

OBSAH

MEDIOKALCINÓZA – PRÍČINA HYPERTENZIE I PSEUDOHYPERTENZIE	2
MEDIAL CALCINOSIS – CAUSE OF HYPERTENSION AND PSEUDOHYPERTENSION <i>Gašpar Ludovít, Mesárošová Daša, Ambrózy Ewald, Koišová Jana</i>	
ZAŤAŽENIE DRIEKOVEJ CHRBITCE V HOKEJI	11
WEIGHT OF THE LUMBAR SPINE IN HOCKEY <i>Zverbíková Jana, Petriková Rosinová Iveta, Minárik Marek</i>	
RECIPROČNÝ DETERMINIZMUS A JEHO ÚČINOK PROSTREDNÍCTVOM PSYCHOEDUKAČNÉHO SKUPINOVÉHO PROGRAMU U PACIENTOV S DEPRESÍVNOU PORUCHOU - INTERPRETATÍVNA FENOMENOLOGICKÁ ANALÝZA.....	21
RECIPROCAL DETERMINISM AND ITS EFFECT A PSYCHOEDUCATIONAL GROUP PROGRAM IN PATIENTS WITH DEPRESSIVE DISORDER - AN INTERPRETATIVE PHENOMENOLOGICAL ANALYSIS. <i>Rabinčák Marek</i>	
ZDRAVOTNÉ KONZEKVENCIE RODOVO PODMIENENÉHO NÁSILIA PÁCHANÉHO NA ŽENÁCH	39
HEALTH CONSEQUENCES OF GENDER-BASED VIOLENCE AGAINST WOMEN <i>Draková Zuzana</i>	

MEDIOKALCINÓZA – PRÍČINA HYPERTENZIE I PSEUDOHYPERTENZIE**MEDIAL CALCINOSIS – CAUSE OF HYPERTENSION AND PSEUDOHYPERTENSION**

prof. MUDr. Ludovít Gašpar, CSc.^{1,2}

MUDr. Daša Mesárošová, PhD.²

MUDr. Ewald Ambrózy, PhD.²

Mgr. Jana Koišová, PhD.¹

¹Univerzita sv. Cyrila a Metoda v Trnave, Fakulta zdravotníckych vied

²I. interná klinika LF UK a Univerzitnej nemocnice Bratislava

Abstrakt:

Úvod: Členkovo-brachiálny index (ABI) má využitie pri skríningu, diagnostike, liečbe, manažmente pacientov, ale i odhade prognózy ochorenia, keďže znížený členkovo-brachiálny tlakový index je spoľahlivým, varovným signálom zvýšeného kardiovaskulárneho rizika. Ale aj hodnoty ABI nad 1,3 v prítomnosti mediokalcinózy, sú spojené so zvýšenou mortalitou z kardiovaskulárnych príčin. Mediokalcinóza je ochorením artérií muskulárneho typu, pri ktorom dochádza k progredujúcej kalcifikácii média. V dôsledku tohto procesu sa zhoršuje elasticita ciev. Najčastejšie sa vyskytuje pri diabete mellitus a chronickom obličkovom ochorení. Nález mediokalcinózy je často v koincidencii s autonómnou neuropatiou a je markerom zvýšenej kardiovaskulárnej morbidita a mortality. Je nezávislým rizikovým faktorom koronárnej choroby srdca a periférneho artériového ochorenia dolných končatín (PAO DK), pričom u pacientov s diabetom mellitus je asociovaná s trojnásobne vyšším rizikom amputácie dolnej končatiny.

Ciele práce: V súbore pacientov s nálezom mediokalcinózy dokumentovať pomocou ambulantného monitorovania krvného tlaku (AMTK) výskyt artériovej hypertenzie.

Súbor a metodika: Vyšetřili sme 41 pacientov (25 mužov a 16 žien) s nálezom mediokalcinózy. Priemerný vek bol 59 rokov (50-79). Mediokalcinóza bola detekovaná prístrojom BOSO ABI-system 100, Bosch (SRN), AMTK bolo realizované prístrojmi Cardisoft-Tonoport V, General Electric (USA).

Výsledky: 35 pacientov (85,3 %) malo v 24 hodinovom profile artériovú hypertenziu, z nich 14 (40 %) malo zachovaný diurnálny rytmus (dipping). 18 pacientov (51,4 %) ho

malo narušený (non-dipping alebo rising). U 3 pacientov sme diurnálny znak neurčili pre nočné bdenie.

Záver: V našom súbore pacientov s mediokalcinózou sme zistili vysokú prevalenciu artériovej hypertenzie, pričom veľmi častým bolo i narušenie diurnálneho rytmu krvného tlaku. Aj tieto skutočnosti prispievajú ku zhoršenej kardiovaskulárnej prognóze týchto pacientov.

Kľúčové slová: Mediokalcinóza. Ambulantné monitorovanie krvného tlaku. Artériová hypertenzia. Pseudohypertenzia

MEDIAL CALCINOSIS – CAUSE OF HYPERTENSION AND PSEUDOHYPERTENSION

Gašpar L., Mesárošová D., Ambrózy E., Koišová J.

Abstract:

Introduction: The ankle-brachial index (ABI) is used in screening, diagnosis, treatment, management of patients, but also in determining the prognosis of the disease, since a reduced ankle-brachial pressure index is a reliable, warning signal of increased cardiovascular risk. But even ABI values above 1.3 in the presence of medial calcinosis are associated with increased mortality from cardiovascular causes. Medial calcinosis is a disease of the arteries of the muscular type, in which there is a progressive calcification of the media. As a result of this process, the elasticity of blood vessels deteriorates. It most often occurs in diabetes mellitus and chronic kidney disease. The finding of medial calcinosis often coincides with autonomic neuropathy and is a marker of increased cardiovascular morbidity and mortality. It is an independent risk factor for coronary heart disease and peripheral arterial disease of the lower limbs, while in patients with diabetes mellitus it is associated with a threefold higher risk of amputation of the lower limb.

Aim of the study: To document the occurrence of arterial hypertension in a group of patients with medial calcinosis using ambulatory blood pressure monitoring (ABPM).

Patients and methods: We examined 41 patients (25 men and 16 women) diagnosed with medial calcinosis. The average age was 59 years (50-79). Medial calcinosis was

detected by BOSO ABI-system 100, Bosch (Germany), ABPM was performed by Cardiosoft-Tonoport V, General Electric (USA).

Results: 35 patients (85.3%) had arterial hypertension in the 24-hour profile, of which 14 (40%) had preserved diurnal rhythm (dipping). 18 patients (51.4%) had it disturbed (non-dipping or rising). In 3 patients, we did not determine the diurnal sign for night waking. **Conclusion:** In our group of patients with medial calcinosis, we found a high prevalence of arterial hypertension, while disruption of the diurnal rhythm of blood pressure was also very common. These facts also contribute to the worsened cardiovascular prognosis of these patients.

Keywords:

Medial calcinosis, Ambulatory blood pressure monitoring, Arterial hypertension, Pseudohypertension

Úvod do problematiky:

Kardiovaskulárne ochorenia patria medzi najčastejšie príčiny morbidít a mortality populácie a to napriek intenzívnemu štúdiu etiopatogenézy aterotrombózy a zavedeniu nových liečebných metód. Približne 47 % všetkých úmrtí v Európe, a platí to i pre obyvateľstvo Slovenskej republiky, je podmienených práve kardiovaskulárnymi ochoreniami (Štatistická ročenka Slovenskej republiky 2022). Meranie ABI je neinvasívnou, nenáročnou a reprodukovateľnou metodikou používanou k diagnostike periférneho artériového ochorenia dolných končatín (PAO DK). Umožňuje včasnú identifikáciu rizikových pacientov, keďže je uznávaným markerom i subklinickej aterosklerózy. Stanovenie ABI má ale i význam pri diagnostike mediokalcinózy, ktorá je taktiež spojená so zvýšenou kardiovaskulárnou mortalitou.

Ciele práce:

Na súbore osôb s nálezom mediokalcinózy, dokumentovať pomocou ambulantného monitorovania krvného tlaku výskyt artériovej hypertenzie. Zdôrazniť nevyhnutnosť interdisciplinárneho prístupu vzhľadom na polymorbiditu týchto pacientov a z nej vyplývajúceho zvýšeného kardiovaskulárneho rizika. Poukázať na to, že určenie ABI je jednoduchým, avšak významným a spoľahlivým markerom kardiovaskulárneho rizika, pričom identifikácia osôb s mediokalcinózou môže napomôcť ku lepšiemu manažmentu týchto pacientov.

Charakteristika súboru a metodika:

Vyšetřili sme 41 pacientov (25 mužov a 16 žien) s nálezom mediokalcinózy. Priemerný vek bol 59 rokov (50-79). Všetci členovia súboru mali diabetes mellitus 2. typu, artériovú

hypertenziu malo diagnostikovanú 24 osôb (58,5 %), z toho medikamentózne liečených bolo 20. Metabolický syndróm malo 31 osôb (75,6 %), 25 osôb (61,0 %) malo znaky chronického obličkového ochorenia, 8 členov súboru (19,5 %) prekonalo v minulosti infarkt myokardu a 7 členov súboru (17,1 %) prekonalo ischemickú cievnu mozgovú príhodu. Tieto anamnestické údaje svedčia o významných makro- a mikrovaskulárnych komplikáciách diabetu. Z biochemických parametrov medián glykémie bol 8,2 mmol/l, S-kreatinínu 136,4 umol/l, celkového cholesterolu 5,58 mmol/l, HDL cholesterolu 1,09 mmol/l, LDL cholesterolu 3,24 mmol/l, triacylglycerolov 2,18 mmol/l a glykovaného hemoglobínu (HbA1c IFCC) 64,46 (mmol/mol). Tieto laboratórne parametre taktiež poukazujú na zvýšené kardiometabolické riziko. V priebehu ročného sledovania 3 osoby zomreli v domácom prostredí. Pitva nebola vykonaná.

Mediokalcinózu sme detekovali oscilometickým meraním krvných tlakov na horných i dolných končatinách prístrojom BOSO ABI-system 100, Bosch, Nemecko. Hodnoty indexu ABI 1,3 a vyššie, svedčia o mediokalcinóze. AMTK bolo realizované prístrojmi Cardiosoft-Tonoport V, GE (USA) s fixným nastavením dennej a nočnej fázy merania. Nočná fáza merania bola v časovom období od 22. hodiny do 6-tej hodiny nasledujúceho rána.

Výsledky:

Pri AMTK sme zistili, že 35 pacientov (85,3 %) malo v 24 hodinovom profile artériovú hypertenziu, pričom 14 (40 %) malo zachovaný diurnálny rytmus (dipping). 18 pacientov (51,4 %) ho malo narušený (non-dipping alebo rising). U 3 pacientov sme diurnálny znak neurčili pre nočné bdenie.

Diskusia:

Podľa štatistických údajov 20 až 40 % pacientov s diabetom mellitus 1. typu a 75 % pacientov s diabetom 2. typu má súčasne i artériovú hypertenziu (Katayama et al. 2018). Osoby s diabetom mellitus majú tak dvojnásobne vyšší výskyt AH než populácia bez diabetu. Nepriaznivý vplyv oboch týchto chorôb na cievy vo forme akcelerácie procesu aterosklerózy, ako i poškodenia ďalších cieľových orgánov, predovšetkým srdca, mozgu a obličiek, sa multiplikuje.

Práve pre multiplikačný efekt na kardiovaskulárne riziko s priamym dosahom na morbiditu a mortalitu, je k efektívnemu manažmentu artériovej hypertenzie u diabetika nevyhnutné poznať vzájomné patofyziologické mechanizmy. Zvýšené kardiovaskulárne riziko u osôb s diabetom mellitus je podmienené viacerými faktormi, z nich sú významnými predovšetkým kardiovaskulárna autonómna neuropatia, aterogénna dyslipoproteinémia,

tachykardia, vek a komorbidity – artériová hypertenzia, koronárna choroba srdca, srdcové zlyhávanie, dysrytmie a obličkové zlyhávanie. Rozsah orgánových komplikácií pri AH nie je podmienený a ovplyvnený iba samotnou hodnotou systémového krvného tlaku, ale i variabilitou krvného tlaku a diurnálnym rytmom. Z klinického pohľadu majú práve poruchy diurnálneho rytmu rozhodujúci vplyv na výskyt orgánových komplikácií. Výsledky získané ambulantným monitorovaním krvného tlaku (AMTK) sú lepším prediktorom rizika mortality ako hodnoty krvného tlaku získané meraním TK v ambulancii lekára (Whelton et al. 2018). Najlepším prognostickým ukazovateľom 5-ročného absolútneho rizika kardiovaskulárneho úmrtia sú priemerné hodnoty TK v nočnej fáze AMTK. Platí to ako pre systolický, tak i diastolický krvný tlak. Austrálska štúdia ANBP 2 (Wing et al. 1997) so staršími hypertonikmi taktiež ukázala, že nočná hypertenzia má signifikantný vzťah ku kardiovaskulárnym príhodám či riziku úmrtia. Každý vzostup priemerných nočných hodnôt TK o 10 mmHg zvyšuje riziko závažných kardiovaskulárných príhod o 18 %. Z uvedeného vyplýva význam ambulantného monitorovania krvného tlaku, ktoré umožňuje získať prehľad o absolútnych hodnotách a variabilite krvného tlaku v časovo definovaných periódach (deň – noc). Poskytuje tiež nenahraditeľné informácie ohľadom efektivity farmakoterapie, a to nielen vo vzťahu ku miere zníženia hodnôt TK, ale aj o trvaní účinnosti použitých liekov v priebehu času (chronofarmakologické aspekty). Korelácia medzi závažnosťou hypertenzie pri AMTK a komplexnou formou srdcovej dysrytmie, predstavujúcou riziko náhlej srdcovej smrti, sa potvrdila ako pre systolický, tak i diastolický TK (Banegas et al. 2018). V našom súbore pacientov s nálezom mediokalcinózy, sme zistili pomocou AMTK, že 35 pacientov (85,3 %) malo v 24 hodinovom profile artériovú hypertenziu, pričom väčšina z nich, 18 pacientov (51,4 %), mala narušený diurnálny rytmus (non-dipping alebo rising).

Mediokalcinóza (Mönckebergova skleróza) sa zaraďuje medzi choroby so sklerotickou tendenciou i keď nepostihuje intimu a nevznikajú okluzívne prejavy. Vyskytuje sa najčastejšie u chorých s diabetom mellitus, pri chronickej obličkovej nedostatočnosti, pri hyperparatyreóze, pri chronickom nikotinizme a hyperurikémii. Pri mediokalcinóze sa soli vápnika ukladajú do média, čím sa znižuje elasticnosť tepny. Pri tomto postihnutí tepien predkolenia získame preto pri meraní lokálneho systolického tlaku falošne vysoké hodnoty. Natívne rtg snímky dolných končatín na postihnutých tepnách znázorňujú súvislý rúrovitý tieň média, na rozdiel od komplikovaných kalcifikovaných aterosklerotických plátov, ktoré sa na natívnej snímke znázorňujú škvrnitou prerušovanou kresbou v intime. Mediokalcinóza sa častejšie pozoruje u pacientov s nálezom autonómnej neuropatie. Podobné kalcifikácie, aké sa vyvinú

u diabetikov s nálezom autonómnej neuropatie sa nachádzajú aj u nediabetikov po lumbálnej sympatektómii. Sympatiková denervácia sa preto zdá byť dôležitým faktorom zodpovedným za špecifickú kalcifikáciu mediálnej vrstvy stredne veľkých a veľkých artérií bez postihnutia intimy ciev (Edmonds et al. 1982).

Pseudohypertenzia znamená, že krvný tlak nameraný obvyklým spôsobom s manžetou, je príliš vysoký v porovnaní s krvným tlakom nameraným intraarteriálne. Tento fenomén postihuje najmä systolický, ale aj diastolický krvný tlak. Rozdiely medzi týmito tlakmi a reálnymi intraarteriálnymi tlakmi sú spravidla významné. Najčastejšími príčinami sú mediokalcinóza, pokročilá artérioskleróza najmä vo vyššom veku a ťažké kalcifikácie cievnej steny pri autonómnej (tzv. terciárnej) hyperparatyreóze pri renálnej insuficiencii, alebo po transplantácii obličky. Stvrdnutá tepna, ktorá sa zdegenerovala do prakticky tuhej trubice, nie je stlačiteľná, aj keď tlak v manžete výrazne prevyšuje systémový krvný tlak. Detekcia tohto artefaktu je významná a náročná. Pri palpácii je stvrdnutá, „osifikovaná“ tepna síce dobre hmatateľná, avšak ťažko stlačiteľná a zároveň nepulzujúca, alebo len mierne pulzujúca. Natívna RTG snímka ukáže masívnu kalcifikáciu tepien. Diagnostikovanie pseudohypertenzie má svoj klinický význam, keďže môže viesť k neindikovanej antihypertenzívnej liečbe a mylnému predpokladu rezistentnej hypertenzie.

Vaskulárne kalcifikácie sú dôsledkom vrodených, primárnych i sekundárnych cievnych chorôb. Artériové kalcifikácie sa vyskytujú pri organických chorobách artérií vo všetkých vrstvách cievnej steny, v intime (ateroskleróza), v médií (mediokalcinóza) a v adventícii (primárne vaskulitídy), nielen vo veľkých elastických a muskulárnych artériách, ale aj v stredných, malých artériách a arteriolách. Hoci patogenéza artériovej kalcifikácie nie je úplne vysvetlená, predpokladá sa, abnormálny metabolizmus minerálov. Pri nerovnováhe medzi induktormi a inhibítormi, sú to predovšetkým hyperfosfátémia a hyperkalcémia, ktoré modulujú proces vedúci k ukladaniu vápnika v cievnej stene (Lanzer et al. 2021).

V Strong Heart Study bola sledovaná morbidita a mortalita z kardiovaskulárnych príčin v populácii 4 393 amerických indiánov. V tejto štúdií autori identifikovali takmer dvakrát viac pacientov v kategórii s vysokým ABI ako s nízkym ABI, čo by mohlo podporovať skutočnosť, že vysoké ABI nie sú v populácii výnimočné a mohli by byť použité na identifikáciu vysokorizikových pacientov (Resnick et al. 2004). Vzťah ABI k celkovej kardiovaskulárnej mortalite v tejto štúdií vykazoval tvar krivky U. Zvýšenie rizika mortality súvisiace s vysokým ABI je porovnateľné s rizikom, ktoré sa spája s nízkym ABI ako markerom multifokálnej aterosklerózy. V štúdií Cardiovascular Health Study (O'Hare et al. 2006) vyšetrili 5 748 pacientov priemerného veku 73 ± 6 rokov (57 % žien, 15 % Afroameričanov) a prospektívne ich sledovali v priemere 11,1

rokov. Riziko mortality vyjadrené HR (hazard ratio) bolo pri $ABI \leq 0,60$: 1,82, pri $ABI 0,61 - 0,70$: 2,08, $ABI 0,71 - 0,80$: 1,80, pri $ABI 0,81 - 0,90$: 1,73, pri $ABI 0,91 - 1,0$: 1,40 a pri $ABI > 1,40$: 1,57 v porovnaní s $ABI 1,1 - 1,2$. Viacero štúdií demonštrovalo vysoký ABI ako prediktor veľkých amputácií pri kritickej končatinovej ischémii, ako i zhoršenú kvalitu života pacientov (Farber et al. 2016, Conte et al. 2019). Tieto údaje poukazujú na klinický význam mediokalcinózy a dôležitosť jej diagnostiky. Zvýšenie rizika mortality súvisiace s vysokým ABI je porovnateľné s rizikom, ktoré sa spája s nízkym ABI ako markerom multifokálnej aterosklerózy.

Znížený ABI je spoľahlivým varovným znakom zvýšeného kardiovaskulárneho rizika, pričom hodnoty ABI pod 0,7 poukazujú na signifikantne horšiu prognózu z aspektu prežívania, ako i výskytu závažných kardiovaskulárnych príhod v porovnaní s osobami s normálnymi hodnotami ABI (0,9 – 1,1) (Diehm et al. 2006, Aboyans et al. 2018)). Criqui et al. 2008, poukázali na to, že mortalita z kardiovaskulárnych príčin bola v priebehu 3 ročného sledovania v závislosti od hodnoty ABI porovnateľne vysoká pri náleze závažnej ischémie (ABI 0,7 a menej) ako aj pri mediokalcinóze (ABI 1,4 a viac). Obdobné výsledky boli zistené aj pri šesťročnom sledovaní. Tieto výsledky nie sú prekvapujúcimi, keďže mediokalcinóza sa typicky vyskytuje ako pri diabetes mellitus, tak i obličkovej nedostatočnosti, pričom obe sú významným rizikovým faktorom výskytu i fatálnych kardiovaskulárnych komplikácií (Nelson et al. 2020).

Záver:

V súbore pacientov s nálezom mediokalcinózy sme zistili pri AMTK frekventný výskyt artériovej hypertenzie, keď 35 členov súboru (85,3 %) malo v 24 hodinovom profile artériovú hypertenziu podľa platných kritérií medzinárodných Odporúčaní ESC/ESH pre diagnostiku a manažment artériovej hypertenzie. Treba pritom vziať do úvahy i skutočnosť, že 20 z nich bolo medikamentózne liečených, a teda nedosahovalo cieľové hodnoty krvného tlaku. 18 z týchto hypertonikov (51,4 %) malo narušený diurnálny rytmus. Tieto nálezy poukazujú na veľmi vysoké riziko i závažných kardiálnych komplikácií, a preto je nevyhnutná interdisciplinárna odborná starostlivosť. Stanovenie ABI ku detekcii osôb s mediokalcinózou, s následným ambulantným monitorovaním krvného tlaku, poskytuje cenné informácie pre ďalší terapeutický manažment týchto pacientov.

Literatúra:

- Štatistická ročenka Slovenskej republiky 2022; Bratislava, 700 s. Aktualizované 27. 1. 2023
- KATAYAMA, S. - HATANO, M. - ISSIKI, M.: Clinical features and therapeutic perspectives on hypertension in diabetics. *Hypertens Res* 2018; 41(4): 213-229. DOI: 10.1038/s41440-017-0001-5.
- WHELTON, P.K. - CAREY, R.M. - ARONOW, W.S. et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2018; 71 (19): 2199-2269. DOI: 10.1016/j.jacc.2017.11.005.
- WING, L.M. - REID, C.M. - RYAN P. et al.: Second Australian National Blood Pressure Study (ANBP 2). Australian Comparative Outcome Trial of ACE inhibitor – and diuretic – based treatment of hypertension in the elderly. Management Committee on behalf of the High Blood Pressure Research Council of Australia. *Clin Exp Hypertens* 1997; 19(5-6): 779-791. DOI: 10.3109/10641969709083186.
- BANEGAS, J.R. - RUILOPE, L.M. - de la SIERRA, A. et al. Relationship between clinic and ambulatory blood-pressure measurements and mortality. *N Engl J Med* 2018; 378(16): 1509-1520. DOI: 10.1056/NEJMoa1712231.
- EDMONDS, M.E. - MORRISON, A. - LAWS, J.W. et al.: Medial arterial calcification and diabetic neuropathy. *Brit. Med. J.* 1982; 284(6320): 928-930. DOI: 10.1136/bmj.284.6320.928.
- LANZER, P. - HANNAN, F.M. - LANZER, J.D. et al.: Medial arterial calcification: JACC state-of-the-art review. *J Am Coll Cardiol.* 2021; 78(11):1145–1165. DOI: 10.1016/j.jacc.2021.06.049.
- RESNICK, H.E. - LINDSAY, R.S. - McGRAE McDERMOTT, M. et al. 2004. Relationship of high and low ankle brachial index to all-cause and cardiovascular disease mortality. The Strong Heart Study. *Circulation* 2004; 109(6): 733-739. DOI: 10.1161/01.CIR.0000112642.63927.54.
- O'HARE, A.M. - KATZ, R. - SHLIPAK, M.G. et al. 2006. Mortality and cardiovascular risk across the ankle-arm index spectrum. Results from the Cardiovascular Health Study. *Circulation* 2006; 113 (3): 388-393. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.105.370903.
- FARBER, A. - EBERHARDT, R.T. 2016. The current state of critical limb ischemia: A systematic review. *JAMA surg.* 2016; 151(11): 1070-1077. DOI: 10.1001/jamasurg.2016.2018.
- CONTE, M.S. - BRADBURY, A.W. - KOLH, P. et al. , Writing Group for the Joint Guidelines of the Society for Vascular Surgery (SVS), European Society for Vascular Surgery (ESVS), and World Federation of Vascular Societies (WFVS). 2019. Global Vascular Guidelines on the Management of Chronic Limb-Threatening Ischemia. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2019; 58(1S): S1-S109.e33. DOI: 10.1016/j.ejvs.2019.05.006.

- DIEHM, C. - LANGE, S. - DARIUS, H. et al.: Association of low ankle brachial index with high mortality in primary care. *Eur. Heart J.*, 2006; 27(14), 1743-1749. DOI: 10.1093/eurheart/ehl092.
- ABOYANS, V. - RICCO, J.B. - BARTELINK, M-L.E.L. et al. 2018. 2017 ESC Guidelines on the Diagnosis and Treatment of Peripheral Arterial Diseases, in collaboration with the European Society for Vascular Surgery (ESVS). Document covering atherosclerotic disease of extracranial carotid and vertebral, mesenteric, renal, upper and lower extremity arteries. Endorsed by the European Stroke Organization (ESO). The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Peripheral Arterial Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Society for Vascular Surgery (ESVS). *Eur Heart J.* 2018; 39(9): 763-816. DOI: 10.1093/eurheartj/ehx095.
- CRIQUI, M.H. - NINOMIYA, J.K. - WINGARD, D.L. et al.: Progression of peripheral arterial disease predicts cardiovascular disease morbidity and mortality. *JACC*, 2008; 52(21): 1736-1742. DOI:10.1016/j.jacc.2008.07.060.
- NELSON, A.J. - RAGGI, P. - WOLF, M. et al.: Targeting vascular calcification in chronic kidney disease. *JACC Basic Transl Sci.*, 2020; 5(4): 398-412. DOI: 10.1016/j.jacbts.2020.02.002.

Kontakné údaje:

prof. MUDr. Ľudovít Gašpar, CSc.
Univerzita sv. Cyrila a Metoda v Trnave
Fakulta zdravotníckych vied
Rázusova 14, 921 01 Piešťany SR
E-mail: ludovit.gaspar@ucm.sk

Recenzované: 05.09.2023**Prijaté do tlače:** 30.09.2023

ZAŤAŽENIE DRIEKOVEJ CHRBTICE V HOKEJI**WEIGHT OF THE LUMBAR SPINE IN HOCKEY***PhDr. Jana Zverbiková¹**PaedDr. PhDr. Iveta Petříková Rosinová, PhD., MHA^{1,2}**Bc. Marek Minárik¹**¹ Fakulta zdravotníctva, Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne**² Fakulta zdravotníckych vied UCM, Piešťany***ABSTRAKT**

Východiská: Ľadový hokej je ako jeden z mála športov charakteristický tým, že jeho základný pohyb je vykonávaný pomocou umelých pohybov. Pochopenie pohybových vzorcov v rôznych športoch, nie len pomáha oddeliť priemer od elity, ale umožňuje nám študovať a zabráňovať mechanizmom zranení. Biomechanické vzory v podstate pomáhajú trénerom pracovať tak, aby znížili zranenia a vytvorili lepších a výkonnejších športovcov. Hokejista v pohybe je jedinečný. Samotné korčuľovanie je vysoko náročná technická činnosť, ktorá si vyžaduje koordináciu, rýchlosť, silu, obratnosť a kondíciu a veľkú mieru zručnosti. V kombinácii s ostatnými činnosťami, ktoré hokejisti počas hry vykonávajú, je jasné, prečo je hokej taký náročný šport. Kombinácia atletických schopností, inteligencie a vytrvalosti sú nároky potrebné na zlepšovanie zručností a úrovne hry hokejistov.

Ciele: Odstrániť bolesti driekovej chrbtice u hráčov v hokeji a zmierniť zaťaženie v danej oblasti chrbtice.

Súbor: Výber do nášho prieskumu bol vedený rozhovorom s 30 hráčmi ľadového hokeja mužského pohlavia. Všetci sú hráčmi seniorského družstva MŠK Púchov a sú vo veku od 22 do 27 rokov. Rozhovorom sme zisťovali výskyt zraní alebo bolestivost driekovej chrbtice teraz, alebo v minulosti a dĺžku hráčskej kariéry. Naším kritériom bolo, aby išlo o aktívnych hráčov ľadového hokeja, ktorí sa tomuto športu venujú minimálne 15 rokov. Na základe tohto rozhovoru sme do prieskumu vybrali hokejistu, ktorý mal 27 rokov, hrá na poste obrancu, držanie hokejky má na pravú stranu. Mal akútne bolesti driekovej chrbtice svalového charakteru v oblasti driekovej chrbtice.

Metodika: Pre vyhodnotenie výsledkov sme zvolili formu skrátenej kazuistiky.

Výsledky: Rozdiely medzi vstupným a výstupným vyšetrením, nevykázali markantné rozdiely.

Za zmienku stojí zmenšenie rozdielu, medzi pravou a ľavou laterálnou flexiou trupu, ktorá sa z 3cm zmenšila na 1cm. Túto zmenu pripisujeme zníženiu svalového tonusu pravého m. quadratus lumborum, ktorú sme dosiahli aplikáciou manuálnych techník. Zlepšenie sme zaznamenali aj v skúške prednoženia a v niektorých testoch skrátených svalov, čo poukazuje na vhodne zvolené cvičenia. U probanda sme nezaznamenali v žiadnom meraní zhoršenie a však vo výstupnom meraní sa ukázalo, že najmä v dynamických testoch v sagitálnej rovine nenastalo zlepšenie.

Záver: S prieskumu vieme povedať, že kombinácia viacerých metodík a manuálnych techník sa ukázala ako vhodne zvolená stratégia. Aj za predpokladu, že športovci sú pohybovo nadanejší, než ostatná populácia sme zistili, že nie všetky metodiky sú vhodné na samostatné cvičenie. Z toho dôvodu sme cvičenia rôzne obmieňali a aplikovali tak, aby nám priniesli želané výsledky. Najväčším problémom pre našich probandov bolo naučenie sa správnej techniky dýchania a s tým spojené zapájanie svalov hlbokého stabilizačného systému pri cvičení. Možno aj z tohto dôvodu sme sa daným cvičeniam venovali viac a v konečnom dôsledku dosiahli aj najväčší progres.

Kľúčové slová: hokej, drieková chrbtica, fyzioterapia

ABSTRACT

Background: Ice hockey is one of the few sports characterized by the fact that its basic movement is performed using artificial movements. Understanding movement patterns in different sports not only helps separate the average from the elite, but allows us to study and prevent injury mechanisms. Essentially, biomechanical patterns help coaches work to reduce injuries and create better, more powerful athletes. A hockey player in motion is unique. Skating itself is a highly technical activity that requires coordination, speed, strength, agility and fitness, and a great deal of skill. Combined with the other activities that hockey players perform during games, it is clear why hockey is such a demanding sport. A combination of athletic abilities, intelligence and endurance are necessary requirements for improving the skills and level of play of hockey players.

Objectives: To eliminate lumbar spine pain in hockey players and to reduce the load in the given area of the spine.

File: The selection for our survey was conducted by interviewing 30 ice players men's hockey. All of them are players of the senior team of MŠK Púchov and are between the ages of 22 and 27. Through interviews, we ascertained the occurrence of injuries or lumbar spine pain now or in the past and length of playing career. Our criterion was that they should be active ice hockey players who they devote at least 15 years to the sport.

Based on this interview, we are in the survey they chose a hockey player who was 27 years old, plays as a defender, holds the hockey stick on the right side. He had acute pain in the lumbar spine of a muscular nature in the area of the lumbar spine.

Methodology: To evaluate the results, we chose the form of abbreviated case studies.

Results: The differences between the entrance and exit examinations do not show significant differences. It is worth mentioning the reduction of the difference between the right and left lateral trunk flexion, which decreased from 3 cm to 1 cm. We attribute this change to a decrease in the muscle tone of the right m. quadratus lumborum, which we achieved by applying manual techniques. We also noticed an improvement in the front leg test and in some tests of shortened muscles, which points to appropriately chosen exercises. In the case of the proband, we did not notice a deterioration in any measurement, but the output measurement showed that there was no improvement, especially in the dynamic tests in the sagittal plane.

Conclusion: From the survey, we can say that the combination of several methodologies and manual techniques proved to be an appropriately chosen strategy. Even assuming that athletes are physically more gifted than the rest of the population, we found that not all methodologies are suitable for independent exercise. For this reason, we varied the exercises and applied them in such a way that they brought us the desired results. The biggest problem for our subjects was learning the correct breathing technique and the related involvement of the muscles of the deep stabilization system during exercise. Perhaps for this reason, we devoted ourselves more to the given exercises and ultimately achieved the greatest progress.

Key words: hockey, lumbar spine, physiotherapy

ÚVOD

Pri kontaktných športoch, ako je hokej, dochádza k častým zraneniam a bolestiam. Hráči a puk sa pohybujú vysokou rýchlosťou. Je prekvapujúce, že nedochádza k ešte väčšiemu počtu zranení. Odhodlanie, sústredenie a tvrdá práca pomáhajú športovcom stať sa úspešnými v hokeji, rovnako dôležité je pre športovca prevencia zranenia. Keď už zranenie príde, musia rozumne pristupovať k rehabilitácii a pracovať v rámci svojich obmedzení, aby sa mohli úspešne vrátiť do hry a predchádzať budúcim zraneniam (Terry, 2019). Poškodenie akéhokoľvek jednotlivého tkaniva v tele, môže viesť k biomechanickým zmenám, ktoré postupne ovplyvňujú ostatné štruktúry. Výsledné účinky môžu spôsobiť bolesť v dolnej časti chrbta (McGill, 2015). Bolesť v lumbálnej časti chrbtice môže spôsobovať niekoľko štruktúr vrátane nervových koreňov, fazetových

kĺbov, medzistavcových platničiek, stavcov a svalov chrbtice. Mnohé ochorenia bedrovej chrbtice sú tiež vzájomne prepojené (Wilke, 2018).

PRÍČINY BOLESTI V DRIEKOVEJ OBLASTI

Svalové natiahnutie zvyčajne spôsobuje abnormálne natiahnutie, preťaženie alebo natrhnutie svalového tkaniva v dôsledku nesprávneho zaťaženia svalov v pohybe. Natiahnutie svalov môže spôsobiť miernu až silnú bolesť a tiež viesť k súvisiacej stuhnutosť v oblasti dolnej časti chrbta (Cramer, 2014). **Bederná hernia disku** je najčastejšie u športovcov, najmä vo veku od 20 do 35 rokov. Športy, ktoré zahŕňajú použitie vysokej sily v kombinácii s flexo- extenčným pohybom a rotáciami predstavujú najvyššie riziko vzniku hernie a poškodenia platničiek (Gotlina, 2019). **Degenerácia platničiek** môže spôsobiť bolesť v priestore medzi platničkami, čo vedie k lokalizovanej bolesti chrbta. Keď sa degenerovaná platnička vysuší a stratí svoju výšku, spôsobí to zmenšenie plochy priestoru medzi platničkami. Tento zmenšený priestor môže utláčať blízky miechový nerv, čo spôsobuje bolesť pozdĺž dráhy nervu. Hernia disku môže vzniknúť postupne v dôsledku celkového opotrebovania, alebo náhle v dôsledku

úrazu. Počas herniácie disku tlačí mäkký vnútorný obsah disku na jeho vonkajší obal. Jadro môže v závažných prípadoch vytiecť v dôsledku roztrhnutia vláknitých vrstiev prstenca (Hugh, 2021). Posunutie stavca dopredu cez stavec pod ním sa nazýva **spondylolistéza**. Skĺznutie sa najčastejšie vyskytuje v dolnej časti bedrových stavcov v oblasti L4- L5 alebo L5-S1 z dôvodu vysokého mechanického namáhania v tejto oblasti. Ak skĺznutý stavec stlačí nervový koreň v týchto úrovniach, môže to mať za následok ischiadický syndróm (Madden, 2018).

Osteoartróza fazetových kĺbov je opotrebovanie a rozstrapkanie chrupavky pokrývajúcej fazety. Nadmerné trenie môže viesť k vzniku kostných ostroh a zápalu kĺbu, ktorý spôsobuje lokalizovanú bolesť chrbta a obmedzený rozsah pohybu. Ak sa kostná ostroha pritlačí na miechový nerv, môže sa objaviť radikulárna bolesť (Perolat, 2018). Zúženie chrbticového kanála, alebo medzistavcových otvorov sa nazýva **spinálna stenóza**. Stenóza môže dráždiť alebo stláčať nervové korene. Ak stenóza stláča miechu, dochádza k neurogénnej klaudikácii, ktorá má za následok bolesti nôh pri chôdzi (Madden, 2018). **Príznaky syndrómu sakroiliakálneho kĺbu** je často ťažké odlíšiť od iných typov bolesti dolnej časti chrbta. To je dôvod, prečo je stanovenie diagnózy syndrómu sakroiliakálneho kĺbu veľmi ťažké. Bolesť sakroiliakálneho kĺbu je zvyčajne lokalizovaná nad gluteálnym svalstvom. Pacienti sa ale môžu sťažovať na

ostrú, bodavú a vystreľujúcu bolesť, ktorá sa tiahne po zadnom stehennom svale, ktorá zvyčajne nepresahuje koleno. Rovnako môže byť zvýšená lokálna citlivosť zadnej časti sakroiliakálneho kĺbu. Bolesť často vzniká pri pohyboch driekovej chrbtice, napríklad do predklonu, z dôvodu mechanického namáhania kĺbu a jeho väzív (Clayton, 2016). **Zošikmenie panvy** môže byť tiež jedna z príčin bolesti alebo zranenia driekovej chrbtice. Z literatúry vieme, že u hokejistov dochádza k asymetrickému zaťažovaniu svalov. Vplyvom neustáleho fyzického zaťaženia pri tréningoch a zápasoch hokejistov, dochádza k svalovej dysbalancii v oblasti driekovej chrbtice, panvy a bedier. Výsledok výskumu ukázal, že hokejisti majú väčšie sklony k zošikmeniu panvy, ako ostatná populácia (Baňárová, 2019). **Piriformis syndróm** je stav, pri ktorom dochádza k zvýšenému napätiu m. piriformis čo spôsobuje bolesť v oblasti sedacích svalov. M. piriformis môže tiež dráždiť blízky sedací nerv a spôsobiť bolesť, necitlivosť a brnenie pozdĺž zadnej časti nohy a do chodidla. Medzi príčiny vzniku syndrómu m. piriformis môžeme zaradiť boládu v oblasti L4/L5, zvýšený svalový tonus, môže ísť o akútny svalový spazmus alebo opuch v reakcii na zranenie v tejto oblasti. Medzi symptómy ktoré pacienti najčastejšie opisujú patrí akútna citlivosť v oblasti m. piriformis a bolesť podobná ischialgickým bolestiam v zadnej časti stehna, lýtka a chodidla. Ďalej je to bolesť pri chôdzi po schodoch alebo svahoch, zvýšená bolesť po dlhom sedení a znížený rozsah pohybu bedrového kĺbu (Honová, 2016).

ZAŤAŽENIE HOKEJISTU

Pohľad na hokejistu v pohybe ukazuje, ako je hranie hokeja fyzicky a fyziologicky zložitý. Avšak rozdelenie týchto zložitých pohybov na jednoduchšie, nám môže pomôcť sústrediť tréningové jednotky na určité svalové skupiny. Môžeme vedome izolovať niektoré funkcie v snahe zlepšiť ich individuálne vlastnosti. V konečnom dôsledku to umožňuje celkové zlepšenie pohybu. Správny pohyb zlepšuje výkon a je prevenciou pred budúcim zranením. V celom hokejovom výkone sa prejavuje sila, mobilita, rovnováha a aeróbná kondícia. Každá z týchto zložiek kondície je potrebné rozvíjať v tréningu a sú potrebné na hranie hokeja bez vzniku následného zranenia (Terry, 2019; Pytlík, 2015).

Rovnováha je rozhodujúca v každom aspekte hokeja, dokonca aj pri základnom hokejovom kroku, vzhľadom na to, že hráč musí zostať vzpriamený napriek tomu, že sa pohybuje po klzkej ľadovej ploche a zároveň musí meniť smery v rýchlosti (Terry, 2019). Pri tréningu hokejistov by sa mal dbať dôraz na kompenzáciu špecifického pohybu. Cvičeniami by mali docieľiť správne funkčné prepojenia medzi jednotlivými svalovými skupinami, inak hrozí riziko vzniku svalovej nerovnováhy (Skahan, 2016). Svalová

dysbalancia sa prejavuje už pri hokejistoch najmladšej vekovej kategórie. Z dôvodu prevencie zranenia vo vyššom veku, sa odporúča zaradiť kompenzačné cvičenia na ovplyvnenie svalovej nerovnováhy už u mladých hokejistov (Kraček, 2019). Sila je potrebná pri každom súboji pri mantineloch, počas korčuľovania, pri zmene smeru na ľade aj pri hokejovej strele. Silnejší športovci nie sú nezraniteľní, ale sila ich stavia do lepšej pozície. Silnejší športovec má výhodu v súboji s protihráčom (Terry, 2019). Aktivácia svalov a silový tréning pre gluteálne svaly sú nevyhnutné pre optimálnu aktiváciu trupu, bedier a kolien počas korčuľovania. Práca od tréningu na dvoch nohách až po tréning jednostranného zaťaženia gluteálnej časti, je tiež potrebná na rozvoj ovládania jednej nohy, potrebnej na udržiavanie stability driekovej chrbtice pri korčuľovaní (Skahan, 2016). Výhodou mobility je prevencia zranení. Absorbovanie nárazu a sily pôsobiace pri kontakte a zrážke je trvalou súčasťou hry. Na konci pohybového vzoru každého kĺbu tkanivá absorbujú všetku energiu nárazu, čo môže mať za následok poškodenie týchto tkanív. Dosiahnutie maximálnej pohyblivosti v kĺboch umožňuje hráčom dosiahnuť maximálny výkon a môže pomôcť predchádzať zraneniam. Mobilita spodnej časti chrbta je dôležitá pri streľbe aj korčuľovaní, preto by ju mal hráč zaradiť do svojej tréningovej rutiny. Mnohí športovci majú skrátene svaly. Strečing tiež pomáha zmierniť od niektorých bolestí, ktoré sprevádzajú skrátene svaly. Chrbtové svaly alebo extenzory trupu nie sú jediné svaly dolnej časti trupu, ktoré môžu ovplyvňovať bolesť chrbta (Terry, 2019). Príčinou bolestí driekovej chrbtice môže byť aj znížená flexibilita ischikurálnych svalov. Cviky na naťahovanie môžu pomôcť neutralizovať postavenie panvy a poskytnúť zníženie bolesti v oblasti driekovej chrbtice (Lee, 2017). Zlepšenie rozsahu pohybu všetkých svalov dolnej časti trupu a bedier môže zvýšiť rozsah pohybu pri rotácii trupu a zlepšiť výkonnosť pri činnostiach, ktoré hokejista potrebuje. Niekedy ale svaly z prílišného naťahovania stuhnú. Nadmerné naťahovanie môže znížiť svalový tonus. Keď sa tonus zníži, telo to kompenzuje tým, že uvoľnený sval nadmerne napína. Pri každom postupe by sa malo začínať pozíciou, ktorá je najmenej stuhnutá a postupne prechádza do polôh s vyšším rozsahom. Naťahovať by sa mali obe strany, aby sme zachovali správnu svalovú rovnováhu. Tiež dôležité naťahovať aj antagonistické svaly (Walker, 2011).

KAZUISTIKA

Muž 27 rokov /Výška = 181 cm/ Váha = 77 kg /

Terajšie ochorenie: 3 týždenne trvajúca bolesť driekovej chrbtice

Športová anamnéza: trénuje na ľade 4 x týždenne, v posilňovni 1 x týždenne, hrá na poste obrancu, držanie hokejky pravé

Vstupné vyšetrenie: Pacient má asi 3 týždne trvajúce bolesti v oblasti driekovej chrbtice, zranenie neguje, nespomína si na žiadny moment, ktorý by bolesť zapríčiinil. Bolesť sa postupne zvyšovala, cíti ju ako tupú v oblasti celej driekovej chrbtice, nevie určiť jeden bod, vyžarovanie do končatín neguje. Počas dňa je najviac bolestivé ráno po zobudení – do 30 minút bolesť ustúpi a po tréningu – bolesť ustúpi do 3 hodín. Spí na bruchu, v noci sa na bolesti nebudí, počas dňa okrem tréningu trávi veľa času sedením počas ktorého cíti úľavu od bolesti. Škála bolesti na stupnici od 0 po 10: v kľude – 1, po tréningu 3.

Aspekcia: prevažuje palcová opora chodidla, kolená vo valgóznom postavení, svalová trofika symetrická, panva v inklináčnom postavení, pravá SIAS nižšie postavená, line alba viac vpravo, spinálne výbežky v oblasti driekovej chrbtice viac vpravo, hyperlordóza v oblasti driekovej chrbtice, hrudné spinálne výbežky viac vľavo, pravý dolný uhol lopatky nižšie postavený, lopatky v abdukcii, ramená mierne v protrakcii, ľavé je vyššie, hlava smeruje do protrakcie.

Palpácia: Paravertebrálne svaly v oblasti driekovej chrbtice bolestivé hypertonické bilaterálne. Quadratus lumborum bolestivý hypertonický viac vpravo. Gluteálne svaly bolestivý m. gluteus medius aj m. piriformis bilaterálne. Pruženie tranzverzálnych výbežkov anterio-posteriórne od L5 po L1 – nebolestivé voľné, bez vyvolania iradiačnej bolesti.

Testovanie skrátených svalov podľa Jandu: Paravertebrálne svaly, m. iliopsoas, ischiokrúlarne svalstvo boli skrátené na stupeň 2.

Dynamické testy chrbtice: Thomayer 5 cm, Schober 3 cm, Lateroflexia ľavá strana 17 cm, Lateroflexia pravá strana 20 cm.

Skúška prednoženia: sledujeme zvýšenú driekovú lordózu, vzdialenosť medzi trupom a podložkou je 3 cm, hlboký stabilizačný systém m. transversum abdominis a m. multifidus sú oslabené. Flexia trupu s rotáciou izometrická výdrž: vpravo 22 s. vľavo 19 s. Extenzia trupu počet opakovaní s 20 kg kotúčom na stroji dafe hyperextenzia. Trentelenburgov test: pozitívny vpravo, sledujeme zošikmenie panvy vpravo, pri stojí na pravej nohe. Laséque test: negatívny vpravo aj vľavo. Obrátený laséque test: negatívny vpravo aj vľavo. Stereotyp dýchania: horný hrudný.

Krátkodobý rehabilitačný plán

Modifikácia cviku s bráničným dýchaním. V polohe ľahu na chrbte s trojflexiou v kolenách a predpaženými HK, sa snaží pacient o správne bráničné dýchanie. Pridanie cvičenia s panvou v ľahu na chrbte s pokrčenými kolenami, pohyby panvy v antero –

posteriornom smere. Návrik reklinácie panvy. Zaradenie zadného výpadu bez závažia, so zdvihnutím DK nad podložku do trojflexie, v hornej polohe. Základná poloha vo výpade s položením jedného kolena na podložke, HK sú v extenzii s úchopom expanderu, s výdychom RK smerujú do plnej flexie nad hlavu, so súčasou reklináciou panvy, s výdychom sa opäť vraciame do základnej polohy.

Zadný výpad so závažím so zdvihnutím DK do trojflexie v hornej polohe výpadu. Pridané závažia sú jednoručné činky s hmotnosťou 10kg na každú stranu. Modifikácia cviku s bráničným dýchaním. V polohe ľahu na chrbte s trojflexiou v kolenách a predpaženými ramenami, vystierame striedavo DK, dbáme na správnu aktiváciu HSS. Pridanie cviku, zdvíhanie panvy zo základnej polohy ľah na chrbte, kolená v trojflexii, chodidlá nôh sa opierajú o podložku, HK voľne položené pozdĺž tela. V hornej polohe výdrž 10 s. Zaradenie negatívnej termoterapie na oblasť DK. Ponorenie do 10 stupňovej vody, na dobu 3 až 10 minút po tréningu na ľade. Modifikácia cviku s bráničným dýchaním. V polohe ľahu na chrbte s trojflexiou v kolenách a predpaženými ramenami, vystierame striedavo DK a protíahľú HK, dbáme na správnu aktiváciu HSS. Modifikácia cviku. Zdvíhanie panvy zo základnej polohy ľah na chrbte, kolená v trojflexii, pričom iba jedno chodidlo sa opiera o podložku, HK voľne položené pozdĺž. V hornej polohe výdrž 10s. Aplikácia kineziotejpu na oblasť paravertebrálnych svalov pozdĺžne, na zápasy. Modifikácia zadného výpadu so závažím. Prevedenie cviku pozostáva rovnaké, ale záťaž jednoručnej činky bude len v jednej HK. Hmotnosť určíme podľa správnosti prevedenia cviku, začíname na 5 kg.

DISKUSIA

Pri výbere probandov sme rozhovorom zistili, že až 63% nami opýtaných hokejistov pociťovalo, alebo aktuálne má nešpecifické bolesti driekovej chrbtice. Z toho 74% uvádzalo výskyt bolesti, v spojitosti s hokejom. Pozorovali sme zefektívnenie aktivácie m.multifidus a m. transversum abdominis pri skúške prednoženia. Pozitívny výsledok pripisujeme rovnako ako Pešán, k zlepšeniu súhry svalových systémov, kedy sa menej zapojili povrchové svaly

a naopak aktivovali sa svaly hlbokého stabilizačného systému, rovnako súhlasíme s názorom, že vplyv na zlepšenie môžu mať aj iné faktory (Pešán, 2015). Venovali sme sa najmä ovplyvneniu pelvifemorálnych stabilizátorov, ktoré sme testovali trentelenburgovou skúškou rovnako, ako v štúdiu zameranej na šikmú panvu ako dôsledok bolesti lumbálnej chrbtice u hokejistov. Baňarová (2019) v tejto štúdiu zistila, že až 85% hokejistov malo zošikmenú panvu. U nás sa ukázalo sa, že náš pätnásť týždňový fyzioterapeutický vstup

do tréningu probandov, mal efekt na posilnenie pelvifemorálnych stabilizátorov a skúška vo výstupnom vyšetrení mala u trénovaných probandov negatívny výsledok. Rovnako sme spozorovali, že efekt posilnenia pelvifemorálnych stabilizátorov môže byť jeden z faktorov zníženia bolestivosti v oblasti drierkovej chrbtice. Svalovú rovnováhu sme chceli dosiahnuť aj pri lateroflexii trupu, ktorú sme merali pomocou dynamických testov chrbtice. Výstupné merania nám však ukázali, že nenastalo k výraznejším zmenám. Výsledok pripisujeme k neustálemu unilaterálnemu zaťaženiu v hokeji, ktoré je pomocou kompenzačným cvičením ovplyvniť len do určitej miery. Zastávame názor, že pri jednostrannom zaťažení môže byť vplyv cvičení pozitívny na nezhoršovanie už získaných svalových dysbalancií.

ZÁVER

Náš prieskum ukazuje, že 15 týždňový rehabilitačný plán vie ovplyvniť svalovú silu, rovnováhu, rozsah pohybu a aj znížiť škálu bolestivosti. Z výsledkov je čitateľné, že vo výstupnom vyšetrení neboli zaznamenané takmer žiadne zmeny skúmaných činiteľov. Avšak nie všetky merania môžeme považovať za jednoznačné. Vo viacerých sme nedosiahli žiadne alebo len minimálne zlepšenie. Avšak celkové zlepšenie športovej činnosti nastalo markantné. Ale na tvrdenie, že rehabilitovaní probandi zvýšili prevenciu poranenia drierkovej chrbtice intervenciou fyzioterapie, by sme potrebovali sledovať početnejšiu skupinu hráčov dlhší čas.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- CRAMER, G, D. 2014. Clinical anatomy of the spine, spinal cord, and ANS. St. Louis: Elsevier Books, 688 s. ISBN 978-0323079549.
- CLAYTON, P. 2016. Sacroiliac Joint Dysfunction. California: North Atlantic Books, U.S. 192 s. ISBN 9781623170851.
- GOTLINA, R. 2019. Sports Injuries Guidebook. Champaign IL: Human Kinetics, 400 s. ISBN 978-14925-8709-5.
- HUGH, B. 2021. Handbook of Hernia. Unitet states: Murphy & Moore Publishing, 238 s. ISBN: 1639872825.
- PEROLAT, R.. A KOL. 2018. Facet joint syndrome: from diagnosis to interventional management [on line]. Springer open. [cit. 08-08-2018]. Dostupné na: doi:10.1007/s13244-018-0638-x
- PEŠÁN, F. A KOL. 2015. Vplyv kompenzačného programu na posturálne svaly u extraligových hráčov ledního hokeje. In Rehabilitácia. ISSN 0375–0922, roč. 52, č. 1., s. 64.

- PYTLÍK, J. 2015. Hokejové bruslení: trendy ve výuce techniky. Praha: Grada Publishing, 128 s. ISBN 9788024757421.
- LEE, JH. KIM, TH. 2017. The treatment effect of hamstring stretching and nerve mobilization for patients with radicular lower back pain. In Journal of Physical Therapy Science. ISSN 2187-5626, roč. 29, č. 2.
- MADDEN, C., A KOL. 2018. Netter's sports medicine. 2nd edition. Philadelphia: PA: Elsevier, 816 s. ISBN 9780323395915.
- MCGILL, S. 2015. Low Back Disorders: Evidence-Based Prevention and Rehabilitation. Third Edition. Windsor: Human Kinetics, 424s. . ISBN 978-1450472913.
- SKAHAN, S. 2016. Total Hockey Training. Champaign IL: Human Kinetics, 304 s. ISBN 978-1-4925-0709-3.
- SHTINBAŇAROVÁ, P. a kol., 2019. Šikmá panva ako dôsledok preťaženia pohybového systému u profesionálnych hráčov ľadového hokeja. In Zdravotnícke listy. ISSN 2644-4909, roč. 7, č. 3., s. 80.
- HONOVÁ, K. STAŇA, J. 2016. Piriformis syndrom - náhled komplexní léčby. In Rehabilitácia. ISSN 0375-0922, roč. 53, č. 2., s. 160.
- TERRY, M. GOODMAN, P. 2019. Hockey Anatomy. Champaign IL: Human Kinetics, 232 s. ISBN 978-1-4925-3588-1
- WALKER, B. 2011. The Anatomy of Stretching, Second Edition : Your Atlantics Books, 192s. ISBN 1583943714.
- WILKE, H, J. VOLKHEIMER, D. 2018. Biomechanics of the Spine. Academic Press, 434 s. ISBN 978-0-12-812851-0.

Kontaktné údaje:

PhDr. Jana Zverbíková

Trenčianska Univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne

Študentská 2, 911 50 Trenčín

E-mail: jana.zverbikova@tnuni.sk

Tel.: + 421 327 400 616

Recenzované: 05.09.2023**Prijaté do tlače:** 30.09.2023

**RECIPROČNÝ DETERMINIZMUS A JEHO ÚČINOK PROSTREDNÍCTVOM
PSYCHOEDUKAČNÉHO SKUPINOVÉHO PROGRAMU
U PACIENTOV S DEPRESÍVNOU PORUCHOU - INTERPRETATÍVNA
FENOMENOLOGICKÁ ANALÝZA.**

RECIPROCAL DETERMINISM AND ITS EFFECT A PSYCHOEDUCATIONAL
GROUP PROGRAM IN PATIENTS WITH DEPRESSIVE DISORDER
– AN INTERPRETATIVE PHENOMENOLOGICAL ANALYSIS.

¹Marek Rabinčák

¹Psychiatrická nemocnica Michalovce n.o., Úsek ošetrovateľstva, Michalovce

Recipročný determinizmus a jeho účinok prostredníctvom psychoedukačného skupinového programu u pacientov s depresívnou poruchou - interpretatívna fenomenologická analýza

Reciprocal determinism and its effect through a psychoeducational group program in patients with depressive disorder - an interpretive phenomenological analysis

Východiská: Depresívne poruchy postihujú celkové prežívanie a správanie človeka, terapeutické možnosti akcentujú na biologické metódy a psychoterapeutické postupy. Zodpovednosť sestry počas liečby pacientov s poruchami nálady je pomerne veľká, dôležitou intervenciou je zabezpečenie potrebnej psychoedukácie. **Cieľ:** overiť účinnosť modifikovaného psychoedukačného programu *The depression prevention course* od autora prof. Ricarda F. Muñozu pod vedením sestry s pokročilou praxou. Súbor a metódy: Dizajn štúdie je exploratívny s využitím interpretatívno fenomenologickej analýzy (IPA) metódou priameho kontaktu prostredníctvom individuálneho semištruktúrovaného interviewu. Vyskumný súbor tvorili 6 hospitalizovaní participanti v období od apríla 2017 do marca 2019, dáta z rozhovorov boli zaznamenané na audio-video médium s následným vykonaním doslovného transkriptu a analýzy podľa krokov IPA. Výsledky: Výsledkom prvej roviny IPA analýzy je esencia troch spoločných vzorcov zo skúsenosti so psychoedukačným programom: „Podpora okolia“, „Účinná prospešnosť“, „Rozvoj kompetentnosti“. Zaznamenaný je aj výskyt individuálnych fenoménov: „Ťažko

potláčať myšlienky” , “Byť sebaistou bolo ťažké” a “Nie vždy sa to dá aplikovať”.

Záver: Participanti vyjadrovali prínos a benefity, ktoré nadobudli v rámci skupinového programu. Skupinový psychoedukačný program je vhodná podporná intervencia so súbežne prebiehajúcou psychofarmakologickou liečbou pod vedením sestry s pokročilou praxou.

Kľúčové slová: recipročný determinizmus, teória sociálneho učenia, ošetrovatel'stvo, depresívna porucha, podpora zdravia.

Background: Depressive disorders affect the overall experience and behavior of a person, therapeutic options emphasize biological methods and psychotherapeutic procedures. The nurse's responsibility during the treatment of patients with mood disorders is quite large, an important intervention is the provision of the necessary psychoeducation. **Objective:** verify the effectiveness of the modified psychoeducational program The depression prevention course by the author prof. Ricardo F. Muñoz under the guidance of an advanced practice nurse. **Methodology:** The design of the study is exploratory with the use of interpretive phenomenological analysis (IPA) by the method of direct contact through an individual semi-structured interview. The research group consisted of 6 hospitalized participants in the period from April 2017 to March 2019, the data from the interviews were recorded on an audio-video medium, followed by a verbatim transcript and analysis according to the steps of the IPA. **Results:** The result of the first level of IPA analysis is the essence of three common patterns from the experience with the psychoeducational program: „Environmental support“, „Effective benefit“, „Development of competence“. The occurrence of individual phenomena is also recorded: „It is difficult to suppress thoughts“, „It was difficult to be confident“ and „It is not always possible to apply“. **Conclusion:** Participants expressed the benefits and benefits they acquired in the group program. The psycho-education group program seems to be a suitable supportive intervention with concomitant psycho-pharmacological treatment under the guidance of a nurse with advanced practice.

Key words: reciprocal determinism, social learning theory, nursing, depression disorder, health promotion.

ÚVOD

Depresívne poruchy sú závažné ochorenia, ktoré postihujú celkové prežívanie

a správanie človeka, častokrát sú spojené s komorbiditou iných duševných porúch a porúch osobnosti (Sedláčková, Ocisková, Praško, 2015), môžu sa vyskytovať počas celého života človeka nevynímajúc detské aj adolescentné obdobie (Trebatická, 2017), v seniorskom veku predstavuje jednu z najzávažnejších a najčastejšie sa vyskytujúcich psychických porúch (Jiráček et al., 2013).

Sú charakterizované smútkom, stratou záujmu alebo pôžitku, pocitom viny alebo nízkou vlastnou hodnotou, narušeným spánkom alebo chuťou do jedla, pocitmi únavy a slabou koncentráciou. V najväznejšom prípade depresia môže viesť k samovražde (WHO, 2017). Riziko samovražedného správania je prítomné počas celej doby trvania veľkej depresívnej poruchy, najkonzistentnejším rizikovým faktorom z hľadiska suicidálneho správania je samovražedný pokus v minulosti (APA, 2013). Liečba má byť etapovitá a komplexná, terapeutické možnosti rozdeľujeme podľa hlavných mechanizmov ich pôsobenia na biologické metódy a psychoterapeutické postupy (Kolibáš, 2010).

Zodpovednosť sestry počas liečby pacientov s poruchami nálady je pomerne veľká. Veľmi dôležitou intervenciou je zabezpečenie potrebnej psychoedukácie, vhodné sú aj psychoterapeutické prístupy sestry (Janosiková, Daviesová, 1999). Profesionálne vedená a včasne zahájená psychoedukácia zohráva významnú zložku roly pri získavaní pacienta k spolupráci a priaznivo ovplyvňuje prognózu ochorenia. Sestry zohrávajú v tomto procese kľúčovú rolu (Petr, Marková a kol., 2014). Ošetrovatelstvo sa môže v optike modernej edukácie pacienta opierať o rôzne teórie i modely a ktoré môžu sestry využiť pri edukačných a zdravotno výchovných aktivitách (Nemcová, Hlinková, 2010).

Teoretické pozadie skupinového psychoedukačného programu *The depression prevention course* od autora prof. Ricarda F. Muñoz vychádza z psychologickéj teórie Teória sociálneho učenia podľa Banduru (Muñoz, 2007). Recipročným determinizmom jedinca interferujú svoje osudy kontrolou síl prostredia ale súčasne sily kontrolujú jedinca. Recipročný, vzájomne pôsobiaci proces sa vyskytuje medzi správaním, prostredím a myslením, vnímaním a ďalšími endogénnymi procesmi jedinca (Nemcová, Hlinková, 2010).

METÓDY

Kvalitatívny výskum bol realizovaný fenomenologickou metódou. Prisudzované významy participantov sme explorovali prostredníctvom interpretatívnej fenomenologickej analýzy (ďalej len IPA). Podľa Williga (2001) je IPA považovaná za prístup, ktorý poskytuje viac priestoru pre kreativitu a slobodu výskumného procesu

oproti iným kvalitatívnym prístupom. Cieľom IPA prístupu bolo detailne preskúmať a analyzovať aký zmysel a význam priradujú účastníci svojmu osobnému a sociálnemu svetu v kontexte overovaného psychoedukačného programu *The depression prevention course* podľa prof. Ricarda F. Muñoz, Ph.D. Výskum schválil poskytovateľ ústavnej zdravotnej starostlivosti po jeho preskúmaní a kladnom posúdení etickou komisiou, ktorá dohliada na jeho realizáciu počas celej doby trvania. Zaradenie účastníkov do výskumného projektu bolo realizované až po podpísaní informovaného súhlasu.

Participantí

Pre výber účastníkov do výskumného projektu sme zvolili kritériový zámerný výber. **Inklúzióvnym kritériom bolo** účastníci s diagnózou depresívna porucha; účastníci hospitalizovaní v Psychiatrickej nemocnici Michalovce n.o. a účastníci s dobrovoľnou účasťou participovať na výskumnom projekte. **Exklúzióvnym kritériom boli** účastníci v akútnych a ťažkých formách depresívnej poruchy; pacienti s výraznou komorbiditou alkoholu, drog a iných látkových či nelátkových závislosti; účastníci s organicky podmienenými deficitmi a duševnou zaostalosťou. Výskumu sa zúčastnilo šesť účastníkov uvedených v tabuľke č. 1.

Tabuľka č. 1

Demografické údaje	Vek	Rodinný stav	Vzdelanie	Zamestnanie
Participant č. 1	52	Rozvedená	Úplne stredoškolské odborné	Opatrovateľka v Nemecku
Participant č. 2	37	Slobodný	Vysokoškolské II. stupňa	Kňaz
Participant č. 3	67	Vdovec	Úplne stredoškolské odborné	Starobný dôchodca
Participant č. 4	59	Rozvedený	Stredoškolské odborné	Nezamestnaný/ČID
Participant č. 5	55	Vydatá	Vysokoškolské II. stupňa	Manažér v bankovom sektore
Participant č. 6	52	Ženatý	Vysokoškolské II. stupňa	Stredoškolský učiteľ (t.č. robotník)

Zdroj: vlastný výskum

VÝSLEDKY

Analýzu doslovných transkriptov účastníkov a následnú interpretáciu výsledkov realizujeme idiograficky. Rešpektovaním tohto prístupu začíname detailným preskúmaním účastníkov v takom poradí, v akom boli realizované jednotlivé

rozhovory. Až po dosiahnutí určitého stupňa interpretačného tvaru prechádzame plynule k analýze ďalšieho prípadu. Po formulácii individuálnych nadradených a podradených tém, ktoré vznikli extrakciou z transkriptov pri jednotlivých analýzach z osobných skúsenosti participantov so skupinovým programom pod vedením sestry sme pristúpili k ich vzájomnému prepojeniu, tvorbe a hľadaniu vzorcov naprieč všetkými prípadmi. Pri poslednom kroku IPA sa opätovne vraciame k výskumnému problému a pôvodným výskumným otázkam, teda aká je subjektívna skúsenosť jedincov trpiacich depresívnou poruchou s psychoedukačnými intervenciami sestry realizovanými v kontexte psychoedukačného programu podľa Ricarda F. Muñoza?

Po konzenkventných individuálnych analýzach bolo náležité nájsť spoločné ale tiež aj individuálne vzorce. Výsledok IPA v prvej rovine implikuje 3 nadradené témy v ktorých je zoskupených 10 podradených tém.

Fenomén „Podpora okolia“

Jedným zo spoločných fenoménov sme nazvali **podpora okolia**. Podporu chápeme ako posilnenie vlastných ochranných mechanizmov jedinca pri prekonávaní choroby alebo poruchy. Táto kategória inkorporuje vonkajšie oblasti, ktoré majú podiel pri budovaní vlastnej podpory participanta pri zvládaní depresívnej poruchy. Vo vyjadreniach piatich participantov manifestne nachádzame vnímanie efektívnej roly sestry. Ide o vyjadrenie pozitívnej dynamickej interakcie, ktorá vznikla pri realizovaní skupinového programu pod vedením sestry. Zároveň je to konfirmácia autonómnosti ošetrovateľskej profesie v edukačno-terapeutickom procese. U troch participantov dominuje pozitívny efekt so **vzájomného zdieľania** a prezencii **sociálnej interakcie**. Vnímame to ako konštruktívny fenomén, ktorý má vplyv na celkovú komplianciu. Vedieť, že nie som sám so svojím problémom, mať možnosť porovnať svoj progres v programe je hodnotený pozitívne. V podpore okolia nachádzame aj fenomén skupiny a podporných vzťahov. Skupina umožňuje jedincom vzájomné porovnávanie postojov, konania, utvára poňatie sociálnej reality a sociálnych rolí. Takéto podnetne a podporné prostredie je vnímané ako terapeuticky benefit vyskytujúci sa u P1 a P6.

Fenomén „Účinná prospešnosť“

Vnímanie prospešnosti programu a jeho pozitívneho účinku pre posilňovanie jednotlivých interakcií sa odrazila pri výsledku analýzy a objavovaní fenoménov v tejto kategórii. Participant citlivo vnímali a hodnotili vplyv skupinového programu. Z analýzy ich odpovedí sme extrahovali fenomény, ktoré majú početnú frekvenciu výskytu prevažne

s vnímaním benefitu v prospech participantov. Naša abstrakcia priniesla témy ako **naučiť sa zvládať depresiu, plánovať príjemné aktivity, potláčať negatívne myslenie, nekonvenčnosť**. Zvyšovanie uvedomovania si seba samého v procese liečby je dôležitým atribútom pre pacienta ale aj pre odborníka poskytujúceho odbornú službu. Jedinci, ktorí majú lepšie vypracovaný systém sebauvedomenia majú väčšiu pravdepodobnosť udržať si depresívnu poruchu lepšie pod kontrolou. Proces uvedomenia si vyžaduje často krát externý impulz, ktorý vieme docieľiť prostredníctvom vhodných a cielených edukačných stratégií. Pre všetkých participantov bol externe vnímaným impulzom práve na rozvoj sebauvedomenia a maximalizáciu potenciálu práve overovaný skupinový program, pretože každý z participantov idiograficky a jedinečne opisoval prospešnosť jednotlivých stratégií pri zvládaní depresívnej poruchy. Tento vyskytujúci sa fenomén sme teda pomenovali **naučiť sa zvládať depresiu**. Pre štyroch participantov bolo vnímanie účinku príjemných aktivít a ich efektívne plánovanie spoločným fenoménom. Väčšina ľudí nielen trpiacich depresívnou poruchou prestane vplyvom určitých životných udalostí vykonávať činnosti, ktoré boli pre nich v určitom období príjemné respektíve im prinášali radosť. Ich činnosť je pritom veľká, avšak ich aktivity sú väčšinou prežívané a vnímané ako nutné. Podstatou zmeny v oblasti uspokojovania potrieb príjemných aktivít je najst' kompenzačný a systematicky mechanizmus. Vplyvom skupinového programu došlo k pozitívne vnímanej a prospešnejšej zmene u participantov P1, P2, P3 a P4. Tento vyskytujúci sa fenomén sme nazvali **plánovať príjemné aktivity**. Počas depresívnej poruchy existuje množstvo rozličných myšlienkových vzorcov. Niektoré myšlienky sú bežné v ranných štádiách depresívnej poruchy a zvyčajne po krátkom čase a včasnej intervencii odídu. Niekedy však pretrvávajú sú zdrojom a spúšťačom negatívnych depresívnych myšlienkových vzorcov s tendenciou prehlbovania. Takto prítomné myšlienky obsahujú pochybnosti o sebe, znehodnocovanie vlastnej osoby, negatívne prežívanie životnej situácie a obavy z budúcnosti. Analýza ukázala, že participantí prostredníctvom programu dospeli k poznaniu, že takto vyskytujúce negatívne myslenie vedia aj vlastným úsilím korigovať a zlepšovať ho. Vyžaduje si to osobnú angažovanosť na procese a nácvik určitých myšlienkových zručností. Tento fenomén sa vyskytol u P3, P5, P6 a nazvali sme ho **potláčať negatívne myslenie**. Ďalšou identifikovanou podkategóriou, ktorá bola extrahovaná z analýzy skúsenosti participantov bola prežívaná **nekonvenčnosť**. Ide o vnímanie procesu, ktorý sa vymyká z bežných a zaužívaných typov metód v rámci liečby depresívnej poruchy. O edukačno-terapeutickom procese hovorili ako o oceňujúcom a vyjasňujúcom prežitom čase smerujúcom k pochopeniu vnútorných procesov a ich prepojeniu.

Fenomén „Rozvoj kompetentnosti“

Veľmi zaujímavým spoločným nadradeným fenoménom je **rozvoj kompetentnosti**, ktorý sa vyskytuje vo všetkých prípadoch avšak v určitej špecifickej podobe, ktorá je vyjadrená vo forme podradených fenoménov. Nadobudnúť kompetenciu znamená poznanie vlastných dominantných, ale aj slabých stránok podieľajúcich sa na rozvoji určitej formy kompetentnosti. Táto kategória integruje subfenomény ako sebaopoznanie a autorstvo, sociálnu kompetenciu a sebaisté správanie. **Sebaopoznanie a autorstvo** je spoločné vyskytujúci sa fenomén u všetkých participantov po ukončení skupinového programu. Je to schopnosť porozumieť svojim myšlienkam, pocitom a emóciám. U P1 sa sebaopoznanie prejavilo v tom, že začala myslieť na seba a žiť život aj pre seba, sama vnímala a verbalizovala, že to bol pre ňu iný život s prežívaním osobného úspechu. Sebaopoznanie u P2 mu pomohlo k zmene a uvedomeniu si problémových oblastí, ktoré v jeho prípade sa manifestovalo tým, že to má v rukách, ide o metaforické konštatovanie nadhľadu na depresívnu poruchu. U P3 sa self kompetencia odzrkadlila v prežívaní ustálenejšieho života, ktoré ho vedie k lepšiemu. P5 totožne ako P2 nadobudol skúsenosť s tým, že má niečo v rukách, ktorým nadobudla aj pocit istoty ako zvládať depresívnu poruchu a to poukázalo aj na autorstvo ako identifikovať problémové vzorce. Aj u P6 program pomohol lepšie spoznať poruchu a vedieť bojovať proti nej, zároveň aj schopnosť pozorovať svoje behaviorálne vzorce, ktoré udržujú alebo prehľbujú depresívnu poruchu. **Sociálna kompetencia a sebaisté správanie** sú univerzálne schopnosti jednotlivca efektívne a úspešne sa interagovať s prostredím. V živote jedinca sa odzrkadľujú najmä v efektívnom riešení situácií a v správaní sa v určitých, častokrát aj problémových podmienkach. Je to všeobecná schopnosť adaptovať sa na vzniknutú situáciu a zvoliť účinné formy a postupy správania. Vplyvom duševného ochorenia, čiže aj depresívnej poruchy sa táto schopnosť stráca alebo mení. V rámci tejto kategórie sme sledovali a analyzovali aj procesy súvisiace s touto oblasťou, ktoré vstupujú do celého procesu zvládania poruchy a ovplyvňujú ju. Nadobudnutie tejto vnútornej sociálnej zručnosti sa objavilo u P1 po absolvovaní skupinového programu vo forme zlepšeného sebaapresadzovania svojich potrieb a asertívnom správaní v interakcii s prostredím. P6 si osvojila svoju schopnosť povedať nie, i keď tento jej postoj nebol úplne okolím akceptovaný a potrebovala vynaložiť úsilie na vysvetlenie zamýšľaných krokov k uspokojovaniu svojich potrieb. Zároveň prostredníctvom programu bolo pre P6 bezproblémové budovanie sociálnej siete.

Výskyt individuálnych fenoménov

Prvá analýza subjektívnej skúsenosti participantov so skupinovým programom priniesla aj určité individuálne vzorce, ktoré nebolo možné inkorporovať do spoločných pre ich individuálnu špecifickosť. I keď nami vyextrahované fenomény majú povahu sebahodnotiacej reakcie negatívnej, u každého participanta majú veľmi individuálnu špecifickú výpovednú hodnotu a sú vyjadrené metaforicky.

Fenomén „Ťažko potláčať myšlienky“

Výskyt negatívnych myšlienok v rámci rozvinutej depresívnej poruchy je fenomén veľmi častý. Takéto negatívne myslenie je natoľko dominujúce so silnou intenzitou, že jedinec ho považuje za pravdivé, častokrát sa s ním stotožní a z hľadiska dlhodobého výskytu je vnímaný ako deštruktívny element, ktorý má tendenciu vyskytovať sa aj po dlhšiu dobu a spôsobuje celkový problém s fungovaním. Práca zmeniť tak dominujúce negatívne myslenie si vyžaduje určitý čas a osobný vklad. Problém s potlačením negatívnych myšlienok sa vyskytol u P3. Išlo o sporadickú negatívne vnímanú skúsenosť, ktorá sa vyskytla aj napriek používaniu prezentovaných techník na prácu s myšlienkami. P3 potreboval vynaložiť väčšie úsilie až sebazaprenie spojené so sebaovládaním aby takto negatívne myslenie vedel zvládnuť.

Fenomén „Byť sebaistou bolo ťažké“

Sociálne kompetentné správanie je oblasťou, ktorú sa človek počas života učí. Je dôležité pri otvorenom prejavovaní vlastných potrieb a prianí, ale akceptuje pritom aj potreby a prania druhých. Sebaisté správanie je akýmsi kompromisom, ktorý má z dlhodobého hľadiska pozitívny efekt na náladu jedinca s prežívaním príjemnosti. S týmto subjektívne negatívne popísaným fenoménom sme sa stretli u P5, kedy bolo pre ňu v rámci hodnotenia programu problematické sebaisté vystupovanie. Predpokladáme, že doterajší spôsob fungovania nebol pre P5 spojený s využívaním prvkov sociálne kompetentného správania a preto sa prvotná aplikácia do reálneho života javila pre participantku ako problematická.

Fenomén „Nie vždy sa to dá aplikovať“

Pri analýze skúsenosti participantov sa objavili aj negatívne reakcie v spojení s uplatňovaním postupov po prepustení z hospitalizácie. Táto ich negatívna reakcia bola v kontexte každodenného používania naučeného alebo v nedostatku času. Tým ako sa P5 postupne vrátila do pracovného života, neostávalo jej toľko času, aby sa venovala

všetkým odporúčaniam. Naopak P6 konštatoval, že v jeho prípade nie je možnosť neustáleho pozorovania a ovládania.

DISKUSIA

Podľa štatistických údajov Svetovej zdravotníckej organizácie (2017) celosvetový počet ľudí trpiacich depresiou je 322 miliónov, v roku 2020 depresívnej poruche patrí druhé miesto hneď za kardiovaskulárnymi poruchami vo vyjadrení počtu rokov ovplyvnených chorobou – tzv. DALYs (Pečeňák, 2011). Prehľad o epidemiologickej situácii v oblasti duševného zdravia na Slovensku v súčasnej dobe neexistuje. Heretik a spol. realizovali epidemiologický výskum v roku 2003 na výskyt depresie na Slovensku, pričom zistili, že 6-mesačná prevalencia depresie bola 40,9 %, z toho veľká depresia 12,8 %, malá depresia 5,1 % a depresívne symptómy 23,0% z celkového počtu 1212 respondentov vybraných kvótnym výberom. Aktuálnou depresiou podľa BDI trpelo 22,6 %, z toho 14,6 miernou depresiou, 5,5 % stredným stupňom závažnosti a 2,8 % ťažkým stupňom závažnosti depresie (Heretik a kol., 2013).

Psychoedukácia predstavuje štrukturovanú intervenciu a tréning, ktorých cieľom je sociálne posilnenie, redukcia sociálneho a výkonnostného deficitu a získanie náhľadu na poruchu (Krajčovičová, 2004 In Rabinčák, 2017). Prínos psychoedukačných liečebných programov je komplexný, zmierňujú priebeh ochorenia znížením počtu relapsov alebo skrátenie doby prípadných rehospitalizácií, zlepšujú kvalitu života účastníkom. Psychoedukačné intervencie majú priaznivý pomer medzi nákladmi a prospechom, psychoedukácia prebieha v celom procese terapie (Praško a kol., 2007), podporuje porozumenie a zodpovedný prístup ku chorobe, aktívnu spoluprácu v liečbe a rehabilitácii či zvládanie choroby. V centre je interaktívne sprostredkovanie vedomostí o chorobe, jej etiológii, symptomatike, priebehu ako aj rozličných formách psychosociálnych a farmakologických postupov (Pitschel-Walz, Bäuml, Kissling, 2003).

Recipročný determinizmus je súčasť prístupu Teórie sociálneho učenia ako teoretického rámca, vo výskume edukácie pacienta predpokladá koherentnejší prístup a v teoretickej báze prispieva k spresneniu metodiky učenia a k zvýšeniu motivácie (Nemcová, Hlinková, 2010). Schwartz, Flowers (2007) píše, že výskum Banduru jasne preukázal, že pacienti, ktorí verili vo svoje vlastné zdroje s oveľa väčšou pravdepodobnosťou mali pozitívne výsledky.

Náš výskum bol fokusovaný na overenie skupinového psychoedukačného programu. Jeho vplyv a význam skupinovej intervencie sa prejavil aj v našom výskume. Tento fenomén sme nazvali **podporno-podnetné prostredie**. Vytvorenie vhodného a terapeutického

prostredia je jedným zo základných pilierov úspešnosti priebehu psychoedukačnej intervencie. Súhlasíme teda s tvrdením, že práca v skupine je vhodná pri zvyšovaní pacientovho sebauvedomenia, pomáha mu skúmať vlastné hodnoty, postoje a prijímať rozhodnutia (Magurová, Majerníková, 2009). Pri starostlivo zorganizovanej skupinovej interakcii sa poskytuje efektívny spôsob a priestor ako edukovať a ovplyvňovať jedinca (Janosiková, Daviesová, 1999). Zároveň skupinová edukácia vytvára podmienky pre vzájomnú interakciu jedincov a pre interakciu so sestrou (Kuberová, 2010).

IPA analýza poukázala aj na subjektívne vnímanú pozitívnu stránku pôsobenia sestry s pokročilou praxou formou skupinového programu. V rámci subkategórií boli extrahované fenomény efektívnej roly sestry, vzájomného zdieľania a sociálna interakcia či vzťahy v skupine. Subkategória **efektívna rola sestry** je znakom toho, že sestra bola vnímaná ako odborná autorita. Farkašová a kol. (2005) konštatujú, že profesia sestry si bude musieť upevniť súčasnú pozíciu ale aj pracovať na zmene imidžu, musí obhájiť teritórium svojej činnosti, rozvinúť sesterské povolanie a vytvoriť podmienky na zvládnutie nových rolí profesie. Ďalej uvádzajú, že edukačná rola sestry je multilaterálne fokusovaná na formovanie zodpovedného a uvedomelého správania prostredníctvom získavania nových vedomostí, zmien postojov, presvedčení ako aj zmien motivácie prežívania, správania a konania človeka. Janosiková, Daviesová (1999, str. 16) píše, že sestry v psychiatrickom ošetrovatelstve uplatňujú psychoterapeutické intervencie s cieľom pomôcť pacientom obnoviť alebo zlepšiť ich predchádzajúce schopnosti a zabrániť ďalšiemu zhoršovaniu stavu a situácie. Totožné skúsenosti boli analyzované aj počas vedenia skupinového programu sestrou a účastníkmi mali pozitívnu skúsenosť. Efektivita celého procesu vnímali z viacerých strán, jednou bol odborný status sestry a jej edukačno-terapeutické pôsobenie; zároveň aj pripravenosť a spôsob podania celého programu.

Sociálno interakčné prostredie

Kozierová, Olivierová, Erbová (1995) definujú skupinu ako zoskupenie dvoch alebo viacerých ľudí, ktorých spájajú spoločné potreby a ciele. Ďalej dopĺňajú, že skupiny pomáhajú ľuďom uskutočňovať ciele, ktoré by jednotlivec nemohol obsiahnuť iba samotným úsilím. Janosiková, Daviesová (1999) poukazujú na to, že terapeutické skupiny sa stali dôležitým v systéme zdravotníckej starostlivosti, predovšetkým v oblasti duševného zdravia. Máme názor, že špecifickou skupinou je aj každý výchovno – vzdelávací proces skupinovou formou a ten predstavuje určitý spoločenský proces vzájomných aj sociálnych interakcií. Sociálna interakcia zahŕňa vzájomné ovplyvňovanie

a odráža spoločenské statusy a roly účastníkov sociálnej interakcie (Gáborová, Gáborová, 2006). Najčastejšie druhy sociálnej interakcie sú koexistencia, koordinácia, kooperácia, prosociálna interakcia. Najvyššiu formu medziľudskej súčinnosti, pri ktorej si účastníci navzájom pomáhajú, dopĺňajú sa, vnímajú sa ako jeden tím, ktorý sa usiluje dosiahnuť spoločný cieľ je kooperácia. Kooperatívna interakcia je založená na vzájomnej spolupráci a spoločnom ciele, nezávisle od kvality, hĺbky a intenzity vzájomného vzťahu účastníkov danej sociálnej interakcie (Gáborová, Gáborová, 2006).

Jedným z fenoménov bola práve sociálna interakcia, ktorú participanti zažívali v rámci skupinového programu. Oceňovali možnosť vzájomného zdieľania zažitých skúsenosti. Vzájomne zdieľanie je forma spätnej väzby, ktorá bola ocenená troma participantami. Kristova (2004) poukazuje na to, že spätná väzba je recipročný komunikačný dej poskytujúci jedincovi dozvedieť sa niečo o sebe, svojich názoroch a postojoch.

Potenciál (psycho)edukácie v kontexte ošetrovatel'stva

Edukálny proces je jedným z pilierov efektívnej liečby, neporozumenie ochoreniu a postoj pacienta sa odráža v neochote dodržiavať terapeutické a ošetrovatel'ské odporúčania. Edukácia je symbolom nového, aktívneho prístupu k životu a životnému štýlu, je zameraná na posilňovanie a podporu zdravia, na predchádzanie ochorení. Cieľom edukácie je rozvoj tzv. selfmanagementu (Mastiliaková, Kičaková, 2017).

Psychoedukačné intervencie zdôrazňujú prezentáciu aktuálnych faktických informácií o duševných ochoreniach a liečbe s cieľom riešiť nesprávne predstavy a tieto zásahy vo všeobecnosti poskytujú optimistické posolstvá o liečbe problémov duševného zdravia. U jedincov, ktorí sú už v liečbe, môže destigmatizovaná psychoedukácia znížiť vnímanú stigmatizáciu (Alvidrez, Snowden, Kaiser, 2008 In Rabinčák, 2018). Psychoedukácia zvyšuje citlivosť ku včasným varovným príznakom ochorenia, znižuje expresivitu prejavu a tým konflikty s pacientom a zároveň znižuje množstvo relapsov (Raboch et al., 2014), cieľom je posilnenie motivácie pre liečbu, zlepšenie compliance a adherencie, správania sa chorého v bežnom živote v súlade s odporúčaniami terapeutov (Kolibáš, 2010). Janosiková a Daviesová (1999), poukazujú na fakt a konštatujú, že mnohí odborníci upozorňujú, že na psychoedukáciu sa kladie nedostatočný dôraz. Predpokladom je názor, že jedinci trpiaci duševnou poruchou nemôžu pochopiť psychoedukačnú koncepciu, že nie sú ochotní ani schopní prijať zodpovednosť sami za seba. „*ako sa ukázalo, aplikáciou psychoedukácie, v rámci ktorej sa pacienti oboznamujú s charakterom ochorenia, sa zvyšuje ich ochota spolupracovať, nadobúdajú sebaúctu a zmiernujú obranné reakcie*“

(Janosiková a Daviesová 1999). Breznoščáková (2015) výskumom potvrdila, že vhodnými a účinnými prostriedkami ako najúčinnjšie predchádzať relapsom vzniku depresie, rehospitalizáciám a následnej práceneschopnosti sú práve psychoedukačné programy, ktoré sú okrem iného finančne menej náročné ako individuálne terapie, sú považované za menej stigmatizujúce a ponúkajú rôzne stratégie aktívnej sebakontroly, ktoré umožňujú pacientom dlhodobo predísť zhoršeniu stavu (Breznoščáková, 2015). Tursi et al. (2013) realizovali vedecký prehľad 15 štúdií psychoedukácie u pacientov s depresívnou poruchou a píše, že skúmané štúdie naznačujú, že psychoedukácia je účinná pri zlepšovaní klinického priebehu, adherencie a psychosociálnej funkčnosti depresívnych pacientov. Colom et al. (2003) skúmali účinky skupinovej psychoedukácie u pacientov s bipolárnymi poruchami I a II na priebehu porúch a ukázali, že skupinová psychoedukácia významne znížila počet pacientov s relapsom a počet relapsov recidívy na pacienta. Hlavným psychoedukačným zásahom pre pacientov s depresiou je kurz „*cvičenie s depresiou*“ (CWD), ktorý je kognitívnym behaviorálnym zásahom, ktorý lieči a zabraňuje depresii v mnohých cieľových populáciách tým, že im poskytuje pokyny ako sami zvládnuť svoje psychické symptómy. Donker et al. (2009) urobili metaanalýzu psychoedukácie pre depresiou a úzkosť. Táto metaanalýza odhalila, že krátke pasívne psychoedukačné zásahy môžu zmierniť príznaky depresie a psychickej námahy (Donker et al., 2009). Výsledky štúdie autorov Funda, Sevim a Sibel (2015) realizovaných u pacientov s bipolárnou poruchou preukazujú, že psychoedukácia zabráni relapsom a má dlhodobý ochranný účinok. Psychoedukačné aplikácie v rutinných liečebných programoch v Turecku však nie sú na požadovanej úrovni. Preto psychiatrické sestry majú vhodnú pozíciu pri hodnotení potrieb pacientov, ako aj pri príprave a aplikácii psychoedukačných programov, keďže sú v kontakte s pacientmi v procese liečby a starostlivosti. Výskum Kühner, Weber et al. (2001) realizovali výskum Muñozovho programu, pričom kvalitatívne spätné väzby k programu kurzu boli všetky pozitívne, účastníci v odpovediach uvádzali, že najviac profitovali v module „práca na myšlienkach“ a to až v 90% odpovedí, pri hodnotení modulu „práca na aktivitách“ to bolo 73%; teda konštatujú, že výskum svedčí pre účinnosť tohto programu. Breznoščáková a kol. (2016) prezentovali výsledky štúdie, ktorá overovala psychoedukačný program vychádzajúci z Muñozovho Kurzu prevencie depresie určeného pacientom s depresiou. Výskumom bol zistený štatisticky významný rozdiel v prospech edukovanej skupiny (2,7 % vs. 13,3 %), čo sa týka počtu rehospitalizovaných ($p < 0,05$) a práceneschopných (18,9 % vs. 46,7 %) ($p < 0,05$) pacientov a tiež pacientov, ktorí predčasne prerušili liečbu (8,1 % vs.

51,7 %) ($p < 0,05$). Autori tejto štúdie teda konštatujú, že psychoedukácia by mala byť štandardnou súčasťou liečby depresie významne sa podieľajúcej na zlepšení kvality života pacientov s depresiou.

Našou výskumnou analýzou bola zistená pozitívna spätná väzba u všetkých participantov vo vzťahu ku skupinovému programu s výskytom ojedinelých subjektívne negatívne hodnotiacich techník pri zvládaní určitých problémových oblastí. Vzhľadom k tomu, že náš psychoedukačný prístup vychádzal z teórie sociálneho učenia a išlo v klinických podmienkach slovenského psychiatrického ošetrovateľstva za relatívne novú, doposiaľ sestrami neaplikovateľnú a pacientmi s depresívnou poruchou nehodnotiteľnú oblasť, celkové výsledky poukázali na praktickú uplatniteľnosť skupinového programu. Sestra má prostredníctvom edukačnej role a možnosti psychoterapeutického prístupu jedinečné postavenie. Máme názor, že sestra svojou autonómiou a odbornou pripravenosťou je rovnocenný partner v rámci komplexnej liečby a manažmentu pacienta s depresívnou poruchou. Pacient pod vplyvom depresívnej poruchy potrebuje okrem užívania biologických metód, ktoré sú prospešné aj potrebu maximalizovať svoj potenciál a potrebu naučiť sa zvládať svoje vnútorné psychické procesy. A práve overovaný program bol priestor, kde mali pacienti možnosť opätovne nadobudnúť autorstvo a uspokojiť potreby, ktoré sú z hľadiska určitej hierarchie ťažšie dosiahnuteľné. Ide najmä o rozvoj a naplnenie svojho potenciálu jedinečnej individuality, potreba kognitívnych potrieb v zmysle pozbávania a porozumeniu sebe samému ale i depresívnej poruche. Uvedomujeme si aj dôležitosť individuálnej preferencie, ktorá sa môže prejaviť v spôsobe preferencie spôsobov zvládania depresívnej poruchy, t.j. pacient má možnosť voľby liečebných metód respektíve ich kombinácia. Teda deklarujeme náš názor, že skupinový psychoedukačný program sa javí ako vhodná psychoedukačná intervencia pri zvládaní depresívnej poruchy so súbežne prebiehajúcou antidepresívnou liečbou.

Ďalším pozitívnym momentom, ktorý rezultuje z našej analýzy je fakt, že pacienti po prepustení do domáceho liečenia okrem antidepresívnej terapie nevyužívali iné terapeutické postupy. Pri zvládaní depresívnej poruchy sa opierali iba o poznatky, ktoré nadobudli počas psychoedukačných skupinových stretnutí. I tento poznatok je pre naše zistenia dôležitý. Ak si zoberieme do úvahy potenciál sestier s pokročilou praxou, ktorý nielen v špecializovaných zdravotníckych zariadeniach, ale aj v komunitných službách má možnosť progredovať, tak tieto zistenia su pre ďalší rozvoj veľmi dôležité. Avšak sestry potrebujú mať možnosť rozvoja autonómie, rozhodovania, priestor na vedecko výskumnú činnosť s prijatím aj zodpovednosti za poskytované ošetrovateľské služby.

Podpora sebaregulačných vlastností

Prostredníctvom týchto vlastností osobnosť usmerňuje a riadi vlastné prežívanie a správanie smerujúce k uspokojovaniu vlastných potrieb a zámerov, ako aj k zameraniu navonok, teda k aktivite orientovanej na pretváranie okolia. K najdôležitejším sebaregulačným vlastnostiam osobnosti patria: sebauvedomovanie, sebaopätie, sebahodnotenie, sebaúcta, svedomie a vôľa (Kačáni a kol., 1999).

Poliaková, Meruš, Škarbová (2015) konštatujú, že sestry musia pristupovať k pacientom spôsobom podporujúcim ich sebakoncepciu a sebaúctu. Na budovanie pozitívnej sebakoncepcie a tým zlepšovanie spolupráce slúži viacero stratégií. Je dôležité identifikovať pacientove silné stránky, pomôcť pacientovi jasne rozmyšľať, nepodporovať negatívne (čierno – biele) myslenie. Pacienta je potrebné nabádať k pozitívnemu sebahodnoteniu pochvalou a pozitívnou spätnou väzbou. Základom je vytvorenie pocitu bezpečia a dôvery, ale aj apelovanie na osobnú zodpovednosť pacienta. Sebavýchova je proces, ktorý sa dotýka každého človeka počas jeho celého života. Podľa Porubskej, Ďurdiaka (2005) je sebavzdelávanie členené z hľadiska uvedomelosti na náhodné a zámerné, podľa spôsobu riadenia na autonómne a heteronómne, v závislosti od postoja k sebavzdelávaniu na dobrovoľné a nedobrovoľné a v závislosti od aktivity, v ktorej sa sebavzdelávanie realizuje na formálne, neformálne a neinštitucionálne. Osobnú skúsenosť výskumníka so skupinovým programom teda formulujeme ako zámerný heteronómny participantami dobrovoľný formálny výchovno-vzdelávací proces, t.j. ošetrovateľská edukácia smerujúci k rozvoju sebaopoznania a sebakoncepcie p Kozierová, Erbová, Olivierová (1995) tvrdia, že sebakoncepcia združuje názory a dojmy, ktoré jedinec vzťahuje na seba, je to tiež osobnostný rámec na vymedzenie názorov a pohľadov na svet. Jadro sebakoncepcie tvoria presvedčenia a dojmami, ktoré sú najvýznamnejšie pre osobnú sebaúctu a osobnú identitu.

ZÁVER

Duševné ochorenia sú na vzostupe či už celosvetovo alebo na národnej úrovni. K ochoreniam so stúpajúcim výskytom patrí aj depresívna porucha. Keďže depresívne poruchy majú multifaktoriálny pôvod, komplexnú genézu a tendenciu k návratnosti aj samotná terapia si vyžaduje komplexný prístup, ktorý zahŕňa spektrum biologických a psychosociálnych prístupov. Efektívnym prostriedkom v liečbe depresívnych porúch je aj psychoedukácia pacienta. Na základe IPA postupu sme zistili efektívnosť a prínos psychoedukačného skupinového programu pre pacientov s depresívnou poruchou, teda naša vedecká ambícia výskumného projektu je naplnená, skupinový

psychoedukačný program podľa R.F. Muñoza je vhodný na etablovanie do podmienok slovenského psychiatrického ošetrovateľstva u pacientov s ľahkým až stredne ťažkým stupňom depresívnej poruchy, ktorého vykonávateľom je sestra s pokročilou praxou v ošetrovateľskej starostlivosti v psychiatrii. Vývoj ošetrovateľstva a možné zmeny v ňom predstavujú veľký potenciál pre samotného pacienta ale aj veľkú neo zodpovednosť pre samotné sestry. Výsledky nami realizovaného výskumu predstavujú a otvárajú nový priestor, ktorý môžu sestry využívať a uplatniť v rámci ošetrovateľskej starostlivosti u pacientov trpiacich depresiou.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- [1] ALVIDREZ, J. - SNOWDEN, L. R. - KAISER, D. M. 2010. Involving consumers in the development of a psychoeducational booklet about stigma for black mental health clients. In *Health Promotion Practice*. 2010. Doi: 10.1177/1524839908318286, 2010, vol. 11, issue 2, p. 249-258.
- [2] AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington, V.A: American Psychiatric Association, 2013. s. 155-169.
- [3] BREZNOŠČÁKOVÁ, D. 2015. Čo môže zlepšiť liečbu nelen depresie? In *Psychiatria pre prax. Supplement 2*. ISSN 1337-446X, 2015, roč. XVI, č. S2, s. 17.
- BREZNOŠČÁKOVÁ, D. a kol. 2016. Prečo je dôležité informovať/ edukovať pacientov o nežiaducich účinkoch liečby?. In *Psychiatria pre prax. Supplement 1e*. ISSN 2453-8477, 2016, roč. 17, č. S1e, s. 16-17.
- [4] COLOM, F. et al. 2003. Psychoeducation efficacy in bipolar disorders beyond adherence enhancement. In *The Journal of Clinical Psychiatry*. ISSN 0160-6689, 2003, vol. 64, p. 1101–1105.
- [5] DONKER, T. et al. 2009. Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: a meta-analysis. In *BMC Medicine*. ISSN 1741-7015, 2009, vol. 7, issue 79.
- [6] FARKAŠOVÁ, D. a kol. 2005. *Ošetrovateľstvo teória*. 1. vyd. Martin : Osveta, 2005. 215 s. ISBN 80-8063-182-4.
- [7] FUNDA, G., SEVIM, B., SIBEL, C., 2015. Effectiveness of Individual Psychoeducation on Recurrence in Bipolar Disorder; A Controlled Study. In *Archives of Psychiatric Nursing*. ISSN 0883-9417, 2015, vol. 29/2015, p. 174–179.
- [8] GÁBOROVÁ, Ľ., GÁBOROVÁ, Z. 2006. *Človek v sociálnom kontexte*. Prešov : DTI. s. r. o. 2006. 173 s. ISBN 80-969053-8-4.
- [9] HERETIK, A. a kol. 2013. 10 rokov epidemiologického výskumu psychických porúch na Slovensku. In *Psychiatria-psychoterapia-psychosomatika* [online]. 2013, č. 3/2013. [cit. 2020-02-15]. s. 25-28. Dostupné na internete: <<http://www>.

- psychiatria -casopis.sk/files/psychiatria/3-2013/ppp3-2013-cla5.pdf>. ISSN 1338-7030.
- [10] JANOSIKOVÁ, H. E. - DAVIESOVÁ, L. J. 1999. *Psychiatrická ošetrovateľská starostlivosť*. 1. vyd. Martin : Osveta, 1999. 551 s. ISBN 80-8063-017-8.
- [11] JIRÁK, R. et al. 2013. *Gerontopsychiatrie*. 1. vyd. Praha : Galén, 2013. 348 s. ISBN 978-80-7262-873-5.
- [12] KAČÁNI, V. a kol. 1999. *Základy učiteľskej psychológie: vybrané problémy*. 1. vyd. Bratislava : Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1999. 214 s. ISBN 80-08-02830-0.
- [13] KOLIBÁŠ, E. 2010. *Príručka klinickej psychiatrie*. 1. vyd. Nové Zámky : Psychoprof, 2010. 304 s. ISBN 978-80-89322-05-3.
- [14] KOZIEROVÁ, B. – ERBOVÁ, G. – OLIVIERIOVÁ, R. 1995. *Ošetrovateľstvo* 1, 2. 1. vyd. Martin : Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.
- [15] KRAJČOVIČOVÁ, D. 2004. Nefarmakologické možnosti ovplyvnenia porúch kognitívnych funkcií a sociálnych spôsobilosti pri schizofrénii. In: RABINČÁK, M. 2017. Implementácia psychoedukačných programov ako terapia do komunitného ošetrovateľstva. In *Komunitná starostlivosť v pomáhajúcich profesiách. Zborník III. Medzinárodnej vedeckej konferencie* [CDROM]. Varšava: Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania w Warszawie, 2017, s. 378- 383. ISBN 978-83-61087-41-0.
- [16] KRISTOVÁ, J. 2004. *Komunikácia v ošetrovateľstve*. 1. vyd. Martin : Osveta, 2004. 211 s. ISBN 90-8063-160-3.
- [17] KUBEROVÁ, H. 2010. *Didaktika ošetrovateľstvá*. 1. vyd. Praha : Portál, 2010. 246 s. ISBN 978-80-7367-684-1.
- [18] KÜHNER, CH. - WEBER, I. et al. 2001. *Depressionen vorbeugen*. 1st ed. Gottingen/Rosdorf : Dieterichsche Universitätsbuchdruckerei, 203 s. ISBN 3-8017-1422-5.
- [19] MAGUROVÁ, D. - MAJERNÍKOVÁ, Ľ. 2009. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovateľstve*. 1. vyd. Martin : Osveta, 2009. 155 s. ISBN 978-80-8063-326-4.
- [20] MASTILIAKOVÁ, D. - KIČAKOVÁ, M. 2017. Aktuální úroveň připravenosti sester na edukační roli. In *Zdravotnické listy*. ISSN 1339-3022, 2017, roč. 5, č. 5. s. 6-15.
- [21] MUÑOZ, R. F. 2007. *Curso para la prevencion de la depresion. Spanish Version*. [online]. [citované 2020-04-07]. Dostupné na internete: <https://i4health.paloalto.edu/downloads/DPC_Spanish.pdf>.
- [22] NEMCOVÁ, J. - HLINKOVÁ, J. a kol. 2010. *Moderná edukácia v ošetrovateľstve*. 1. vyd. Martin : Osveta, 2010. 260 s. ISBN 978-80-8063-321-9.
- [23] PETR, T. - MARKOVÁ, E. a kol. 2014. *Ošetrovateľství v psychiatrii*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2014. 296 s. ISBN 978-80-247-4236-6.
- [24] PEČEŇÁK, J. 2011. Depresia. Základná terminológia a diagnostika. In *I-med. e-learningový článok*. [online]. [cit. 2018.08.13]. Dostupné na internete: <<https://i-med.sk/search?combine=Depresia+-+z%C3%A1kladn%C3%A1+terminol%>

- C3%B3gia+a+diagnostika&op=Vyh%C4%BEada%C5%A5&searchType=1>. ISSN 1338-4392.
- [25] PITSCHER-WALZ, G. - BÄUML, J. - KISSLING, W. 2003. *Psychoedukation Depressionen. Manual zur Leitung von Patienten und Angehörigengruppen*. 1st. ed. München : Urban & Fischer Verlag München, 236 p. ISBN 3-437-56430-7.
- 261] POLIAKOVÁ, N. - MELUŠ, V. - ŠKARBOVÁ, K. 2015. Vplyv sebakoncepcie na spoluprácu pacienta v ošetrovateľskom procese. In *Zdravotnícke listy*. ISSN 1339-3022, 2015, roč. 3, č. 2. s. 40-44.
- [26] PORUBSKÁ, G. – ĎURDIAK, L. 2005. *Manažment vzdelávania dospelých*. 1. vyd. Nitra: SlovDidac, 2005. 212 s. ISBN 80-969303-0-3.
- [27] PRAŠKO, J. a kol. 2007. *Kognitívne behaviorálné terapie psychických porúch*. 1. vyd. Praha : Triniton, 2007. 1064 s. ISBN 978-80-7254-865-1.
- [28] RABOCH, J. - PAVLOVSKÝ, P. - JANOTOVÁ, D. 2012. *Psychiatrie minimum pro praxi*. 5. vyd. Praha : Triton, 2012. 240 s. ISBN 978-80-7387-582-4.
- [29] SEDLÁČKOVÁ, Z. - OCISKOVÁ, M. - PRAŠKO, J. 2015. Deprese a paranoidní porucha osobnosti. In *Psychiatr. prax*. ISSN 1335-9584, 2015, roč. 16, č. 4, s. 139–142.
- [30] SCHWARTZ, B. - FLOWERS, J. V. 2007. *Ako zlyháva terapeut. 50 spôsobov ako stratit' alebo poškodiť vašich pacientov*. 1. vyd. Trenčín : Vydavateľstvo F, 2007. 165 s. ISBN 80-88952-42-5.
- TREBATICÁ, J. 2017. *Depresívna porucha v detskom a adolescentom veku*. 1. vyd. Bratislava : Univerzita Komenského v Bratislave, 2017. 70 s. ISBN 978-80-223-4428-9.
- TURSI, MF et al. 2013. Effectiveness of psychoeducation for depression: a systematic review. In *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. ISSN 1440-1614, 2013, vol. 47, issue 11, p. 1019-1031.
- WILLIG, C. 2001. Introducing qualitative research in psychology: Adventures in theory and methods. In ŘIHÁČEK, T. - ČERMÁK, I. - HYTYCH, R. a kol. 2013. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2013. 190 s. ISBN 978-80-210-6382-2.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2017. *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva : World Health Organization, 2017. 20 p.

Kontaktné údaje:

PhDr. Marek Rabinčák, PhD., MPH

Psychiatrická nemocnica Michalovce, n.o.

Úsek ošetrovateľstva

Andreja Hrehovčíka 1, 071 01 Michalovce

E-mail: marek.rabincak@gmail.com

Tel.: +421 908 994 884

Recenzované: 05.09.2023

Prijaté do tlače: 30.09.2023

ZDRAVOTNÉ KONZEKVENCIE RODOVO PODMIENENÉHO NÁSILIA PÁCHANÉHO NA ŽENÁCH

HEALTH CONSEQUENCES OF GENDER-BASED VIOLENCE AGAINST WOMEN

PhDr. Zuzana Draková, PhD.

Univerzita sv. Cyrila a Metoda v Trnave, Fakulta sociálnych vied

Abstrakt

Predložený príspevok má za cieľ pertraktovať problematiku rodovo podmieneného násilia páchaného na ženách, ktoré sa aj napriek mnohým zavedeným opatreniam ukazuje ako fenomén súčasnej doby. Rodovo podmienené násilie páchané na ženách je výsledkom sociálnych vzťahov s nerovnomerným rozdelením moci, v ktorých majú ženy voči mužom podradenú pozíciu. V príspevku tiež poukazujeme na mnohé závažné zdravotné konzekvencie násilia páchaného na ženách.

Kľúčové slová: násilie, ženy, zdravotné následky, rodovo podmienené násilie

Abstract

The aim of the presented contribution is to interpret the issue of gender-based violence against women, which, despite many established measures, turns out to be a phenomenon of the present time. Gender-based violence against women is the result of social relations with an unequal distribution of power, in which women have a subordinate position to men. In the post, we also point out the many serious health consequences of violence against women.

Key words: violence, women, health consequences, gender-based violence

ÚVOD

Násilie na ženách je závažným celospoločenským problémom nielen na území Slovenskej republiky. Častokrát je ťažko odhaliteľné, pretože je latentné a dlhé obdobie sa skrýva za zatvorenými dverami. Najčastejšie bývajú obeťami násilia slabší jedinci, či už ide o ženy, deti alebo seniorov. Aj podľa Bočákovej a Martoša (2020) je násilie páchané na ženách, čiže rodovo podmienené násilie v súčasnosti vážnym celospoločenským problémom na Slovensku. Na verejnosť preniklo rodovo podmienené násilie pred

tridsiatimi rokmi, aj keď sa potenciálne môže javiť ako novodobý fenomén.

V našom príspevku sa zameriavame na uvedené rodovo podmienené násilie páchané na ženách, ktoré je výsledkom sociálnych vzťahov s nerovnomerným rozdelením moci, v ktorých ženy majú voči mužom podradenú pozíciu tzv. rodovej nerovnosti. Táto forma býva najčastejšie viditeľná v partnerských vzťahoch, avšak páchatelom môže byť aj iný člen rodiny napríklad syn alebo otec, na ktorom je žena v určitom kontexte závislá alebo je k nemu v nerovnom mocenskom postavení. V tejto súvislosti Sopková a kol. (2008) poukazuje na skutočnosť, že korene násilia páchaného na ženách spočívajú v nerovnom rozdelení moci medzi mužmi a ženami aj napriek tomu, že podľa zákona sú žena a muž v manželstve rovnoprávni a násilie je trestný čin bez ohľadu na to, či k nemu dochádza v manželstve alebo mimo neho.

Je dôležité si uvedomiť, že násilie páchané na ženách má široké spoločenské dopady a negatívny vplyv na celú komunitu. Boj proti násiliu páchanému na ženách a poskytovanie podpory obetí je kľúčovým krokom ku zlepšeniu zdravia a bezpečnosti žien. Programy, ktoré sa zameriavajú na prevenciu násilia páchaného na ženách sú nevyhnutné pre dosiahnutie týchto cieľov.

ZDRAVOTNÉ NÁSLEDKY NÁSILIA PÁCHANÉHO NA ŽENÁCH

Násilie páchané na ženách má závažné a rozsiahle zdravotné následky, ktoré môžu ovplyvniť nielen fyzické, ale aj duševné zdravie obetí. Tieto následky sa môžu prejavovať na rôznych úrovniach a majú významný vplyv na celkovú kvalitu života obetí. Ako uvádza Bočáková a Martoš (2020) najmenej je pochopiteľné domáce násilie, ktoré je latentné a býva páchané na osobách, ktoré nemajú ani minimálnu šancu sa ubrániť. Ide o násilie, ktoré je páchané na fyzicky slabších jedincoch. Podľa Bodnárovej (2006) domáce násilie je možné charakterizovať ako akékoľvek násilie, pri ktorom v súčasnosti je alebo v minulosti bola obeť a páchatel v nejakom osobnom vzťahu.

Autorky Bodnárová a Filadelfiová (2002) vo svojej publikácii apelujú, že násilné správanie vedie k hrubému porušovaniu základných ľudských práv a slobôd. Následky násilia sa môžu prejavovať rôznymi spôsobmi a môžu mať rôznu dĺžku a intenzitu, ktorá závisí od mnohých faktorov. Môžu byť krátkodobé, ale aj dlhodobé.

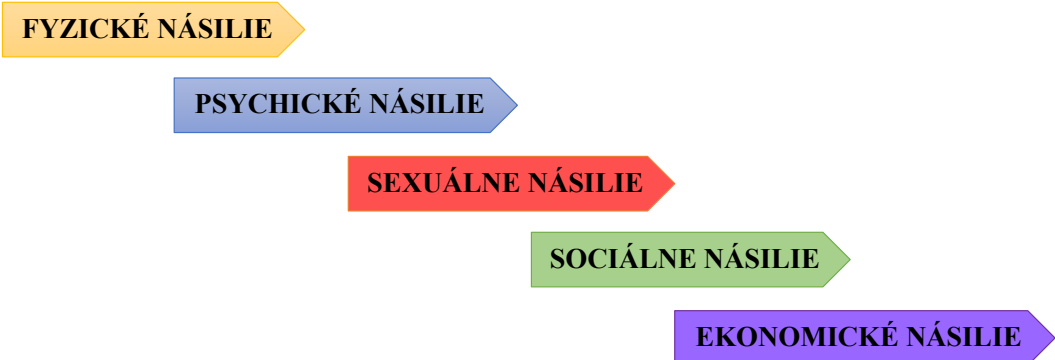
Schéma 1 – Dĺžka prejavu následkov násilia páchaného na ženách



Zdroj: vlastné spracovanie autorky, 2023

Na dĺžke prejavov následkov násilia páchaného na ženách závisí následná kvalita života obete, preto je dôležitá intervencia, ale aj správna voľba terapeutických postupov viacerých odborníkov a pod. Násilie páchané na ženách je natoľko rizikové, že môže ohrozovať nielen zdravie, ale aj život obete. Násilie môže mať rôznu podobu a niekedy môže ísť aj o kombináciu viacerých foriem.

Formy násilia páchaného na ženách:



Zdroj: vlastné spracovanie autorky, 2023

Vybrané zdravotné následky násilia páchaného na ženách:

Fyzické zranenia

Fyzické násilie formou bitia, kopania, sácania, fackovania, škrtenia, strkania a pod. môže spôsobiť rôzne zranenia, ako sú modriny, pomliaždeniny, zlomeniny, rezné rany, popáleniny, škrabance, vytrhnuté vlasy, vybité zuby atď. Takéto zranenia môžu vyžadovať až lekársku starostlivosť, hospitalizáciu a dlhodobú rekonvalescenciu.

Psychické problémy

Psychické násilie sa prejavuje verbálnymi útokmi, kričaním na ženu, urážaním, ponižovaním, vyhrážaním (vyhodením zo spoločnej domácnosti, z únosu detí, zo zničenia kariéry, zverejnenia intímnych fotografií/videí ženy a pod.), zastrášaním, prenasledovaním (stalking), ničením hodnotných osobných vecí ženy, zakazovaním študovať/pracovať, sociálnou izoláciou, obmedzovaním pohybu atď. na základe čoho môžu obeť trpieť úzkosťami, depresiami, posttraumatickým stresom a ďalšími závažnými psychickými poruchami.

Chronické zdravotné problémy

Dlhodobé opakované násilie môže mať za následok chronické zdravotné problémy ako sú bolesti hlavy až migrény, gastrointestinálne problémy, bolesti chrbta, arytmiu, problémy s tlakom, priberanie na váhe alebo chudnutie, poruchy spánku a ďalšie.

Zvýšené rizikové nákazy pohlavnými chorobami

Sexuálne násilie zahŕňa vynucovanie pohlavného styku alebo iných sexuálnych praktík, znásilnenie, nútenie k pohlavnému styku s inými osobami (mužmi/ženami) alebo pred inými osobami, nútenie k prostitúcii, k sledovaniu pornografie, zákaz používania antikoncepcie a pod. Ide o akýkoľvek sexuálny skutok alebo správanie, ktorého je žena donútená sa zúčastniť proti svojej vlastnej vôli. Sexuálne násilie môže zvýšiť riziko nákaz pohlavnými chorobami vrátane HIV.

Gynekologické problémy

Násilie môže u ženy spôsobiť potraty, predčasné pôrody a ďalšie komplikácie počas tehotenstva, ale aj následnú neplodnosť.

Suicidálne sklony alebo samovražda

Zmes negatívnych pocitov ako sú beznádej, menejcennosť, strach, frustrácia, hnev a ďalšie, ktoré násilie u žien vyvolávajú môžu ohrozovať nielen zdravie, ale aj život obeť, pretože môžu zvýšiť riziko suicidálnych sklonov – pokusov o samovraždu u obeť. Žena sa však môže pokúsiť zabiť nielen seba, ale aj svoje dieťa/deti.

Užívanie alkoholu, drog a iných návykových látok

Niektoré ženy sa snažia zvládať svoju nepriaznivú krízovú situáciu, emocionálne a psychické stresy spojené s násilím prostredníctvom nadmerného užívania alkoholu, drog alebo iných návykových látok na vyrovnanie sa so svojím utrpením.

Socioekonomické problémy

Násilie môže viesť k strate zamestnania a finančným ťažkostiam, čo môže zapríčiniť negatívne dopady na ekonomickú stabilitu obeť a môže mať za následok obmedzený prístup k zdravotnej starostlivosti obeť a iným potrebným zdrojom. Nedostatok

finančných prostriedkov môže spôsobovať aj absenciu racionálnej a vyváženej stravy, dostatočný pitný režim čo vedie k hladovaniu, nízkemu príjmu potrebných vitamínov, živín, konzumácii rýb, ovocia, zeleniny a pod.

Je dôležité zdôrazniť, že vyššie uvedené zdravotné následky násilia páchaného na ženách môžu mať aj dlhodobý charakter a vyžadujú si adekvátnu podporu a odbornú pomoc častokrát multidisciplinárneho tímu. Prevencia násilia páchaného na ženách a poskytovanie bezpečných miest a zdrojov pre obeť sú kľúčovými faktormi v boji proti týmto následkom, pretože iba vtedy, ak budeme predchádzať samotnému násiliu, zabránime tak jeho následkom.

ZÁVER

Ako sme uviedli, boj proti násiliu na ženách je dôležitou témou a je nevyhnutné, aby celá spoločnosť, vlády a organizácie pracovali na jeho zastavení a vytvorili bezpečné prostredie nielen pre ženy, ale pre všetky ľudské bytosti. V snahe eliminovať tento problém sa vyvinulo množstvo právnych nástrojov a programov, ktoré chránia obeť násilia a trestajú páchatel'ov. Okrem toho je však mimoriadne dôležité pôsobiť aj osvetovo na kultúrnom poli, v médiách a na sociálnej úrovni, aby sa menili rodové stereotypy, ktoré prispievajú k násiliu páchanému na ženách. Jedným z primárnych cieľov našej súčasnej modernej spoločnosti by malo byť zabezpečenie, aby ženy mali právo na život bez strachu a násilia, pretože akékoľvek formy násilia sú neakceptovateľné a nemôžu byť tolerované v žiadnom rozsahu.

POUŽITÁ LITERATÚRA

- BOČÁKOVÁ, O. – MARTOŠ, A. 2020. *Politikum sociálnych problémov*. Nové Zámky : DMC, s.r.o., 2020. 74 s. ISBN 978-80-972963-7-7.
- BODNÁROVÁ, B. 2006. Reforma dôchodkového zabezpečenia a budovania nového dôchodkového systému s dôrazom na ochranu staroby. In: *Premeny sociálnej politiky*. Bratislava : Inštitút pre výskum práce a rodiny, 2006. ISBN 80-7138-122-5.
- BODNÁROVÁ, B. – FILADELFIOVÁ, J. 2002. *Domáce násilie na Slovensku. Priebežná správa z výskumu*. Bratislava : Medzinárodné stredisko pre štúdium rodiny, 2002. 122 s. ISBN 80-89048-06-4.
- SOPKOVÁ, E. a kol. 2008. *Konať proti násiliu na ženách a deťoch*. Bratislava : Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny, 2008. 52 s. ISBN 978-80-89125-09-8.

Kontaktné údaje:

PhDr. Zuzana Draková, PhD.

Fakulta sociálnych vied

Univerzita sv. Cyrila a Metoda v Trnave

Bučianska 4/A, 917 01 Trnava

E-mail: zuzana.drakova@ucm.sk

Recenzované: 30.10.2023

Prijaté do tlače: 30.10.2023