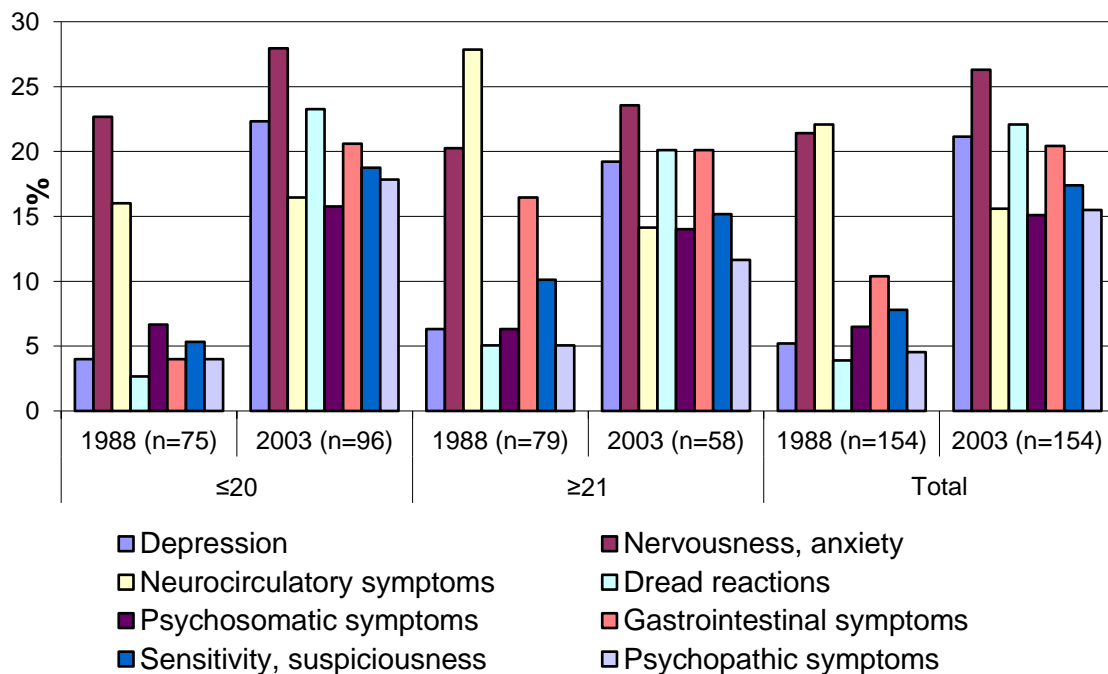
## **RESULTS**

The results indicate that in 2017 more teachers had a shorter teaching experience. A lower number of teachers with longer practice (over 20 years) is probably caused by insufficient social appreciation of teachers' profession. The short- term morbidity increased in 2017. The growth of morbidity and working disability in teachers with a shorter teaching practice in 2017 reflects probably a higher strain resulting from the transformation of the educational system. Among chronic diseases, the joint and spinal problems are still highly prevalent, which reflects sedentary way of work and chronic static strain. Contrary to the past, in 2003 only a low number of mention the affections of vocal chords, diseases of bronchi. A stable number of teachers (about 5%) is showing chalk allergy. An improving tendency is shown in subjective assessment of psychological condition at the end school term: negative symptoms and feelings such as mental exhaustion, nervousness, desire to be alone, sleeping problems and forgetfulness.

Our study in accordance with the evidence in literature confirmed a higher rate of neurotic tendencies in teachers (Admiral, 2000, Čecho, 2018, Sarmany, 1994).

Answers in Cornel index 3+ (2017) show ascending trend in depression, fear, nervousness, anxiety, psychosomatic symptoms, mental reaction, sensitivity and suspiciousness. The results of subjective evaluation of psychological condition confirmed, that teachers did not answer truthfully, because they are afraid of losing their job. Teachers most often include interpersonal relations and technical problems among important factors negatively affecting their health and performance. Nowadays, as in the year 1988, the teachers with a short teaching experience mention higher subjective load and more health problems. This indicates the absence of health promotion and protection principles in school (WHO 2020).

**Fig.1 Results of Cornel index 3+ questionnaire**



Several variables in the analysis of the Cornel index 31+ (2017) correlate in the medium to very positive way with the amount of years of work in education. The analysed correlation run between  $r = 0,02 = \text{weak}$  ( $p < 0,05$ ), up to  $r = 0,7 = \text{strong}$  ( $p < 0,05$ ). Negative (medium strong) correlation was observed among variables in Cornel index 3+ and state of health ( $r = - 0,27$ ), physical state and work disability.

The results have shown more behavioural risk factors in teacher lifestyle, which have increasing tendency namely in alcohol consumption (10,4% of teacher in 1988 vs. 11.6% in 2003, 14,3 in 2017), smoking (116,9% vs. 26.6% vs. 33%), low physical activities (27,3% vs. 61%, vs .85 %). Increase in regular smoking and alcohol consumption was revealed especially among younger teachers. Working disability and morbidity of teachers significantly increased during

the observed period and in younger teachers. In 2003, the teachers presented much higher level of anxiety, psychosomatic symptoms and dread reactions.

Fig.2 Smoking, 1988,2003

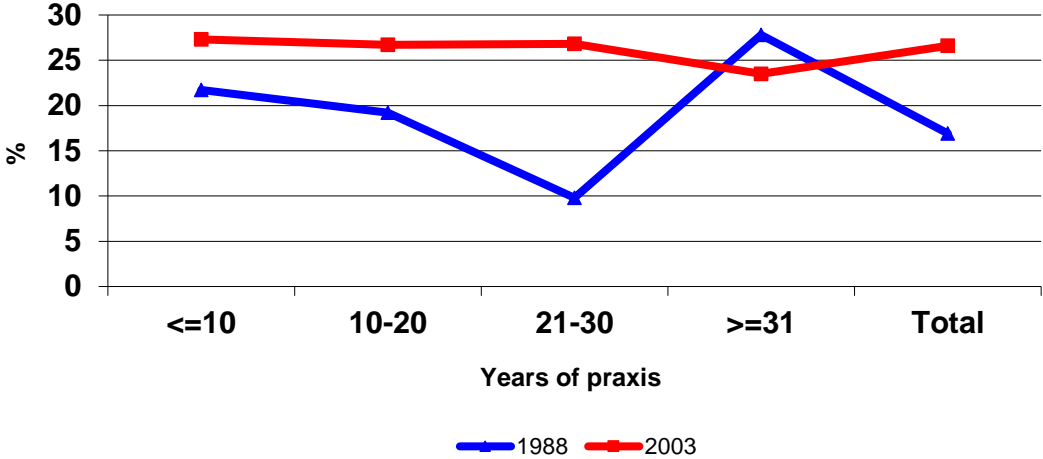
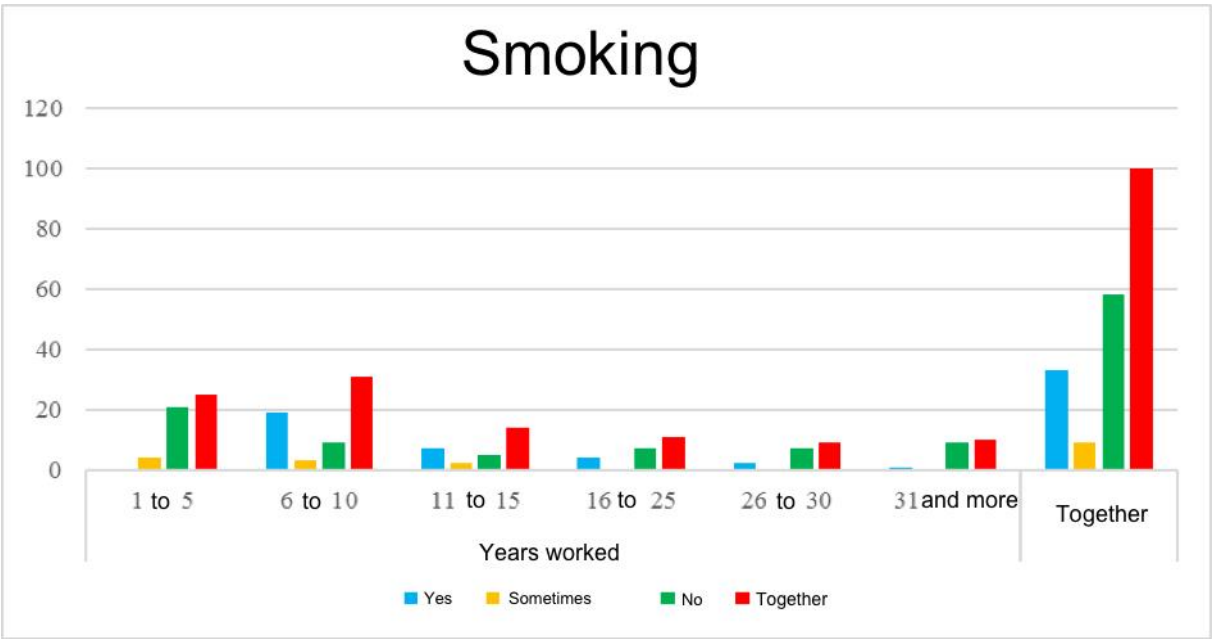


Fig.3 Smoking, 2017



As expected, the symptoms and intensity of neuroticism grew with the age and the length of teaching practice; they positively correlated with the working disability, with sedative drugs usage and negatively correlated with physical activity and level of well-being.

Fig. 4 Usage sedative drugs by years teaching practice

Years of teaching practice	Year	Number teacher n	No		Yes		Daily		Irregularly	
			(%)	p	(%)	p	(%)	p	(%)	p
<=10	1988	23	96,65		4,35		4,34		0,00	
	2003	66	95,45	0,968 6	4,55	0,968 6	3,03	0,398 5	1,52	0,552 7
11-20	1988	52	73,00		37,0		3,84		3,84	
	2003	30	83,33	0,216 1	16,6	0,056 7	10,00	0,102 8	3,33	0,690 1
21-30	1988	61	70,50		29,5		4,91		26,22	
	2003	41	87,80	0,040 2	12,2	0,059 0	6,67	0,683 3	4,88	0,008 8
>=31	1988	18	88,89		11,1		5,55		5,55	
	2003	17	100,0	0,157 0	0,00	0,324 1	0,00	1,000 0	0,00	1,000 0
total	1988	154	77,28		22,7		4,54		12,33	
	2003	154	91,56	0,000 5	8,44	0,000 9	5,19	0,584 3	2,60	0,002 0

## **DISCUSSION**

Comparison of the results of studies from 1988, 2003 and 2017 indicated increasing tendency of health problems appearing among teachers (especially regarding mental state).

The results have confirmed influence of teachers' occupational stress and lifestyle on mental health. It is well known that a great complexity of factors plays role in both physical and mental health and development of chronic diseases. The teachers are rendering an increasing rate of depression, fear, flutter and anxiety, psychosomatic symptoms. The symptoms and intensity of neuroticism is also in negative correlation with the physical activity. The increase of smoking mainly in the short time teachers is alarming. Typical chronic health disorders in teachers (gastrointestinal, joint and spinal problems, high blood pressure) have been decreasing in distance of 29 years because younger sample of teachers. The lower number of teachers with longer practice (over 20 years) in 2017 could be connected with current social pressure and insufficient social evaluation. In accordance with other author, the short time educators mention about higher subjective loading conditions (Gerova, 2010; Čecho, 2018).

The courses of school hygiene, which are lacking in the life-long education of teachers, could partly solve the teacher health and psychosocial problems and enhance the health protection and promotion at schools in global.

## **CONCLUSION**

Results confirmed significant relationships between teaching praxis and subjective strain as well as between behavioural risk factors and morbidity, helped to outline what is needed for health protection and support of educators, and they indicated possible directions in intervention. Improving measures include better selection of candidates of teaching profession, their better education in mental hygiene of the teaching process, and finally better ergonomic, psychosocial and economic conditions for their work. Teaching skills, coping with every day school stress with optimal social environment are the most important for health protection of teachers.



## REFERENCES

- Admiral, W. F. – Korthagen, F. A. J. - Wubbels, T.2000.** Effects of Student Teachers' Coping Behaviour, British of Educat. Psychol. 70, 2000, s. 33-52.
- Čecho, R. at all.** 2018. Hodnotenie psychickej pracovnej záťaže učiteľov vybraných základných škôl. In Životné podmienky a zdravie. Zborník vedeckých prác, 2018. LFUK, Ústav hygieny, UK, 2018, s.224-228, ISBN 987-80-223-4523-1.
- Gerová, Z.** 2010. Výsledky výskumu učiteľov základných škôl. RUVZ, Bratislava,2010, SR
- Health 2020. 2013.** Copenhagen, WHO 2013, 182s. ISBN 978-92-890-0279-0.
- <http://osha.europa.eu>**
- Mallotová, K.2000.** Burn-out, neboli syndrom vyhoření. Psychologie dnes, 6, 2000, č. 2, s.14 – 18
- Nübling M, et al.** 2011.European-wide survey on teachers work related stress-assessment, comparison and evaluation of the impact of psychosocial hazards on teachers at their workplace. Brussels: European Trade Union Committee for Education, 2011.4. Asa FT,
- Lasebikan V.** 2016.Mental Health of Teachers: Teachers' Stress, Anxiety and Depression among Secondary Schools in Nigeria. Int Neuropsychiatr Dis J, 2016; 7(4): 1-10.
- Nakada A, et al.** 2016.Relationship between depressive symptoms and perceived individual level occupational stress among Japanese schoolteachers. Industr Health, 2016, 54(5): 396-402.
- Sarmány, I. 1994.** Load and stress in school – their sources and possibility of coping with them. Studia psychologica, 1994, č. 1, s. 41 - 54.

## CONTACT

**doc. PhDr. Petronela Lauková, PhD.**

Departement of pedagogy and andragogy, Faculty of Arts, University of Comenius  
Bratislava, Slovakia

[Petronela.laukova@uniba.sk](mailto:Petronela.laukova@uniba.sk)



**UPOZORNĚNÍ: AUTOŘI JSOU ZODPOVĚDNÍ ZA JAZYKOVOU I OBSAHOVOU  
STRÁNKU PŘÍSPĚVKŮ**

**Reprodukce povolena pod podmínkou uvedení zdroje**

### **Recenzenti**

doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD., Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

Ing. Soňa Jexová, PhD., Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

### **Editor**

Mgr. Iveta Turečková, Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

### **Vydavatel:**

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5, Duškova 7, 150 00

IČ: 27235530

Praha, 2020

1. vydání

138 s.

ISBN 978-80-88249-20-7



978-80-88249-20-7