



**Fakultní nemocnice v Motole,
Ústav ošetřovatelství 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy
a
Česká asociace sester, region Motol – Praha
v y d á v a j í**

*sborník příspěvků a abstrakt
z odborné konference s mezinárodní účastí*

C E S T A K MODERNÍMU OŠETŘOVATELSTVÍ XIX.

která se uskutečnila dne 14.09. 2017 ve FN Motol



ISBN: 978-80-87347-37-9

Název publikace:

Cesta k modernímu ošetřovatelství XIX. – recenzovaný sborník příspěvků z odborné konference s mezinárodní účastí

Editor:

PhDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA

Recenze:

PhDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA

PhDr. Hana Nikodemová

PhDr. Šárka Tomová, Ph.D., Ph.D.

PhDr. Andrea Bratová, Ph.D.

Vydala:

Fakultní nemocnice v Motole
V Úvalu 84
150 06 Praha 5 – Motol

jako svou 38. publikaci.

Počet stran:	214
Vydání:	první, Praha, 2017
Náklad:	150 výtisků na nosičích CD-ROM
Grafická úprava:	Daniel Jirkovský

Neprodejné!

Tato publikace neprošla jazykovou úpravou.

Copyright © Fakultní nemocnice v Motole
Copyright © Autoři jednotlivých příspěvků

ISBN: 978-80-87347-37-9



OBSAH:

	<i>str.</i>
Slovo úvodem	6
Mgr. Jana Nováková, MBA, PhDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA	
Problémy se sociálním statusem sestry ve společnosti	7
doc. PhDr. Jaroslav Koťa	
Image sestry očami laickej verejnosti	14
PhDr. Oľga Kabátová, PhD., PhDr. Silvia Puteková, PhD.	
Autonómia v povolání sestry	15
doc. PhDr. Monika Jankechová, PhD., MHA, PhDr. Zuzana Bystrická, PhD., Mgr. Katarína Pechová	
SKSaPA (Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek) – kto sme?	20
Mgr. Iveta Michalcová, Mgr. Iveta Lazorová	
Manažerské dovednosti staničných sester	25
Mgr. Jana Nováková, MBA, Mgr. Marie Vlachová	
Sestra v kontexte zmien v ošetrovatelstve	31
doc. PhDr. Anna Murgová, PhD., PhDr. Tatiana Hrindová, PhD.	
Vybrané osobnostné charakteristiky vysokoškolákov vo vzťahu k ich motivácii při voľbe študijného odboru Ošetrovatelstvo	36
PhDr. Dita Leczová, PhD., MBA, RNDr. Mgr. Daniela Barkasi, PhD., doc. PhDr. ThDr. PaedDr. Lenka Lachytová, PhD., MBA	
Dnešní studentky - budoucí kolegyně. Odborná praxe studentů 3. LF UK ve FN Motol	45
PhDr. Marie Zvoníčková, Mgr. Jana Nováková, MBA, Mgr. Jana Holubová, Mgr. Petra Sedlářová, Mgr. Renata Vytejková, PhDr. Hana Svobodová, PhD.	
Spiritualita, životná zmyslupnosť a možnosti posudzovania v ošetrovatelstve	49
PhDr. Alena Uríčková, PhD.	
Pohľad zdravotníckych pracovníkov na aktívnu eutanáziu jako etickú dilemu	51
doc. PhDr. Tatiana Rapčíková, PhD., Mgr. Michaela Harabišová, Mgr. Gabriela Zberovská	
Riziko syndrómu vyhorenia v profesii sestra	59
PhDr. Nikoleta Poliaková, PhD.	
Psychická zátěž jako rizikový faktor při ošetřování seniorů	67
Mgr. Jiřina Hosáková, Ph.D., Mgr. Zuzana Hlubková, Pavlína Štencelová	
Psychosociálne aspekty komunitnej ošetrovateľskej starostlivosti	72
PhDr. Andrea Lajdová, PhD.	

Inovácia vzdelávania sestier v špecializačnom odbore anesteziológia a intenzívna starostlivosť	77
PhDr. Zuzana Rybárová, PhD.	
Celková anestézia a detský pacient	78
Mgr. Gabriela Doktorová, PhD.	
Riešenie udalosti s hromadným postihnutím osôb v prednemocničnej zdravotnej starostlivosti	83
Ing. Bc. František Glončák	
Výskyt ventilátorovej pneumónie na OAIM	86
PhDr. Jarmila Bramušková, PhD., PhDr. Eva Balogová, PhD.	
Základné etické princípy a právne normy v intenzívnej ošetrovateľskej starostlivosti	91
PhDr. Jarmila Bramušková, PhD., PhDr. Dana Sihelská, PhD.	
Ošetrovateľská starostlivosť o pacienta a anestézia	95
PhDr. Andrea Bratová, PhD., PhDr. Helena Gondárová – Vyhničková, Emília Plavčanová	
Ošetrovateľský manažment pri podávaní celkovej anestézie	100
PhDr. Zuzana Rybárová, PhD., PhDr. Andrea Bratová, PhD.	
Význam a využitie automatického externého defibrilátora	104
PhDr. Zuzana Rybárová, PhD.	
Resuscitační tým	108
Mgr. Šárka Sedláčková, DiS., Eliška Beranová	
Ošetrovateľská starostlivosť o dekubity - lôžkové zdravotnícke zariadenia vs. agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti	110
PhDr. Katarína Gerlichová, PhD., Mgr. Júlia Krehlíková	
Bezpečné předání - bezpečí pacienta	120
PhDr. Petr Snopek, PhDr. Mária Popovičová, doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD., Mgr. Bc. Barbora Plisková, Bc. Pavel Kůřil	
Ošetrovateľská dokumentace pohľadom sestier v Čechách, na Slovensku a na Ukrajine	126
PhDr. Petr Snopek, PhDr. Mária Popovičová, PhDr. Tatiana Hrindová, PhD.	
Ošetrovateľská starostlivosť o pacientov s poruchami duševného zdravia	133
PhDr. Darina Šimovcová, PhD.	
Specifika vzdělávání sester v urologii	140
Mgr. Pavla Kordulová	

Integrácia centra pre hyperbarickú oxygenoterapiu v rámci vedecko - výskumnej bázy univerzitného vzdelávania, doterajšie skúsenosti, výsledky, nové otázky a výzvy	145
PhDr. Iveta Matišáková, PhD., RNDr. Zdenka Krajčovičová, PhD., RNDr. Vladimír Meluš, PhD.	
Včasná prevencia maligného melanomu	153
Monika Fujeriková, DiS., Mgr. Alena Konvičná	
Edukace rodičů u dětí s atrézií jícnu	158
Mgr. Ilona Plecítá, Mgr. Taťána Maňasová	
Role zdravotní sestry v prevenci a včasném odhalení karcinomu prsu	159
Mgr. Denisa Schwetzová	
Selfmanažment - element Wagnerovho modelu starostlivosti o chronicky chorých	165
doc. PhDr. Ľubomíra Tkáčová, PhD.	
Praktické rady pro edukaci správné techniky aplikace inzulinu u diabetiků	169
Lenka Škodová	
Prvky rozvoje osobnosti v edukačnóm procese	172
PhDr. Eva Švarcová, Ph.D., Klára Šindelková	
Osobnosť a vplyv Sr. Fides Dermekovej pri založení Ošetrovateľskej školy Kongregácie milosrdných sestier Svätého kríža v Bratislave	176
doc. PhDr. Ľubica Ilievová, PhD., doc. PhDr. Erika Juríková, PhD., doc. PhDr. Jana Boroňová, PhD.	
Poranění ostrými předměty ve zdravotnictví	183
Štěpánka Černá, PhDr. Andrea Bratová, PhD.	
Úloha sestry u pacientov s chronickou ranou v domácom prostredí	188
PhDr. Alena Dziacka, PhD.	
Praktická sestra (Nurse Practitioners)	196
PhDr. Beáta Grešš Halász	
Kvalitná a bezpečná intraoperačná starostlivosť v kontexte ekonomiky	200
Mgr. Ildikó Kisová, PhD., Lívia Kollárová, PhD., MHA, PhDr. Ľubica Libová, PhD.	
Etické aspekty starostlivosti o seniorov v inštitucionálnych zariadeniach	207
PhDr. Silvia Puteková, PhD., PhDr. Oľga Kabátová, Ph.D.	
Spánok vo vyššom veku	210
PhDr. Jana Martinková, PhD.	

SLOVO ÚVODEM

Vážené kolegyně,
Vážení kolegové,

tak jako každý rok i letos, dostáváte do rukou recenzovaný sborník příspěvků z odborné konference s mezinárodní účastí Cesta k modernímu ošetřovatelství, která se ve FN Motol uskutečnila dne 14.09. 2017.

Na konferenci, ve dvou hlavních blocích a v šesti workshopech zaznělo více jak 60 příspěvků věnovaných profesi sestry, managementu a kvalitě péče, komunikaci a etice v ošetřovatelství, praxi v péči o seniory, praxi v oblasti intenzivní a urgentní medicíny, vzdělávání v ošetřovatelství apod. Zaznělo tedy velké množství zajímavých a inspirujících příspěvků věnovaných nejen ošetřovatelské teorii, ale především dobré ošetřovatelské praxi.

Jsme rádi, že jsme mohli ve FN Motol přivítat 116 autorů a spoluautorů odborných sdělení a nemalý počet dalších kolegů a kolegyň nejen z FN Motol, ale i z jiných zdravotnických zařízení.

Cílem konference Cesta k modernímu ošetřovatelství je soustředit odborníky z ošetřovatelské teorie a praxe a vytvořit předpoklady pro předávání nových poznatků a zkušeností mezi nimi a lépe tak propojit ošetřovatelskou teorii s ošetřovatelskou praxí. S radostí lze konstatovat, že se nám tento záměr daří naplňovat již 19 let.

Závěrem nám dovoluňte poděkovat všem aktivním účastníkům za přednesené příspěvky a všem kolegyním a kolegům, kteří se na přípravě této konference podíleli.

Těšíme se na setkání s Vámi při dvacátém ročníku konference v roce 2018!

*PhDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA
přednosta Ústavu ošetřovatelství
UK 2. LF a FN Motol*

*Mgr. Jana Nováková, MBA
náměstkyně pro ošetřovatelskou péči
FN Motol*

PROBLÉMY SE SOCIÁLNÍM STATUSEM SESTRY VE SPOLEČNOSTI

Jaroslav Koťa

Filosofická fakulta, Univerzita Karlova

Souhrn:

Stať pojednává o problematice společenského statusu sestry. Ukazuje jednotlivé aspekty statusu (pozice, role, prestiž apod.). Zmíněn je oblíbený mýtus nízké prestiže profese a probrána otázka sebehodnocení; pozornost je věnována rolovému jednání a konfliktům rolí. Probrána je problematika sebehodnocení. V závěru autor poukazuje na nedořešené problémy vysokoškolského vzdělávání sester.

Klíčová slova: *sociální status, vrozený status, připsaný status, objektivní status, subjektivní status, pozice, role, prestiž, vzdělání, duchovní bytost.*

Vlastní text:

Byl jsem vyzván, abych se vyjádřil k tématu „problémy se sociálním statusem sestry ve společnosti“. Téma je nosné, vyzývající, ale poměrně komplikované jako vše, co se vztahuje k otázkám sociálního postavení jakékoliv profese. Vzhledem k mobilitě, tedy stále se rozšiřující a proměňující soustavě možností na vzestup, ale i pokles tohoto statusu, stojíme před mnohvrstevnatou problematikou, kterou bude třeba v několika krocích rozklíčovat.

Položme si tedy nejprve otázku, jak nahlížet na sociální status sestry v současné společnosti? Při hledání odpovědi na tuto otázku *je třeba odlišit jednotlivé aspekty společenského statusu*, které tvoří *mocenské postavení* jedince nebo celé skupiny ve společnosti (tedy tzv. *pozic*), od *rolí*, které z dané pozice vyplývají. A je tu ještě typologie statusů. *Vrozený status* bývá založen na tělesných vlastnostech, na postavě, fyzických dispozicích, inteligenci, pohlaví, barvě pleti, kráse či přitažlivosti. *Vrozené dispozice* a charakteristiky mohou tvořit vhodnou konstelaci pro možný společenský vzestup, ale některé mohou životní dráhu jedinci značně zkomplikovat. (Například sestry romského původu, které jsme vzdělávali na naší katedře, měly obvykle daleko těžší podmínky pro studium než jejich spolužačky z majoritní populace.) *Připsaný status* znamená, že do některých pozic se prostě doroste: jiné je společenské postavení ročního dítěte, jiné pubescenta, jiné čtyřicátníka a jiné šedesátiletého, i když jak říkával jeden můj příbuzný: stáří není zásluha, ale náhoda. Rozdíly mezi věkovými skupinami jsou však nepopíratelné. Proti tomu *získaný status* je výsledkem toho, co se jedinec naučil a o co se zasloužil svou aktivitou. Ve školství se říká, že v průběhu školské socializace si jedinec musí nejprve osvojit roli, aby mohl být posléze jmenován do nějaké pozice. V případě ošetřovatelství je tedy vždy nejprve třeba vštípit principy rolového jednání sestry, poté může být do této společenské pozice přijata či chcete-li jmenována.

Mimochodem: nedávno jsem na webu našel vzpomínky jedné sestry, která prošla ve Spojených státech v pozdějším věku kursy ošetřovatelství. Píše následující: První den ve škole (v roli studenta), v rámci osobní rekvalifikace (ze školství do zdravotnictví). 900 stránková učebnice a první (významná) část byla věnována etickým aspektům a měkkým dovednostem. První den ve škole byl věnován nácviku komunikačních dovedností a seznámení s legislativou a s právy pacientů na důstojné a lidské zacházení. Respekt k pacientovi, představit se mu, oslovit ho jménem, vysvětlit podrobně, co ho očekává. Odpovědět na každou otázku. Respektovat jeho důstojnost, zajistit jeho soukromí. Zajistit mu pohodlí a vstřícné zacházení. Poskytnout mu všechny informace a akceptovat jeho názor. Sociální dovednosti a respektování práv pacientů jsou stejně důležité jako odbornost. Nesmí chybět jedno ani druhé.¹ Když se vrátil jeden z mých spolupracovníků ze stáže ve Vídeňské psychoanalytické společnosti, vyprávěl nám o tom, jak jej doslova ohromilo každodenní neobyčejně zdvořilé jednání

¹) Bradley, Jana sdělení na facebooku z 28.8.2017 ve 22.10

s pacienty s duševními potížemi. Co jej fascinovalo, bylo to, že právě respekt a neutuchající laskavost měly již nepřehlédnutelné léčebné účinky...“²

Ale vraťme se k našemu tématu! Dosažený status ve smyslu *pozice* bývá podle sociologa Talcota Parsonse odvozován z významu či důležitosti pro společnost a je posuzován také podle množství práce a talentu vyžadované od osob, které mají dotýčný status získat. Po staletí hrálo kromě dědičných privilegií významnou roli *vzdělání*, která se podle kritérií profesionality stalo nutným předpokladem jejího dosažení. Vzorem se pro veškeré profese staly ty, které historicky jako první dosáhly na univerzitní tituly představující vysvědčení o nejvyšší možné míře dosažitelného vědění a příslušných dovedností. Byly to profese kněze, lékaře a právníka. Všechny tři ale měly ještě jednu dimenzi, která se dnes jakoby ztrácí, ale byla a je zřejmě důležitá pro výjimečné postavení těchto profesí ve společnosti – a to byla skutečnost, že zvláště kněz a lékař pracovali – *s tajemstvím života a smrti*. To těmto profesím dávalo navíc zvláštní mocenský status, který nebýval odvozován od majetku nebo původu, ale běžných tabu, které jsou s nejdůležitějšími problémy života spojeny.

Je-li řeč o společenském statusu, je třeba ještě zmínit dvě dimenze pozic, a to je tzv. *objektivní* a *subjektivní status*. Nechci polemizovat s mýtem objektivity ve společenských vědách, ale tímto typem statusu je míněn ten, který byl zjištěn nějakou výzkumnou technikou, například rozsáhlejším průzkumem. *Subjektivní status* představuje to, jak jedinec prožívá své společenské postavení, A povolání sestry není zdaleka jediné, kde bývá obrovský rozdíl mezi výsledky průzkumů mínění veřejnosti a tím, jak tuto profesi nahlížejí jednotlivé sestry. Podobně bychom našli stejný efekt třeba u učitelské profese a mnoha dalších.

Vstoupíme tedy do důležité oblasti, která v české společnosti obsahuje řadu mýtů a nesprávných tvrzení, vykazujících neuvěřitelnou houževnatost a děděných přes více generací. V učitelství a ošetrovatelství je to především *mýtus nízké prestiže těchto povolání*. Přitom každoročně instituty pro výzkum veřejného mínění publikují žebříčky prestiže jednotlivých povolání, které se mění jen velmi zvolna. Co výzkumy prestiže ukazují? To, že na nejvyšších místech jsou uváděni lékaři ve všeobecných nemocnicích, poté v soukromých zařízeních, vědci, vysokoškolští učitelé a učitelé. Pak následují všechna ostatní povolání.³ Po stávkách lékařů, kdy se organizace sester zachovaly daleko profesionálněji než lékaři vedeni odborářskými fosiliemi připomínající politické pterodaktyly z padesátých let minulého století, se zdravotní sestry doslova vyhouply na třetí až čtvrté místo žebříčku prestiže v této zemi hned za vědci a vysokoškolskými učiteli a o zanedbatelné procentíčko škály se trvale drží na prestižní příčce vedle učitelů; některá léta předběhly i vysokoškolské učitele. Mám silné pochybnosti, že by se učitelům a sestrám mohlo podařit svou prestiž zvýšit, protože ji není kam zvyšovat. V celém světě totiž trvale po celé století drží první příčky žebříčku lékaři. A pokud by hypoteticky došlo k tomu, že by profese učitele a sestry předběhly lékaře, stali bychom se raritou, protože bychom byli první na světě, kde se to podařilo.⁴

Takže ještě jednou k prestiži. Výše dosažené prestiže nekoreluje s platy, což si zřejmě stále mnoho lidí plete. Stačí nahlédnout na každý rok zveřejňované výsledky sociologických průzkumů a věc se začne projasňovat. Je třeba také vzít v úvahu, že pokud byste provedli výzkum, kde by vybrané skupiny obyvatel měly seřadit profese podle prestiže, dostanete analogické výsledky. Ale pokud dáte sestrám nebo učitelkám úkol, aby se pokusily sami sebe zařadit do škály prestiže, vždy uvedou sami sebe o

²) Ústní sdělení rektora Pražské vysoké školy psychosociálních studií doc. PhDr. Jiřího Růžičky, Ph.D.

³) viz k tomu vybrané tabulky prestiže povolání v příloze této stati.

⁴) Prohlásil-li jeden z předchozích ministrů školství, že by chtěl podle svého vlastního desatera zvýšit prestiž učitelů, pak je naprosto evidentní, že nerozumí sociologickým parametrům společenského dění. Za prvé: vůbec není jasné, jak by ministr prestiž mohl ovlivnit, protože to zcela jistě nejde dosáhnout žádným nařízením ani oběžníkem. Za druhé si evidentně plete jako mnozí prestiž a výši platů, které spolu většinou vůbec nekorespondují. Sociologové by vám snadno ukázali, jak v celé řadě zemí právě ti nejbohatší nikdy nejsou na špici tabulek prestiže, protože se na ně veřejnost dívá dost často s jistou mírou podezření a mnohdy dokonce pohrdání.

řadu stupňů níž, než jak je hodnotí veřejnost. Je to zřejmě tím, že při práci s lidmi je vždy velice překerní přesně vyjádřit a ohodnotit dosažené výsledky. Když budete vyrábět televizory nebo automobily, dá se snadno spočítat, kolik jich uděláte za den či za rok. Ale má podobná data k dispozici učitel? Lze změřit, do jaké míry se pacientům daří dnes lépe než včera? Intelektualizované humanitní profese mají tradičně obrovské pochybnosti o tom, jaké jsou vlastně výsledky jejich každodenních aktivit. I když jak říká jedna lékařka: „Já to mám jednoduché, protože každý den vidím, jak se mnohým pacientům ulevuje od bolesti...“

Ve skutečnosti jsou mnohé výsledky práce s lidmi prostě a jednoduše neměřitelné. Většina dobrých hospodyň má například dojem, že jejich práce udržující v chodu domácnost je hluboce nedocenená, protože je prostě a jednoduše neviditelná. Ale zkuste hospodyně nabídnout, že když si okolí tak málo cení její práce, tak že za ni uvaříte a uklidíte... Proč uvádím tuto banalitu? Protože se za ní skrývá další v dnešní době neobyčejně sledovaný problém. A to je otázka *sebepojetí (self-concept)*, se kterou souvisí jak *sebeúcta (self-esteem)* tak proces tzv. *sebehodnocení (self-evaluation)*, tedy to, za jak cenou a důležitou osobu se každý považuje, na čem vlastně zakládá a staví svou vlastní identitu. Na tomto základě si pak každý z nás vytváří svou vlastní představu, jak jej hodnotí druzí. A nenechajme se v této souvislosti ovlivnit hloupými televizními seriály, jako je například *Ordinace v růžové zahradě*, u které existuje poměrně velká shoda mezi lékaři a sestrami, že jde o nesmysl, který deklasuje obě jejich profese.

Dovolím si nyní malou exkurzi do minulosti, abychom si ujasnili, o čem vlastně je řeč, když mluvíme o rolích sestry. Již filosof Platón rozlišoval *doxá* a *epistéme*, tedy mínění lidí a skutečné vědění. Popisujeme-li takové skutečnosti jako je prestiž, tak se stále ještě pohybujeme v oblasti výzkumů veřejného mínění, které může být jak odhalující, tak vysoce zavádějící. Je charakteristické, že veřejné mínění si vybírá efemérní idoly a hvězdičky, staví na piedestal politiky, po nichž zítra neštěkne ani pes, podobně jako může mít vysokou prestiž úspěšný psychopat, zloděj nebo podvodník. Tím nechci shodit pod stůl výzkumy veřejného mínění jako takové, zvláště ne žebříčky prestiže povolání.⁵ Jenom upozorňuji na základ, od něhož se prestiž odvíjí – a ten je jediný, protože je to *oblast lidských názorů*, řečeno moderně: *veřejného mínění*.

Podle mne jsou výsledky výzkumů prestiže po desetiletí od roku 1989 daleko stabilnější, než by se dalo očekávat. Zkuste se zeptat okolí, co si lidé vlastně myslí o povolání, sestry, učitele, poslance či policisty. Zjistíte nakonec to, že prestiž učitelů a sester je velmi vyrovnaná, že policisté si po listopadu 1989 polepšili a ze spodních příček se dostali již do poloviny tabulky, zatím co poslanci jsou na předposledním místě – a za nimi jsou již jenom uklízečky.

A tak se dostáváme k dynamickému aspektu statusu, který se označuje termínem *role*. Role jsou v sociologii definovány jako normativní vztah, protože představují soubor práv a povinností vyplývajících z dané pozice. Jde vlastně o soubor očekávání, které okolí vztahuje k jednání nositele role. Role si tedy neurčujeme sami, ale jsou nám předepsány zvnějšku, mnohé dokonce dříve, než do nich vstoupí konkrétní lidé. A protože toto očekávání je druhými lidmi současně normováno, tak to znamená, že při naplnění toho, co se od nás očekává, dostává jedinec *odměny (pozitivní sankce)* v podobě úsměvů, pochval, pohlazení, financí či medailí, pokud ovšem nesplníme tato očekávání, uvalí okolí na jedince tzv. *negativní sankce* od odvráceného pohledu, pomluv, až po tělesné tresty a zabití podle rozsahu provinění a tradic dané society. Role je tedy především vynucené chování, a proto je třeba nejprve porozumět požadavkům society na danou roli, poté do ní lze teprve vstoupit a vykonávat ji.

Role není nic jednoduchého, neboť požadavky okolí bývají disparátní. Například role sestry je spojena s očekáváním více skupin lidí. Na jedné straně jsou to lékaři a management nemocnic, na straně

⁵) Výzkumy veřejného mínění nedělá jedna sociologická agentura, lze tedy srovnat jejich výsledky, které ale vykazují velkou shodu. Nejčastěji se objevují a jsou komentovány v tisku zprávy agentury CVVM. A navíc významně korespondují s výsledky zkoumání prestiže povolání v jiných vyspělých zemích.

druhé pacienti, dále pak spolupracovníci a spolupracovnice – a konec konců i široká veřejnost a příbuzní nemocných, včetně potencionálních pacientů, kteří mají odlišná očekávání.

Role je považována za dynamický aspekt statusu, což je definice, za kterou se ztrácí skutečnost, že každá profese se může dostat do rozporu s rolí, pokud bude příliš vyhovovat požadavkům jedné vztahné skupiny, protože pak snadno podcení požadavky skupin dalších. Absurdita příkladů, kdy by sestra vyhovovala pouze přání pacienta a nechala stranou požadavky lékaře je tak za vlasy přitažený, ale asi nemá cenu ani uvádět další možnosti podobných nedorozumění. Ale vedle toho je zde i tzv. *konflikt rolí*, který představuje vnitřní problém jedince, komu a čemu se věnovat v okamžiku, kdy je na něj vyvíjen nátlak z více stran. U žen bývá poměrně typický konflikt rolí v okamžiku, kdy je například profese vede ke značné emoční a citové angažovanosti, které se jí poté nedostává v osobním životě vůči partnerovi, vlastním dětem a podobně. Všechna veřejně prospěšná povolání jsou v dnešním světě čím dál ostřeji těmto vnitřním konfliktům vystavována – a není vůbec s podivem, že ženy lékařky, sociální pracovnice, zdravotní sestry, právničky, učitelky vyhledávají stále častěji pomoc terapeutů nebo je v horším případě najdeme mezi klientkami protialkoholních léčeben. S. Exupéry kdysi prohlásil, že „největší luxus jsou mezilidské vztahy“. Ale dodejme, že právě proto jsou také nejvíce zatěžující a nejobtížněji zvládnutelné. A není asi na světě nikdo, kdo by se zavděčil všem a dokázal s každým bezproblémově vyjít; sociálně angažované profese jsou prostě těmi, které jsou psychicky náročné a bez konfliktů se v nich téměř nikdo neobejde.

Chceme-li porozumět tomu, jaká je vlastně povaha rolí, bude vhodné připomenout některé historické souvislosti. V úvodu slavného pedagogického románu Emil čili o výchování Jean-Jacques Rousseau uvádí, že nechce vychovat kněze, kupce nebo vojáka, ale člověka. Rousseau byl zřejmě jako jeden z prvních uvědomil, že nastává doba, kdy bude třeba odlišit člověka jakožto lidskou bytost od pojetí hráče různých rolí či v tehdejší terminologii – profesí. A toto rozštěpení nás provází celým novověkem a dále se prohlubuje. Znovu tento problém nastolila sociologie v druhé polovině dvacátého století, kdy například Ralph Dahrendorf položil v knize *Homo sociologicus* otázku, jaká je vlastně vazba mezi pojetím člověka jako svobodné a tvůrčí osobnosti a hráčem rolí určených zvnějšku. Na to pak navázali myslitelé konce století, kteří se začali systematictěji zabývat otázkou lidské svobody a tím, zda jsme v rolích uvěznění jako v kriminále, nebo máme nějakou možnost svobodnějšího jednání. Jak se také vhodně vyrovnat s řadou požadavků kladených na člověka druhými; tedy zvláště těch požadavků, které nemusí odpovídat jeho zaměření, morálnímu přesvědčení či představě důstojného života. Tehdy se začalo mluvit o *technikám manipulace s rolemi, hraní rolí se zatátnými zuby, distance od rolí* apod. Shrňme-li výsledky těchto studií, lze říci, že s rolí je možné si i hrát a mít k ní odstup, ale za podmínky, že nejprve dobře porozumím tomu, co vlastně role jsou, jak vznikají a co vnášejí do našich životů.

Na tomto místě bych měl připomenout emancipační verzi filosofické antropologie, která učí jedince bránit se tomu, aby sám sebe považoval jen za bytost, která nedokáže mít nadhled a odstup od toho, co jej ovlivňuje v jeho jednání. Porozumět svému vlastnímu údělu a hledat odpověď na otázku, kdo jsem, patří k našemu lidskému údělu. Podle filosofa Jana Patočky život má i jiné rozměry než jenom služebnost, neboť je třeba mít na paměti duchovní aspekty našeho bytí. Proto také odlišoval intelektuála a *duchovní bytost*, protože ta dokáže natrvalo zvažovat vyšší smysl a daleko náš lidský osud přesahující aspekty bytí, které teprve umožňují porozumět smyslu našeho pobytu na zemi jako takovému. To ovšem není záležitost nějakého náhlého prozření, náboženského procitnutí nebo jednorázového obratu, ale celoživotního hledačství, jak ji popsala filosofie již ve svých počátcích u Platóna a dalších myslitelů.

Duchovní cesta není cestou nevědomou, čistě intuitivní nebo náhodnou. Ale v jistém smyslu závisí i na předchozím vzdělání a poté na nastavení cílů, které si lidé v životě kladou před sebe. A tady stojíme v rozpacích, protože právě otázka vzdělání budoucích sester je dnes vysoce překerní záležitostí, o níž je obtížné předpovídat, kam se vlastně bude nadále ubírat. Přitom je nesporné, že právě ta bude v budoucnosti výrazně ovlivňovat sociální status nejen sester, ale i dalších profesí. Jak poznamenal

poslanec MUDr. Svoboda v parlamentní debatě, současný zákon o vzdělávání sester je dobový a dočasný kompromis řešící aktuální stav, ale záhy bude nutné celou tuto otázku řešit znovu.

Co k tomu dodat: volba současného řešení je ovlivněna dlouhodobým nedořešením celé řady otázek vzdělávání budoucích sester. Jednou z determinant současného stavu je i to, že se nepodařilo transformovat obor ošetřovatelství po listopadu 1989, kdy bylo poměrně jednoduché prosadit politickou cestou nejrůznější možné varianty. Dnes je situace zcela odlišná, navíc výrazně zkomplikována dělením studia a dalšími kroky EU v oblasti vysokých škol. Současný stav nouze artikulovaný jako akutní nedostatek sester rozhodně nevyřeší problematický zákon; domnívám se dokonce, že spíše krizi paradoxně prohloubí a urychlí nutnost ji dále řešit. Na stůl se tak mimo jiné vrátí i požadavek vytvořit pro sestry důstojnější pracovní a životní podmínky, včetně dořešení platových otázek.

Obecně je třeba připomenout i to, že vláda za dobu svého fungování snížila postupně rozpočet na vysoké školy nejméně o 14 procent, což se v provozu některých škol projevuje dosti drasticky. Do situace také energicky vstupují různé lobující skupiny, stranické zájmy a samozřejmě zájmy soukromých VOŠek a vysokých škol. Jestliže počátky vysokoškolského vzdělávání sester lze ve Spojených státech klást do období kolem první světové války, v českých zemích se jej podařilo realizovat zhruba před půlstoletím, nejprve ovšem tak, že se jednalo o předepsané vysokoškolské vzdělání učitelek na středních zdravotnických školách. Teprve důkladnou komparací vysokoškolských studií ve vyspělých zemích lze uvážit, jaké trendy v tomto typu vzdělání bude třeba nastavit a prosadit. Dnešní nouzový stav také znovu poukázal na skutečnost, že další emancipační kroky ve vzdělávání sester bude třeba směřovat k promýšlení a propracování kompetencí získávaných postupně na středních, nástavbových a plnohodnotných vysokoškolských studiích. To se neobejde bez diskuse a konsenzu lékařů a sester, což bude dlouhá cesta, na níž bude nutné se vypořádat s mnoha předsudky a stereotypy, které jsou hluboce zakořeněné na obou stranách. Ale na straně sester stojí budoucnost. Za krizí jejich stavu již buší na dveře i krize odvíjející se od stárnutí a odchodů lékařů u nás; a již dnes je evidentní, že nikdy v budoucnosti nebude možné rozšiřovat nějak markantně právě jejich počty. To přinese důležitý obrat: bude třeba nutné radikálně přehodnotit vzájemnou dělbu kompetencí a řada ošetřovatelských úkonů přejde do rukou vzdělaných sester – až je ovšem vysoké školy dokáží vychovat. Řešit současný prohlubující se problém profesí sestry a jejího společenského postavení bude nutné řešit z celé řady hledisek, kde platy budou jen jednou z mnoha položek.

Jedním z kroků, který bude nesmírně náročný, bude nastoupení cesty k nově promýšlené koncepci vysokoškolského studia. Prvním počinem na této cestě bude získání dostatečného množství vzdělaných odborníků, aby bylo možné toto studium akreditovat a rozšířit. Dalším počinem bude vedle výuky nutnost posílit vědeckobadatelskou aktivitu v oboru ošetřovatelství tak, aby se stalo rovnocenným partnerem řady stávajících vysokoškolských studií. Samotná profesie sestry projde zjevně dalšími transformačními kroky, a je otázka, zda se namísto obav z jakékoliv změny dokážeme naopak těšit na kvalitativní zlepšení současného stavu. Mimochodem množství úkolů, která máme před sebou, poukazuje na množství práce, které bude třeba vykonat. To znamená, že nezaměstnanost věru nehrozí. A to i přesto, že v běhu na dlouhou trať bude zapotřebí nejen vynaložit „pot, krev a slzy“, ale i obrovské úsilí. První kroky na této cestě znamenají přijmout některé praktické zásady:

- 1) nenechat se otrávit,
- 2) mít na mysli vzdálený cíl, který bude nejen kultivovat profesi, ale lidsky i všechny ty adeptky, které se budou chtít věnovat tak humánnímu oboru, jakým ošetřovatelství od počátku bylo, je a doufejme, že i bude,
- 3) koncentrovat další úsilí k dosažení plnohodnotné profesionalizace s rozumnou mírou regulace a pravidel včetně dobře nastaveného etického kodexu,
- 4) nikdy nepustit ze zřetel, že cílem není získat tabulkové uznání ve výzkumech veřejného mínění, ale dosáhnout zlepšení každodenní péče o trpící a nemocné,

5) nepřemýšlejme o profesi sestry jen skrze pozice, role a dosaženou prestiž, ale především z hlediska vlastního, osobního poslání, tedy té duchovní dimenze, která obohacuje lidské bytí, protože sestra je ve smyslu lidských práv nejprve plnoprávná a plnohodnotná lidská bytost - a teprve ve společnosti se aktuálně stává hráčem přidělených rolí.

Korespondence:

doc. PhDr. Jaroslav Koťa
Katedra pedagogiky FF UK v Praze
jaroslav.kota@ff.cuni.cz

Příloha:

Vybrané tabulky prestiže povolání podle výzkumů IVVM

[Prestiž povolání úterý 2. dubna 2013 tisková zpráva, výzkum](#)

V červnovém šetření zkoumalo CVVM prestiž vybraných povolání u české veřejnosti. Učitelé jsou na 5. místě za zdravotními sestrami a před soudci.

Tabulka 1: Prestiž povolání (průměrné bodové hodnocení) v letech 2004-2012

Profese	11/2004 Průměr		6/2007 průměr	pořadí	6/2011 průměr		6/2012* průměr	pořadí
Lékař	89,5	1.	89,8	1.	89,1	1	90,4 (92,3)	1
Vědec**	80,7	2.	81,8	2.	75,4	2	80,3 (66,9)	2
Učitel na vysoké škole	78,5	3.	78,2	3.	72,4	4	75,9 (73,8)	3
Zdravotní sestra					73,9	3	75,5 (76,0)	4
Učitel na základní škole**	71,3	4.	70,7	4.	70,3	5	72,4 (69,1)	5
Soudce**	64,8	6.	65,0	7.	61,0	7	65,8 (68,5)	6
Projektant	64,1	7.	65,5	6.	61,7	6	63,7 (63,7)	7
Programátor	66,3	5.	65,7	5.	60,8	8	62,1 (63,3)	8
Soukromý zemědělec	59,1	10.	59,0	8.	60,3	9	59,1 (63,3)	9
Truhlář	50,8	16.	51,4	14.	53,2	12	55,1 (55,8)	10
Starosta**	60,1	8.	57,4	9.	52,6	14	54,4 (51,7)	11
Policista**	47,6	20.	52,1	13.	53,9	11	53,5 (53,5)	12
Účetní	53,5	14.	51,3	15.	54,1	10	52,7 (55,0)	13
Majitel malého obchodu**	51,2	15.	50,1	16.	51,4	15	51,8 (50,7)	14
Profesionální sportovec	56,1	11.	55,6	10.	51,2	16	51,8 (54,3)	15
Manažer**	59,4	9.	55,4	11.	53,0	13	51,3 (53,7)	16
Opravář elektrospotřebičů	50,2	17.	49,7	18.	-			
Soustružník	47,7	19.	49,0	19.	-			
Voják z povolání	44,8	22.	46,4	21.	48,3	17	48,6 (49,3)	17
Novinář**	54,4	12.	53,0	12.	46,5	20	48,1 (50,4)	18
Stavební dělník					48,1	18	46,9 (50,3)	19
Bankovní úředník	50,2	18.	48,7	20.	46,9	19	45,6 (48,2)	20
Prodávač	42,8	24.	41,5	23.	43,6	21	43,1 (44,2)	21
Kněz	46,1	21.	43,2	22.	42,8	22	42,7 (43,7)	22
Sekretářka	43,7	23.	40,5	24.	41,4	23	41,1 (40,7)	23
Ministr	53,8	13.	50,0	17.	38,0	24	39,8 (36,5)	24
Uklízečka	29,4	26.	29,0	26.	34,0	25	32,8 (32,7)	25
Poslanec	39,9	25.	36,5	25.	27,0	26	25,4 (24,2)	26

* V sloupci jsou bez závorky uvedeny průměrné hodnoty prestiže zjištěné na té polovině šetřeného souboru (511 respondentů), kde se dotazoval shodný seznam profesí, jako v roce 2011 (tj. bez modifikací na ženský rod u vybraných povolání). V závorce jsou pak uvedeny průměry za druhou polovinu souboru (523 respondentů), kde došlo k přeměně rodu u následujících profesí (viz další poznámka). Pořadí vychází z nemodifikovaného seznamu profesí.

** Na druhé polovině souboru byla zjišťována prestiž vědkyně, učitelky, soudkyně, starostky, majitelky malého obchodu, manažerky, novinářky.

Tabulka 2 ukazuje, že při použití jiné metody zkoumání jsou zjištění odlišná.

Tabulka 2: Prestiž povolání (průměrné bodové hodnocení) v letech 2011 a 2012 – rozdíly podle rodu povolání

	2011		2012	
Vědec/vědkyně	75,4	73,9	80,3	66,9
Učitel na ZŠ/učitelka na ZŠ	72,4	74,0	72,4	69,1
Zdravotní sestra/zdravotní bratr	73,9	64,7		
Starosta/starostka			54,4	51,7

Pozn.: V roce 2011 odpovídali všichni respondenti na přímou otázku, jakou má prestiž povolání vědce, vědkyně, učitele, učitelky atd. V roce 2012 byl výzkum rozdělen na dvě poloviny, přičemž polovina respondentů měla v seznamu povolání vybrané profese uvedeny v mužském rodě, polovina v rodě ženském (o existenci druhé varianty dotazníku respondenti nebyli informováni).

Realizátor: Centrum pro výzkum veřejného mínění, Sociologický ústav AV ČR

Projekt: Naše společnost – projekt kontinuálního výzkumu veřejného mínění CVVM SOÚ AV ČR

Prestiž povolání (průměrné bodové hodnocení) v letech 2004–2016 CVVM

Profese	11/2004		6/2007		6/2011		6/2013		2/2016	
	prům.	poř.	prům.	poř.	prům.	poř.	prům.	poř.	prům.	poř.
Lékař	89,5	1.	89,8	1.	89,1	1.	91,5	1.	90,2	1.
Vědec	80,7	2.	81,8	2.	75,4	2.	76,3	2.	77,2	2.
Zdravotní sestra					73,9	3.	74,8	3.	72,9	3.
Učitel na vysoké škole	78,5	3.	78,2	3.	72,4	4.	74,6	4.	72,9	4.
Učitel na základní škole	71,3	4.	70,7	4.	70,3	5.	71,1	5.	70,8	5.
Soudce	64,8	6.	65,0	7.	61,0	7.	66,3	6.	64,0	6.
Projektant	64,1	7.	65,5	6.	61,7	6.	62,6	8.	61,2	7.
Programátor	66,3	5.	65,7	5.	60,8	8.	59,7	9.	59,7	8.
Soukromý zemědělec	59,1	10.	59,0	8.	60,3	9.	63,9	7.	58,2	9.
Policista	47,6	20.	52,1	13.	53,9	11.	55,7	10.	56,3	10.
Starosta	60,1	8.	57,4	9.	52,6	14.	53,1	13.	54,1	11.
Voják z povolání	44,8	22.	46,4	21.	48,3	17.	49,7	16.	53,6	12.
Truhlář	50,8	16.	51,4	14.	53,2	12.	55,6	11.	52,0	13.
Účetní	53,5	14.	51,3	15.	54,1	10.	52,3	14.	50,4	14.
Majitel malého obchodu	51,2	15.	50,1	16.	51,4	15.	54,8	12.	50,1	15.
Profesionální sportovec	56,1	11.	55,6	10.	51,2	16.	47,6	18.	49,3	16.
Opravář elektro	50,2	17.	49,7	18.	-	-	-	-	-	-
Soustružník	47,7	19.	49,0	19.	-	-	-	-	-	-
Manažer	59,4	9.	55,4	11.	53,0	13.	50,2	15.	48,8	17.
Ministr	53,8	13.	50,0	17.	38,0	24.	37,9	24.	46,5	18.
Stavební dělník					48,1	18.	49,3	17.	44,0	19.
Bankovní úředník	50,2	18.	48,7	20.	46,9	19.	45,7	19.	42,4	20.
Novinář	54,4	12.	53,0	12.	46,5	20.	43,8	21.	41,2	21.
Kněz	46,1	21.	43,2	22.	42,8	22.	38,0	23.	41,2	22.
Prodavač	42,8	24.	41,5	23.	43,6	21.	44,7	20.	40,3	23.
Sekretářka	43,7	23.	40,5	24.	41,4	23.	40,0	22.	37,3	24.
Poslanec	39,9	25.	36,5	25.	27,0	26.	25,1	26.	31,2	25.
Uklízečka	29,4	26.	29,0	26.	34,0	25.	34,2	25.	28,9	26.

Zdroj: CVVM SOÚ AV ČR, v.v.i., Naše společnost 8. – 15. 2. 2016, 1080 respondentů starších 15 let, osobní rozhovor.

IMAGE SESTRY OČAMI LAICKEJ VEREJNOSTI

Oľga Kabátová, Silvia Puteková

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita v Trnave

Súhrn:

Profesia sestry má vysoké spoločenské postavenie, ale tak ako zdravotná starostlivosť i obraz profesie a image sestry sa neustále mení. Cieľ: Cieľom prieskumu bolo zistiť, aký je reálny pohľad laickej verejnosti na profesiu a image sestry. Metodika: Kvantitatívny prieskum bol realizovaný pomocou metódy dotazníka vlastnej konštrukcie. Výber respondentov bol zámerný. Výberový súbor tvorili respondenti spĺňajúci nasledujúce kritériá: súhlas s prieskumom, vek 18 a viac rokov, laik/nezdravotník. Celková prieskumná vzorka bola tvorená 132 respondentmi. Získané údaje boli spracované popisnou štatistikou v programe Microsoft Excel. Výsledky: Vyhodnotením údajov sme zistili, že 61% laickej verejnosti vníma sestru ako pomocníčku lekára, ktorá na výkon svojho povolania nepotrebuje vysokoškolské vzdelanie. Pozitívnym zistením bolo, že rola sestry a lekára je podľa verejnosti rovnako dôležitá a navzájom sa musí dopĺňať. Najdôležitejšia vlastnosť u sestry je ľudskosť (64%) a zmeny by verejnosť prijala najmä v oblasti komunikácie (74%). Profesia sestry patrí podľa 85 % verejnosti medzi popredné povolania, podľa 61% je toto povolanie na výkon náročné a nedostatočne finančne ohodnotené (76%). Skúsenosti s prácou sestry sú hodnotené verejnosťou v 73% pozitívne. Záver: Na základe výsledkov prieskumu odporúčame šíriť a vykonávať osvetu laickej verejnosti najmä pomocou médií o postavení sestier v spoločnosti, o kompetenciách vyplývajúcich z vyhlášky MZ SR č. 528/2004 a o dôležitosti vzdelávania sestier.

Kľúčové slová: image, ošetrovatelstvo, profesia, laická verejnosť.

Korespondence:

PhDr. Oľga Kabátová, PhD.
Trnavská univerzita v Trnave
FZaSP, Katedra ošetrovatelstva
Univerzitné nám. 1
917 23 Trnava
e-mail: olga.kabatova@truni.sk

AUTONÓMIA V POVOLANÍ SESTRA

Monika Jankechová, Zuzana Bystrická, Katarína Pechová

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce sv. Ladislava, Nové Zámky

Súhrn:

Ošetrovatelstvo ako povolanie má systematickú teóriu, autonómiu, prestíž, etický kódex, profesionálnu kultúru a má byť hlavným zdrojom príjmov pre tých, čo ho praktizujú. Pojem autonómia v povolání sestry vnímame mnohodimenzionálne. Za najvýznamnejší obsah pojmu autonómia sestry považujeme jej spôsobilosť na samourčovanie slobodnej vôle, rozhodovanie o sebe samej. Nemenej dôležitý aspekt autonómnosti v ošetrovatelstve je schopnosť sestry rozhodovať o iných, predovšetkým v situáciách ohrozujúcich život jednotlivca, ako aj u klientov/pacientov s deficitom sebaopateru. Pripravované zmeny rezortu zdravotníctva v oblasti kompetencií sestry na Slovensku si budú vyžadovať autonómne sestry, sestry zodpovedné za vlastné ošetrovateľské rozhodnutia a výkony, zodpovedné za profesionálnu kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti v etickej, aj právnej rovine.

Kľúčové slová: *Autonómia; Sestra; Povolanie; Etický kódex*

Autonomy in profession nurse

Summary:

Nursing as a profession has systematic theory, autonomy, prestige, ethical code, professional culture, and should be the main source of income for those who practice it. We perceive the notion of autonomy in the profession of a nurse as multidimensional. The most important content of the concept of nurse autonomy is her ability to self-pursue free will, self-determination. An important aspect of autonomy in nursing is the nurse's ability to make decisions about others, particularly in situations that endanger the life of the individual, as well as in clients / patients with self-care deficiency. Prepared changes to the health sector in the area of nursing competence in Slovakia will require autonomous nurses, nurses responsible for nursing decisions and caretakers, responsible for the professional quality of nursing care in both ethical and legal terms.

Key words: *Autonomy; Nurse; Profession; Ethical code*

Úvod

Filozofia pojem autonómia vymedzuje ako samourčovanie slobodnej vôle, ku ktorému je spôsobilý človek ako rozumná bytosť. Slovenský synonymický slovník definuje autonómiu ako samostatnosť, teda možnosť a schopnosť sám o sebe rozhodovať, ako aj konať. Autonómia môže byť tiež vnímaná ako nezávislosť, samobytnosť. V zdravotníctve sa pod autonómnosťou rozumie samovoľnosť alebo spontánnosť.

Vlastný text

Ošetrovatelstvo ako povolanie má systematickú teóriu, autonómiu, prestíž, etický kódex, profesionálnu kultúru a má byť hlavným zdrojom príjmov pre tých, čo ho praktizujú. Ošetrovatelstvo ako vedný odbor integruje mnohé poznatky z iných odborov zaoberajúcich sa štúdiom človeka, prostredia a spoločnosti. Pre ošetrovatelstvo je charakteristický komplexný a holistický prístup k človeku pri zachovávaní a podpore zdravia, pri prevencii a starostlivosti o chorého.

Svetová zdravotnícka organizácia (1995, In Salvageová) definovala povolanie sestry nasledovne: „Sestra je osoba, ktorá je formálne uvedená do ošetrovateľského vzdelávacieho programu, náležite uznaného v krajine, v ktorej sa nachádza, úspešne ukončila predpísané štúdium ošetrovateľstva a získala požadovanú kvalifikáciu pre získanie diplomu a/alebo legálne oprávnenie na vykonávanie ošetrovateľskej praxe. Sestra pomáha jednotlivcom, vrátane pacientov, rodín a skupín, pri determinovaní a presadzovaní svojho fyzického, mentálneho a sociálneho potenciálu, v zhode s prostredím, v ktorom žijú a pracujú. Sestra potrebuje kvalifikáciu na rozvoj a vykonávanie činností, ktoré slúžia podpore a udržaniu zdravia a predchádzaniu chorobám. Sestra podporuje aktívne zapájanie sa jednotlivcov, vrátane pacientov a ich rodín, priateľov, sociálnych skupín a verejnosti do všetkých aspektov zdravotníckej starostlivosti a tak podporuje ich sebadôveru a samorozhodovanie v procese tvorby zdravého prostredia“.

Ošetrovateľstvo ako odbor akceptuje štyri hlavné funkčné role sestier, ktoré priamo súvisia s poslaním v spoločnosti. Poskytovanie a riadenie ošetrovateľskej starostlivosti (podpornej, preventívnej, liečebnej, rehabilitačnej alebo pomoc jednotlivcom, rodinám alebo skupine) sa najefektívnejšie poskytuje v sérii logických krokov, ktoré sa realizujú metódou ošetrovateľského procesu. Funkcia - aktívne a účinné začlenenie sestry do zdravotníckeho tímu predstavuje spoluprácu s jednotlivcami, rodinami, komunitami a s ďalšími zdravotníckymi profesionálmi pri plánovaní, riadení, organizovaní a vyhodnocovaní efektivity ošetrovateľských služieb, vystupovanie v pozícii vodcu ošetrovateľského tímu, spoluprácu s členmi multidisciplinárnych a multisektoriálnych tímov, delegovanie ošetrovateľských aktivít a úloh, spoluprácu s klientom/pacientom pri realizácii plánu ošetrovateľskej starostlivosti, aktívne zapájanie sa do koncepcie programov, určovania priorít a hľadania zdrojov a zapájanie sa do reforiem zdravotníckej starostlivosti na miestnej, regionálnej a celoštátnej úrovni, zverejňovať výsledky správ. Výchova a vzdelávanie klientov/pacientov sestrou, ako aj zdravotníckeho personálu zahŕňa zistenie individuálnych vedomostí a zručností, ktoré sa vzťahujú k udržiavaniu a obnove zdravia, prípravu a poskytovanie informácií na primeranej úrovni, pomoc sestrám a iným zdravotníckym pracovníkom získať nové vedomosti a zručnosti, organizovanie výchovných a vzdelávacích akcií a ich vyhodnocovanie. Funkcia - rozvoj ošetrovateľskej praxe, kritického myslenia a výskumu predstavuje pochopenie a praktickú aplikáciu špecifických vedomostí a zručností, ktoré sú podložené výskumom, využívanie vedomostí a metód, vyplývajúcich z humanitných, biologických, behaviorálnych a fyzikálnych vied, teórie riadenia a vzdelávania, aplikovanie kritického úsudku, s využívaním kreatívneho, logického, intuitívneho a analytického myšlienkového procesu, čo hneď dodáva ošetrovateľskému procesu novú dimenziu, teoreticky a prakticky zvládnuť techniky a metódy výskumnej práce s podieľaním sa na ošetrovateľskom výskume (Salvageová, 1995).

Etický kódex sestry uvádza, že sestra je zodpovedná za vlastné ošetrovateľské rozhodnutia a výkony, je zodpovedná za profesionálnu kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti. Zúčastňuje sa na formulovaní, realizácii a hodnotení noriem (štandardov) ošetrovateľstva. Sestra pri preberaní zodpovednosti za úlohy, ktorými bola poverená zdravotníckymi pracovníkmi, je oprávnená ich prijať len vtedy, ak si je istá, že je spôsobilá na ich výkon z hľadiska svojho vzdelania, vedomostí, schopností a rozsahu skúseností. Rovnako musí postupovať pri delegovaní ošetrovateľských úkonov na iné osoby.

Je poskytovateľom starostlivosti, autorom rozhodnutí, komunikátorom a manažérom v záujme mobilizácie a koordinácie dostupných zdrojov v uspokojovaní potrieb klienta/pacienta a komunit.

Na vykonávanie povolania sestry je potrebný vysoký stupeň osobnej disciplíny, ktorá sa trvale prejavuje v nárokoch na úrovniach každého rozhodnutia a konania. Profesia sestry si vyžaduje nielen kritické myslenie, odborné vedomosti na vysokej úrovni, ale najmä praktické zručnosti. Rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom vymedzuje toho času Vyhláška MZ SR č. 364/2005 Z. z.

Závodná (2005) uvádza, že profesia sestry sa musí vyznačovať okrem odbornej spôsobilosti:

- súborom vedomostí, schopností a zručností,

- komunikatívnou a sociálno – interakčnou spôsobilosťou,
- intrapersonálnou a interpersonálnou spôsobilosťou,
- zmyslom pre službu verejnosti,
- etickým prístupom, oddanosťou práci a pacientom,
- prijímaním zodpovednosti za výkon ošetrovateľských činností a za existujúci súbor výkonových štandardov,
- autonómiou rozhodnutí vo vybraných oblastiach vlastnej pracovnej činnosti,
- aplikáciou výsledkov výskumu a teórie v praxi,
- spôsobilosťou permanentne hodnotiť (spätnou väzbou, reflexiou a analýzou) svoju prácu,
- dôverou jednotlivých pracovníkov v profesii a pracovníkov v tíme.

Ošetrovateľstvo má svoje koncepcie, rôzne modely, ktoré majú spoločného menovateľa v tom, že pojednávajú o klientovi/pacientovi, ktorý je nezávislý, sebastačný a/alebo autonómny v uspokojovaní potrieb.

„Ošetrovateľstvo je proces riešenia problémov klienta/pacienta prostredníctvom poskytovania pomoci. Hlavným cieľom ošetrovateľstva je udržať jedinca sebastačného, nezávislého na svojom okolí tak, aby bol schopný hodnotne žiť. V situáciách, keď vlastný potenciál jedinca nestačí, nahradzuje úbytok sebastačnosti pacienta/klienta sestra vhodnou ošetrovateľskou starostlivosťou“ (Pavlíková, 2007, s. 46; In Farkašová a kol., 2001; Jarošová, 2003; Solár, 1996). Oremová vymedzuje asumpcie, že „ľudia majú vrodenu schopnosť starať sa o seba, majú schopnosť sebakorekcie a nezávislosti. Schopnosť starať sa o seba i závislá starostlivosť sú dôsledkom potrieb jedinca a požiadaviek na homeostázu“ (Pavlíková, 2007, s. 53).

Helus, Z. et al. (2012, s. 39 – 40) charakterizujú profesiu ako založenú na vedecky fundovanej činnosti v oblasti spoločenskej praxe, ktorá je jej príslušníkmi zdieľaná, rozvíjaná a umožňuje reflexiu smerujúcu ku kritickému hodnoteniu a zlepšovaniu. Profesionálna autonómia znamená slobodné a záväzné rozhodovanie, ktoré sestra vykonáva v rozsahu činností svojej profesie, v súlade s hodnotami profesie. Autonómna prax je efektívna len vtedy, ak sú jasne stanovené ošetrovateľské postupy.

Sestry ako profesionálna skupina sú schopné prevziať zodpovednosť za svoju profesiu a za svoju prácu, a to i v podmienkach, ktoré v slovenských zdravotníckych zariadeniach nie sú práve najoptimálnejšie (Hulková, 2005).

Ďalej uvádzame názory a postoje zdravotníckych profesionálov, prezentované v poslednom polroku v médiách v problematike budúcich kompetencií a autonómie sestry na Slovensku.

Podľa SKSaPA vo viacerých zdravotníckych zariadeniach už teraz sestry špecialistky realizujú výkony, ktoré zákon povoľuje iba lekárovi. „Skúsené sestry vo viacerých nemocniciach cievkujú mužov a deti, zavádzajú a vyberajú kanylu do žily pacienta, vyberajú stehy z operačných rán, upravujú dávky kontinuálnych liekov pri liečbe napríklad bolesti a podobne. Už niekoľko rokov upozorňujeme na to, že v intenzívnej starostlivosti by napríklad sestry špecialistky podľa schválených štandardizovaných postupov a na základe indikácie lekára mohli pomáhať pacientom pri liečbe bolesti a úprave dávok liekov, v chirurgii vyberať stehy pri nekomplikovaných ranách“ myslí si PhDr. Milan Laurinc, PhD., člen Rady a Prezídia SKSaPA.

Sestry by podľa komory mohli predpisovať špeciálny zdravotnícky materiál ako obvazy, plienky, podložky, pomôcky pre inkontinentných, materiál na ošetrovanie rán a podobne, ale aj vybrané lieky a zdravotnícke pomôcky u pacientov, ktorí sú stabilizovaní v dlhodobej starostlivosti praktického lekára alebo špecialistu.

Tiež rozšírenie kompetencií ambulantných sestier by podľa komory mohlo v skutočnosti zefektívniť prácu v ambulancii a znížiť čakanie pacienta na vyšetrenie.

Ďalšou rozšírenou kompetenciou by podľa medicínskeho riaditeľa spoločnosti Svet zdravia MUDr. Roberta Hilla mohlo byť odoberanie anamnézy sestrou a vykonávanie základného fyzikálneho vyšetrenia pacientov, ktorí prichádzajú do nemocnice na plánovanú hospitalizáciu. „Nutne však potrebujeme vytvoriť aj novú kategóriu sestry, ktorá sa v západoeurópskych krajinách označuje ako Advanced Practitioner“ dodal Robert Hill. Akú podobu bude mať legislatívny návrh z dielne MZ SR, zatiaľ nie je úplne známe. (www.sksapa.sk/.../zdravotnicke-noviny-kompetencie-sestier-sa-rozs...)

Záver

Záverom považujeme za vhodné uviesť citát z práce M. M. Stylesovej: „Pretože zložitost zdravotnej starostlivosti a sociálneho prostredia vzrastá, ošetrovateľstvo sa nachádza v procese tvorby vlastného osudu v rámci nových hraníc. Na mnohých miestach ošetrovateľstvo prekypuje dynamikou a odhodlaním, vedenými víziami sveta s lepšou spoločnosťou a miestom ošetrovateľstva pri dosahovaní týchto sociálnych záverov. V zmysle dosahovania tohto cieľa sa ošetrovateľstvo všemožne usiluje uvoľniť svoj potenciál, uplatniť svoje hodnoty a schopnosti a zvýšiť hodnotu svojho názoru a stavu na vecnej schéme“ (Hanzlíková, 2011, s. 89; In Styles, 1986).

Literatúra

ETICKÝ KÓDEX ZDRAVOTNÍCKEHO PRACOVNÍKA. *Príloha č. 4 k zákonu č. 578/2004 Z. z. SR*. [online]. [cit. 2017-03-06]. Dostupné na: < <http://www.zbierka.sk>>.

FARKAŠOVÁ, D. et al. 2005. *Ošetrovateľstvo – teória*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2005. 215 s. ISBN 80-8063-182-4.

HANZLÍKOVÁ, A. 2011. *Profesionálne ošetrovateľstvo a jeho regulácia*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2011. s. 154. ISBN 978-80-8063-360-8.

HELUS, Z. – BRAVENÁ, N. – FRANCOVÁ, M. 2012. *Perspektivy učiteľství*. Praha: Pedagogická fakulta UK, 2012. 126 s. ISBN 978-80-7290-596-6.

HULKOVÁ, V. 2005. *Reforma zdravotníctva a jej prínos pre ošetrovateľstvo v SR*. [online]. [cit. 2017-03-06].

Dostupné na: www.unipo.sk/public/media/files/docs/fz_veda/svk/q0513.pdf

Kompetencie sestier sa rozširujú. Ide len o to ako... 2017. [online]. [cit. 2017-03-06].

Dostupné na: www.sksapa.sk/.../zdravotnicke-noviny-kompetencie-sestier-sa-rozs...

KOZIEROVÁ, B. - ERBOVÁ, G. - OLIVIERIOVÁ, R. 1995. *Ošetrovateľstvo 1, 2*. 1. slovenské vyd. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 1995. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.

JUDIČÁKOVÁ, M. – DYSKOVÁ, T. – ŽEMLIČKOVÁ, T. *Jedinečná úloha sestry v ošetrovateľskej starostlivosti*. [online]. [cit. 2017-03-06].

Dostupné na: <https://www.pulib.sk/web/kniznica/elpub/dokument/.../Dyskova.pdf>

PAVLÍKOVÁ, S. 2007. *Modely ošetrovateľstva v kocke*. Praha: GRADA Publishing, 2007. 144 s. ISBN 978-80-247-1918-4.

SALVAGEOVÁ, J. 1995. *Ošetrovateľstvo v akcii*. Bratislava: C.S.M., 1995. 111 s., ISBN 80-967081-2-0.

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

Zákon č. 311/2002 Z. z. o povolání sestry, o povolání pôrodnej asistentky, a Slovenskej komore sestier a pôrodných asistentiek a o zmene a doplnení zákona Slovenskej národnej rady č. 14/1992 Zb. o Slovenskej komore stredných zdravotníckych pracovníkov a o Slovenskej komore zubných technikov.

ZÁVODNÁ, V. 2005. *Pedagogika v ošetrovatelstve*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2005, 117 s., ISBN 80-8063-193-X.

Kontaktná adresa:

doc. PhDr. Monika Jankechová, PhD. - PhDr. Zuzana Bystrická - Mgr. Katarína Pechová

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce sv. Ladislava, Nové Zámky

ul. Slovenská 11/A

940 34 Nové Zámky, lovensko

Email: jankechova.monika@gmail.com

Email: Zuzana.Bystricka@azet.sk

Email: pechova.vssvladislava@gmail.com

SK SAPA (SLOVENSKÁ KOMORA SESTIER A PÔRODNÝCH ASISTENTIEK) – KTO SME?

Iveta Michalcová, Iveta Lazorová

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek

Abstrakt:

Autori v úvode príspevku poukazujú na legislatívne procesy vzniku Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek. Popisujú jej zákonné postavenie, jej úlohy a ciele. Ďalej uvádzajú aké má člen práva a povinnosti. Opisujú štruktúry komory a jej fungovanie, účasť v medzinárodných organizáciách. V závere uvádzajú dosiahnuté ciele a benefity pre členov komory.

Kľúčové slová: komora, sestry, pôrodné asistentky

Úvod

Vznik Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek (ďalej len „**komora alebo SKSaPA**“), ktorá bola zriadená Zákonom č. 578/2004 Z. z. (ďalej len „**zákon**“) o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov Komora je právnym nástupcom Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek zriadenej Zákonom č. 311/2002 Z. z. o povolanií sestry, o povolanií pôrodnej asistentky, o Slovenskej komore sestier a pôrodných asistentiek a o zmene a doplnení zákona Slovenskej národnej rady č. 14/1992 Zb. o Slovenskej komore stredných zdravotníckych pracovníkov a o Slovenskej komore zubných technikov v znení neskorších predpisov.

Komora je samosprávna stavovská organizácia združujúca sestry a pôrodné asistentky, ktoré sú jej členmi a sú odborne spôsobilé na výkon povolania a sú bezúhonné. Členstvo v komore je dobrovoľné. Členom komory sa môže stať aj občan členského štátu Európskej únie alebo občan štátu, ktorý nie je členom Európskej únie, ak im bola odborná spôsobilosť na výkon povolania sestry alebo pôrodnej asistentky priznaná v súlade s právnym predpismi Slovenskej republiky a sú bezúhonní. Členom komory sa môže stať každý, kto spĺňa vyššie uvedené podmienky. Nikto nesmie byť v prístupe do komory diskriminovaný pre svoju rasu, vyznanie, národnosť, farbu pleti, politické presvedčenie, pohlavie, sociálny status a sexuálnu orientáciu.

Cieľom komory je najmä:

- a) podporovať a udržiavať najvyšší možný štandard ošetrovateľskej praxe a praxe pôrodnej asistencie pre každého človeka,
- b) starať sa o rozvoj ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie, rozvíjať ich prax, manažment, vzdelanie, sústavné vzdelávanie, etiku, výskum, sociálne a ekonomické postavenie ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie,
- c) zastupovať vo všetkých otázkach ošetrovateľstva sestry a pôrodné asistentky pred vládou, parlamentom, mimovládnyimi organizáciami, inými právnickými a fyzickými osobami, pred verejnosťou na území Slovenskej republiky a v medzinárodných vzťahoch a organizáciách,
- d) podporovať odborné, sociálne a právne záujmy jej členov v súvislosti s výkonom povolania a ochraňovať ich stavovskú česť.

Komora zriaďuje regionálne komory sestier a pôrodných asistentiek (ďalej len „**regionálna komora**“). Regionálna komora je organizačnou jednotkou komory, ktorá v prípadoch určených štatútom a ďalšími vnútornými predpismi komory plní úlohy komory voči členom komory v rozsahu svojej

územnej pôsobnosti. Regionálna komora nemá právnu subjektivitu. Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek združuje 55 regionálnych komôr.

Komora chráni práva a záujmy členov komory a obhajuje práva a profesijné, hospodárske a sociálne záujmy členov komory v súvislosti s výkonom povolania. Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek registruje takmer 50 000 sestier a pôrodných asistentiek a z toho má 26 890 členov. V sídle komory je zriadená kancelária komory. Úlohou kancelárie je zabezpečovať činnosť komory po stránke organizačnej, hospodárskej a administratívnej. Zamestnanci kancelárie sú v pracovnom pomere alebo obdobnom pracovnom vzťahu s komorou. Na plnenie úloh komory spojených so vzdelávaním sestier a pôrodných asistentiek sú zriadené v každom sídle vyššieho územného celku regionálne centrá pre hodnotenie sústavného vzdelávania. V rámci SR je ich 7. Za činnosť regionálneho centra zodpovedá vedúci regionálneho centra, ktorý je zamestnancom komory. Vnútornú organizáciu regionálnych centier, počet jej zamestnancov a ich pracovnú náplň určuje Rada komory.

Podľa Zákona 578/2004 Z.z. je komora oprávnená vykonávať tieto činnosti:

- robiť prehľad a pripravovať stanoviská o poslaní a úlohách ošetrovateľskej praxe a pôrodnej praxe v SR, s prihliadnutím na vedecký a technologický rozvoj a dávať návrhy a odporúčania príslušným autoritám pre rozhodovanie v týchto záležitostiach,
- publikovať a poskytovať informácie o zdravotnej starostlivosti, ošetrovateľstve a pôrodnej asistencii pre odbornú a občiansku verejnosť SR a pre medzinárodné fóra prostredníctvom dostupných informačných médií,
- vydávať časopis „*Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia*“ za účelom aktuálneho a objektívneho informovania členov o dianí v komore, o svojej činnosti a aktivitách,
- vytvárať podmienky pre kontinuálne inštitucionálne a neinštitucionálne vzdelávanie sestier a pôrodných asistentiek,
- vyžadovať, aby sestry a pôrodné asistentky vykonávali svoje povolanie odborne a spôsobom stanoveným zákonom a vnútornými predpismi komory,
- vyjadrovať sa k etickej spôsobilosti svojich členov na výkon ošetrovateľskej praxe a praxe pôrodnej asistencie,
- spolupracovať s príslušným orgánom štátnej správy pri výkone dozoru nad dodržiavaním podmienok na prevádzkovanie zdravotníckych zariadení,
- riešiť podnety, návrhy a sťažnosti v rozsahu stanovenom zákonom na poskytovanie zdravotnej starostlivosti a zároveň je komora povinná vyvodzovať dôsledky zo zanedbania povinnosti sestier a pôrodných asistentiek v zmysle zákona a Disciplinárneho poriadku komory,
- vytvárať podmienky pre sústavné vzdelávanie sestier a pôrodných asistentiek, ktoré je potrebné pre kvalifikovaný výkon povolania.
- podieľať sa na skvalitňovaní zdravotnej starostlivosti a za tým účelom spolupracuje najmä pri tvorbe právnych predpisov, ktoré súvisia s výkonom povolania, ako aj pri tvorbe všetkých všeobecne záväzných právnych predpisov v oblasti zdravotníctva, sociálnej a pracovno-právnej oblasti a oblasti životného prostredia,
- viesť a aktualizovať Register sestier a Register pôrodných asistentiek, vydáva potvrdenia o zápise do registra,
- spoluvytvárať cenové opatrenie zdravotníckych výkonov, ktoré súvisia s výkonom povolania sestier a pôrodných asistentiek, pokiaľ to ustanovuje osobitný právny predpis,

- vyvíjať úsilie prostredníctvom orgánov štátnej zdravotnej správy ovplyvňovať daňovú politiku v prospech sestier a pôrodných asistentiek -spolupracuje s poisťovňami,
- spolupracovať aktívne s Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej republiky, inými orgánmi štátnej správy, orgánmi samosprávy, právnickými a fyzickými osobami pri plnení úloh uložených Komore zákonom a vnútornými predpismi,
- zabezpečovať sústavného vzdelávania sestier alebo pôrodných asistentiek samostatne alebo v spolupráci so vzdelávacími inštitúciami, s medzinárodne uznanými odbornými spoločnosťami, s profesiovými združeniami, s inými stavovskými organizáciami v zdravotníctve alebo s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti organizuje vlastné vzdelávacie aktivity alebo sa spolupodieľa pri zabezpečovaní sústavného vzdelávania sestier alebo pôrodných asistentiek.

Orgány komory sú:

- a) snem,
- b) rada,
- c) prezídium,
- d) prezident,
- e) disciplinárna komisia,
- f) kontrolný výbor.

Členovia orgánov komory sú volení členmi resp. delegátmi priamym a tajným hlasovaním. Funkčné obdobie orgánov komory je štvorročné. Najvyšší orgán komory je snem. Tvoria ho delegáti zvolení valnými zhromaždeniami regionálnych komôr. Riadiacim orgánom komory v období medzi zasadnutiami snemuje **Rada komory**. Členov rady volí a odvoláva snem v súlade s Volebným poriadkom komory. Rada za svoju činnosť zodpovedá snemu. Výkonným orgánom komory je **Prezídium**. Členov prezídia volí a odvoláva rada; volí ich zo svojich členov v súlade s volebným poriadkom. Tvoria ho prezident, viceprezidenti a členovia prezídia volení z členov rady. Zasadnutí prezídia sa zúčastňuje aj predseda kontrolného výboru s hlasom poradným.

Etickým a disciplinárnym orgánom komory je Disciplinárna komisia komory, ktorá má za úlohu:

- a) vykonávať disciplinárnu právomoc v súlade so zákonom a Disciplinárnym poriadkom,
- b) vyjadrovať sa k etickým otázkach výkonu povolania sestry a povolania pôrodnej asistentky.

Kontrolným orgánom komory je Kontrolný výbor komory, ktorého náplňou je:

- a) kontrolovať činnosť komory a činnosť regionálnych komôr v oblasti dodržiavania vnútorných predpisov a rozhodnutí orgánov komory a v oblasti plnenia uznesení orgánov komory,
- b) kontrolovať plnenie uznesení snemu a rozhodnutí rady,
- c) kontrolovať hospodárenie komory,
- d) podávať návrhy Disciplinárnej komisii na začatie disciplinárneho konania,
- e) podávať žiadosť Rade komory o rozhodnutie pre nečinnosť Disciplinárnej komisie,
- f) kontrolovať činnosť prezídia,

g) rozhodovať o sťažnostiach podľa zákona NR SR č. 9/2010 Z. z. o sťažnostiach,

h) kontrolovať činnosť regionálnych komôr v oblasti dodržiavania vnútorných predpisov komory a rozhodnutí orgánov komory.

Za účelom združovania členov komory pre uspokojovanie profesijných a odborných záujmov rada komory alebo rada regionálnej komory zriaďuje odborné sekcie sestier a pôrodných asistentiek. Odborná sekcia je poradným orgánom Rady komory vo vzťahu k jednotlivým odborom ošetrovateľstva. Komora má zriadených 17 odborných sekcií. Komora spolupracuje so stavovskými organizáciami v SR a v zahraničí a podieľa sa na vzájomne výhodných programoch v oblasti vzdelávania, výchovy, profesijných a spoločenských záujmov členov. Komora spolupracuje so stavovskými organizáciami v zdravotníctve, odbornými spoločnosťami, profesijnými občianskymi združeniami v zdravotníctve a v službách sociálneho zabezpečenia, so vzdelávacími inštitúciami, s orgánmi štátnej alebo územnej samosprávy pri výkone kontroly úrovne a kvality poskytovania ošetrovateľskej praxe a praxe pôrodnej asistencie a s ďalšími právnickými osobami a fyzickými osobami.

SK SaPA v rámci medzinárodnej spolupráce je združená v týchto medzinárodných organizáciách:

Európska federácia sesterských asociácií – **EFN** (European Federation of Nurses)

Európska asociácia pôrodných asistentiek – **EMA** (European Midwives Association)

Európskej federácia psychiatrických sestier (European Psychiatric Nurses) – **HORATIO**

Záver

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek je na Slovensku najväčšou stavovskou organizáciou a od svojho vzniku neustále napreduje a je partnerom mnohých odborných i neodborných inštitúcií pri obhajovaní práv a záujmov svojich členov vrátane ich odborného rastu. Je dôležitým partnerom v rámci starostlivosti a rozvoja ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie. V závere by sme chceli poukázať aj na hlavné úspechy SK SaPA, ktorý sú najmä:

- Zákonom zriadená SK SaPA
- Zákon o odmeňovaní sestier a pôrodných asistentiek a Zákon o odmeňovaní zdravotníckych pracovníkov /zvýšenie platov aj v neštátnej sfére)
- Sestry a pôrodné asistentky majú nárok na 5 platených pracovných dní na sústavne vzdelávanie, ktoré je zakotvené v Zákonníku práce
- Realizácia projektu hodnotenia sústavného vzdelávania sestier a pôrodných asistentiek,
- Zriadenie odboru ošetrovateľstva na MZ SR – **ministerská sestra je nomináciou komory**
- Nominovanie hlavných odborníkov pre ošetrovateľstvo a pôrodnú asistenciu pri MZ
- Oceňovanie Bielym srdcom na republikovej úrovni a na regionálnej úrovni
- Dosiahnutie statusu verejného činiteľa v spolupráci s inými stavovskými komorami
- Spolupráca komory na tvorbe projektov MZ SR

Okrem vyššie uvedených skutočností, komora poskytuje svojim členom aj benefity a to: člen má nárok na bezplatné právne poradenstvo, člen neplatí ročný poplatok za vedenie registra. Komora môže výnimočne za podmienok stanovených v Hospodárskom poriadku poskytnúť svojim členom pôžičku. Ďalej člen komory má minimálne 30 % zľavu na vzdelávacích aktivitách organizovaných, alebo spoluorganizovaných SK SaPA na všetkých úrovniach. Člen komory môže využívať zľavy v benefite programe SK SaPA, ktorý šetrí peniaze v hoteloch, aquaparkoch, wellness, kúpeľoch, fitness centrách, masážach, alebo pri rôznych športových aktivitách. Člen má zľavy na vybrané produkty VÚB banky, SK SaPA podporuje účasť členov na aktivitách sústavného vzdelávania v

zahraničí, umožňuje elektronické bezplatné rozoslanie dotazníkov, bezplatný prístup do knižnice komory, bezplatný a rýchly prístup k legislatívnym dokumentom – publikáciám, zborníkom, časopisu Ošetrovatelstvo a PA.

Zoznam bibliografických odkazov:

Zákon č. 578/2004 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

SK SaPA, Vnútorne predpisy Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek 2017

Korešpondencia:

Mgr. Iveta Michalcová

SK SaPA

Amurská 71

821 06 Bratislava

E-mail: iveta.michalcova@sksapa.sk

Manažerské dovednosti staničních sester

Jana Nováková, Marie Vlachová

Fakultní nemocnice v Motole

Úvod

Základní motivací pro žádost o grant MZ (název projektu „Podpora nemocniční kultury a komfortního prostředí pro pacienty“) bylo poskytnout podporu všeobecným sestřím, porodním asistentkám, které jsou ve funkci staničních sester a mají přímý vliv na ošetrovatelský personál a tím i na kvalitu ošetrovatelské péče. Volili jsme formu interaktivních seminářů, pro jejichž vedení jsme oslovili externí spolupracovníky.

Cílová skupina

Do projektu bylo vybráno 45 staničních sester z různých typů klinik pro dětské a dospělé pacienty, které v minulosti absolvovaly program rozvoje komunikace Metila. Vstupní analýzy, jako první částí projektu, **se zúčastnilo 38 sester**, které absolvovaly před několika lety projekt Metila. Z nich je pouze 36 aktuálně ve funkci staničních sester, 2 sestry jsou zatím v pozici „zálohy“ pro funkci staniční sestry. Sedm vybraných sester se úvodní analýzy nezúčastnilo z důvodů pracovní neschopnosti nebo čerpání dovolené v daných termínech práce.

Forma práce

Interaktivní skupinová práce se 3 skupinami staničních sester.

Skupinová interakce byla zaměřená na formulaci hlavních oblastí práce staniční sestry tak, jak ji účastnice znají a realizují na svých odděleních. Workshopy proběhly ve dnech 5. a 6. června 2017.

Sebehodnocení formou dotazníku „Individuální barometr změny a posunu“ proběhlo na konci každého workshopu. Celkem bylo vyplněno 37 dotazníků.

Zpracování dat pro další interaktivní semináře

V průběhu skupinové práce ve třech interaktivních workshopech bylo v rámci zadání „Co všechno dělá staniční sestra“ formulováno celkem **120 vstupů/příspěvků** (např. objednávání léků, kontrola kvality práce...). Tyto informace byly roztříděny z několika hledisek:

- Podle autorské skupiny na kategorie A, B, C
- Podle oblasti práce staniční sestry:
 1. Administrativa, provoz a zásobování
 2. Procesy
 3. Interpersonální vztahy
 4. Komunikace a spolupráce
 5. Práce s podřízenými
 6. Péče o pacienty

- Podle úhlu pohledu:

1. na konstatování aktuálně prováděné činnosti náležející do funkce staniční sestry
2. na problematické oblasti a činnosti dotýkající se práce staniční sestry
3. na návrhy na řešení některých problematických situací

Vyhodnocení dotazníků

Vyhodnocení dotazníků „Individuální barometr změny a posunu“

Sebehodnotící dotazník obsahoval celkem 13 otázek, které reprezentují 5 tematických oblastí:

- I. Představa o rozsahu činností staniční sestry – 3 otázky
- II. Reálný rozsah činností konkrétní staniční sestry – 3 otázky
- III. Schopnost rozhodování a delegování – 3 otázky
- IV. Zvládání konfliktních situací – 2 otázky
- V. Míra motivace a stresu – 2 otázky

Záměrem první části sebehodnocení bylo co nejvíce upřesnit a konkretizovat problémy, na které staniční sestry při své práci narážejí a které dovednosti by potřebovaly zdokonalit nebo doplnit, aby byly při plnění svých povinností efektivnější.

Po absolvování na míru sestavených tematických interaktivních seminářů by každá z absolventek měla vyplnit stejný dotazník znovu. Porovnáním obou sebehodnocení (vstupního a závěrečného) bude možné posoudit u každé individuální posun v názorech nebo v náhledu na svou práci ve vybraných aspektech.

Sebehodnotící dotazník je koncipován jako kombinace kvantitativních ukazatelů a doplňujících otevřených otázek.

Celkem bylo vyplněno pouze 37 dotazníků

Výsledky sebehodnocení podle tematických oblastí

Tematická oblast „Představa a realita práce ve funkci staniční sestry (oblast I a II)“

V průměru největší část jak v představě (38%), tak v realitě (43%) zaujímá u všech skupin práce, která souvisí s **organizací a administrativou**. Zároveň všechny tři skupiny odhadují, že se ve skutečnosti věnují organizačním a administrativním věcem o trochu víc, než by si představovaly.

Největší rozdíly mezi představami (36%) a realitou (28%) jsou v oblasti **personální práce s podřízenými**, přičemž ve skutečnosti se této práci věnují méně, než by podle svých představ měly.

Práci, kterou mají v náplni práce řadové zdravotní sestry (nebo podřízené laborantky), se staniční sestry ve všech třech skupinách reálně věnují v průměru z jedné čtvrtiny (26%). U této části práce jsou největší rozdíly mezi skupinami. Respondentky ze skupiny B předpokládají nejmenší časové investice, ale zároveň reálně vydávají nejvíce času do tohoto typu práce. Respondentky skupiny C naopak předpokládají, že by se staniční sestry měly věnovat přímé zdravotnické práci nepatrně více než tomu je ve skutečnosti.

Tematická oblast „Schopnost rozhodování a delegování“ (oblast III)

Z čísel celkových průměrů vyplývá, že staniční sestry mají dle svých subjektivních odhadů na svých odděleních 68 % schopných a spolehlivých podřízených.

Celkově staniční sestry investují lehce víc času do kontroly podřízených než do jejich podpory v poměru 52:48.

Tematická oblast „Zvládání konfliktních situací“ (oblast IV)

Přítomné staniční sestry ve všech třech skupinách odhadly, že do řešení konfliktních situací na pracovišti musí investovat relativně velké množství energie (průměr 55%). Ve všech třech skupinách hodnotily samy sebe, že konflikty z větší části (průměr 65%) zvládají.

Zůstává zde ale poměrně velká část (35%), kdy se naopak ve zvládání konfliktních situací za úspěšné nehodnotí. Tato blíže nespecifikovaná část by zasloužila podrobnější rozbor, velmi pravděpodobně ale **souvisí s výše jmenovanými nejnáročnějšími situacemi: zvládání /nezvládání různých typů interpersonálních vztahů, interakce a způsobu komunikace.**

Tematická oblast „Motivace a stres“ (oblast V)

Subjektivní odhad motivace pro práci staniční sestry se u respondentek ve všech třech skupinách v průměru pohybuje na 73 %, přičemž nejmenší motivaci vnímají respondentky ze skupiny C (61%), na rozdíl od skupiny B, která se jeví jako nejvíce motivovaná (80%). Skupina C má ve srovnání s vlastní motivací (61%) téměř stejně vysokou hodnotu míry stresu (58%), na rozdíl od skupiny B, u které motivace téměř dvojnásobně převyšuje míru snímaného stresu ve funkci (46%). Z tohoto orientačního výsledku by bylo možné rámcově usuzovat, že respondentky skupiny C mají nejbližší k pracovnímu vyhoření.

V konkrétních **motivačních faktorech převládá práce s lidmi a jejich spokojenost** (ať už se jedná o pacienty nebo o práci s kolektivem). Práce ale pro respondentky musí mít výsledky a dávat smysl, podstatná je i jasně vyjadřovaná pozitivní zpětná vazba.

Ze stresových faktorů se nejčastěji objevují nefunkční interpersonální vztahy, komunikace a negativní atmosféra na pracovišti. Dalšími jmenovanými faktory jsou neadekvátní zodpovědnost, nesmyslnost a strach z kontroly. Výsledky zde korespondují s výstupy k tématu IV.

Výstupy ze skupinové interaktivní práce

Hodnocení práce skupin

Pracovní aktivita a výstupy z interaktivní diskuze ve skupinách byla zaznamenávána ve formě stručně formulovaných příspěvků, které zahrnovaly popis práce ve funkci staniční sestry. Zaznamenány byly všechny příspěvky, které reflektovaly specifika jednotlivých zastoupených typů pracovišť (operační sály, lůžka, ambulance, laboratoře...). V následné diskuzi pak byly příspěvky upřesňovány směrem k pracovní náplni funkce staniční sestry obecně.

Příspěvky z jednotlivých „skupinových portfolií“ byly roztrženy do kategorií tak, aby z nich bylo možné lépe vyhodnotit nejen rozsah činnosti, ale i postoje a názory staničních sester na aktuální podobu jejich práce.

Aktivita a přístup respondentek v jednotlivých skupinách byla různá. Svůj vliv mělo i to, že skupiny byly sestaveny náhodně, v každé skupině byly některé účastnice z jednoho pracoviště, tak i ty, které se vzájemně neznaly.

Z pohledu lektorek se v práci skupin projevovaly tyto rysy:

Skupina A byla nejvíce akční, zpočátku měla nejvíce výhrad a připomínek, ale postupem času se spolupráce stávala více konstruktivní. Z této skupiny vyšlo nejvíce příspěvků, nejvíce formulovaných problémů i nejvíce návrhů na řešení problematických míst v pracovním procesu (viz tabulka dále).

Skupina B pracovala nejkldněji, byla konstruktivní a orientovaná nejvíce na lidskou stránku práce (pacienti, podřízení...). Z orientačních výsledků dotazníků respondentek této skupiny je patrná největší spokojenost/motivace k práci ve funkci staniční sestry a nejmenší míra stresu (viz 4.1.4). Na druhou stranu zde nezazněl aktivně žádný návrh na změnu nebo řešení problémů.

Skupina C byla a vydržela nejvíce v „rezignované opozici“, která se projevovala v nejmenší ochotě ke konstruktivní práci. V diskuzi převažovaly spíše rezignované příspěvky a nedůvěra ve změnu. To se projevilo i neochotou k vyplňování individuálních dotazníků (u této skupiny je nejméně konkrétních odpovědí na otevřené otázky). Relativně vysoký počet návrhů řešení problematických míst souvisí až s diskuzí v závěru, kdy impulsem byl až přímo směřovaný dotaz lektorek.

Na základě výše uvedených výstupů shrnujeme aktuální stav a potřeb v oblasti manažerských dovedností staničních sester FN v Motole

Ze vstupního průzkumu sestávajícího z individuálního sebehodnocení staničních sester a vyhodnocení vstupní skupinové práce týkající se detekce a formulace problematických oblastí a nároků při plnění jejich funkce vyplynuly následující závěry:

- **Porozumění významu a smyslu funkce staniční sestry** • Staniční sestry účastníci se vstupní části projektu formulovaly dostatečně jasně a přesně svou náplň práce související s funkcí staniční sestry. Ve všech třech pracovních skupinách byla formulovaná náplň práce rozložena ve všech kategoriích, tzn. účastnice se nezávisle na sobě shodly, že náplň práce staniční sestry zahrnuje stejné oblasti.
- Shodně největší část práce zaujímá v průměru organizační a administrativní oblast, a to jak v představě, tak v realitě. Stejná **shoda panuje v názoru, že by se staniční sestra měla věnovat personální práci víc, než aktuálně dělá.**
- Mírně se lišil pohled na míru práce staniční sestry na pozici řadového zdravotníka. Zde se pravděpodobně prolínají subjektivní názory s objektivními problémy souvisejícími s chybějícím personálem na některých pracovištích (viz dále Motivační a stresové faktory).
- **Zvládání požadavků na soulad organizační a personální složky práce** • Pohled na potřebu větší investice staniční sestry do personální práce s podřízenými byl v rozporu s jimi objektivně viděnou nutností zajistit organizačně chod oddělení. V této oblasti vnímají staniční sestry určité rezervy, které ale nemohou ovlivnit pouze ony samy, pouze v součinnosti s řízením organizace práce komplementárních nebo obslužných provozů nebo v interakci s dalšími zdravotnickými profesemi.
- **Personální oblast je staničními sestrami zároveň vnímaná jako ta, kde je nejvíce problematických míst v interpersonálních vztazích a v komunikaci, je proto považovaná za náročnou a stresovou.**
- Otázka efektivního delegování práce na podřízené je přímo spojena se schopností rozpoznat kvality podřízených a zároveň se schopností je optimálním způsobem motivovat i v náročných pracovních podmínkách.
- Motivační a stresové faktory • Přestože jsou interpersonální vztahy považovány staničními sestrami za náročnou oblast, pokud fungují dobře, jsou zároveň pro většinu z nich významným motivačním faktorem. **Proto má velký smysl do této oblasti investovat, naučit se rozpoznat a podporovat to pozitivní a lépe zvládat to náročné.**
- Nutnost zastupovat řadový personál v přímé péči o pacienty v situacích personálního nedostatku staničním sestram nijak zvlášť nevadí. Problematicky ale vnímají to, že pak objektivně nelze

dosahovat ideálního stavu, kdy všechno funguje k plné spokojenosti všech (motivační faktor). Ve výsledku pak převažuje stres, nespokojenost a demotivace z nemožnosti tohoto stavu aktuálně dosáhnout a udržet ho.

- **Manažerské dovednosti v této oblasti předpokládají schopnost adekvátně balancovat stres i motivaci, pracovat spíše s optimálními než ideálními cíli a dobře volit priority.**

Závěr: doporučení k zaměření další práce

Oblasti, se kterými je vhodné u dané skupiny staničních sester dále pracovat, vycházejí souhrnně z výstupů interaktivní skupinové práce i z výsledků sebehodnocení. Práce by měla zahrnovat dva základní směry, které by klíčové manažerské schopnosti nejen podpořily a upevnily, ale zároveň doplnily i o vědomou práci s technikami a interpersonálními dovednostmi. Bez nich se staniční sestra ve své práci neobejde nebo jen s nasazením velkého množství energie nebo s negativními stresovými pozůstatky. Pro další práci to znamená:

- **Věnovat se cíleně situacím, které se staničním sestrami aktuálně jeví jako nejnáročnější, do kterých musí dle svého názoru investovat velké množství energie.**
- **Podpořit náhled a formy práce, které byly definované jako motivující a posílit tak pozitivní opěrné pilíře.**

V další části projektu by bylo vhodné se v interaktivních skupinových workshopech zaměřit na tato témata:

- Vedení týmu a organizace práce, hodnoty a funkční hranice v týmových a profesních rolích
- Efektivní řešení konfliktních situací, asertivita a obrana proti nátlaku a manipulaci (řešení nejčastějších modelových situací určených skupinou)
- Hodnocení podřízených, konstruktivní sdělování kritiky a funkční práce s pozitivní motivací

Není nezbytně nutné zachovat ve skupinové práci stávající podobu skupin, efektivnější bude nabídnout tato tři témata jako volbu, aby si účastnice samy posoudily a určily, co je nejvíce zajímavé a co nejvíce potřebují. Tak se maximalizuje motivace pro aktivní spolupráci na workshopen a tím i výsledný efekt vzdělávání.

Optimální bude provedení volby označením prioritního pořadí témat (tzn. na 1. místě téma..., na 2. místě..., na 3. místě...)

Vzhledem k výslednému nižšímu počtu účastnic, které absolvovaly vstupní analýzu problémů a potřeb, by bylo efektivnější **pracovat dále jen ve dvou skupinách po cca 20 účastnicích na dvou tématech, která budou nejžádanější.**

Po skupinové práci v rámci tematických workshopů by obě skupiny měly **absolvovat ústní a písemné vyhodnocení přínosu workshopů a znovu vyplnit stejný individuální sebehodnotící dotazník.** Sebehodnotící dotazníky budou pak zpracovány stejnou metodou jako v první části a výstupy vzájemně porovnány jak na úrovni individuálního posunu jednotlivých účastnic, tak z hlediska změn v jednotlivých tematických oblastech u celé skupiny.

Výsledek výběru témat pro druhou část interaktivních seminářů: 1. místo Efektivní řešení konfliktních situací, asertivita a obrana proti nátlaku a manipulaci, 2. místo Vedení týmu a organizace práce, hodnoty a funkční hranice v týmových a profesních a 3. místo Hodnocení podřízených, konstruktivní sdělování kritiky a funkční práce s pozitivní motivací

Literatura:

U autorek

Korespondence:

Mgr. Jana Nováková, MBA
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Motol
V Úvalu 84
150 06 Praha 5 – Motol
jana.novakova@fnmotol.cz

SESTRA V KONTEXTE ZMIEN V OŠETROVATEĽSTVE

¹Anna Murgová, ²Tatiana Hrindová

¹VŠZaSP sv. Alžbety Bratislava, Inštitút bl. P. P. Gojdiča a V. Hopku Prešov - Spišská Nová Ves

²VŠZaSP sv. Alžbety Bratislava

Súhrn:

Cieľom príspevku je sústrediť pozornosť na osobnosť sestry v kontexte zmien v ošetrovateľstve, v súvislosti s globalizáciou a informačnou explóziou v 21. storočí. Charakterizuje tieto dva dôležité fenomény, ktoré sú všeobecne pokladané za hlavné príčiny väčšiny súčasných problémov vo všetkých oblastiach našej spoločnosti, nevynímajúc zdravotníctvo a to hlavne jednu z jeho najprogressívnejších oblastí – ošetrovateľstvo. Aby v súčasnom prostredí mohlo ošetrovateľstvo prosperovať, musí opustiť starý spôsob myslenia, staré manažérske nástroje a princípy.

Kľúčové slová: Zmena. Sestra. Ošetrovateľstvo. Globalizácia. Informačná explózia.

NURSE IN THE CONTEXT OF CHANGES IN NURSING

Summary:

The aim of this contribution is to focus attention on the personality of nurse in the context of changes in nursing, regarding to globalization and information explosion in the 21st. century. It characterizes these two important phenomena, which are generally considered to be the main causes of most of the current problems in all areas of our society, excluding healthcare and especially one of its most progressive areas – nursing. In order for nursing to prosper in the current environment, it must leave the old way of thinking, old management tools and principles.

Keywords: Change. Nurse. Nursing. Globalization. Information explosion.

Úvod

Celý svet žije v prostredí zmien, na ktoré si národy niekedy rýchlejšie, inokedy pomalšie zvykajú. Významnou zmenou dnešnej doby, je súčasná hospodárska kríza. Jej dopady v zdravotníctve neobchádzajú nikoho. Kríza zasahuje všetkých: poisťovne, poskytovateľov i pacientov a tým hlavne zdravotnú starostlivosť o ľudí. Zdravotná starostlivosť je v zákone o ochrane zdravia ľudí na Slovensku definovaná, ako starostlivosť o ochrana, zachovanie a navrátenie zdravia ľudí. Poskytuje sa v zdraví aj v chorobe, v materstve a pri iných stavoch vyžadujúcich si zdravotnú pomoc, zahŕňa všetku ambulantnú aj ústavnú starostlivosť, vrátane kúpeľnej starostlivosti, závodnej preventívnej starostlivosti, lekárenskej starostlivosti a lekárskej posudkovej činnosti vykonávanej ošetrovateľom. Úroveň zdravotnej starostlivosti v rozhodujúcej miere závisí aj od ekonomickej úrovne spoločnosti (Hanzlíková, 2006). Tlak na zvyšovanie kvalifikácie a sústavné vzdelávanie, je zrejme aj v oblasti ošetrovateľstva. Výsledky výskumu Leczovej a kol. (2014) dokazujú, že nevyhnutnosť doplniť si vzdelanie v odbore ošetrovateľstvo pre udržanie si pracovného miesta a perspektíva postupu v súčasnom zamestnaní, sú stále najsilnejšími motivačnými činiteľmi práve u tých študentov, ktorí sú zamestnaní v oblasti, ktorú študujú. Nemožno však prehliadnuť, že okrem profesijných ambícií, sú práve títo študenti najvýznamnejšie ovplyvnení aj túžbou pomáhať druhým v zmysle prosociálneho správania.

Čo znamená kríza v zdravotníctve? Pre poisťovne to znamená znižovanie sumy poistného, pribúda totiž nezamestnaných a zároveň aj návštev u lekára, poisťovne nemôžu dať na zdravotnú starostlivosť viac peňazí. Nemocnice dostávajú od poisťovní málo peňazí, nemajú na splácanie faktúr, dlh sa opäť zvyšuje, pribúdajú exekúcie, následkom je zúženie zdravotnej starostlivosti iba na akútnu, zatvárajú sa oddelenia, nemocnice. Pre ambulancie zas zmluvy, ktoré im ponúkajú poisťovne, nepokryjú náklady na prevádzku. Keď ambulancia nepodpíše zmluvu s poisťovňou, nedostane z poisťovne nijaké peniaze a tak príde o pacientov. V konečnom dôsledku pacient za zdravie viac platí a to za lieky a pomocné vyšetrenia, ak ich lekár nemá uzavretú zmluvu s poisťovňou, dlhšie čakajú na operáciu alebo ošetrovanie, ďalej dochádzajú za zdravotnou starostlivosťou (Szalay, 2009). Ľudia majú právo na kvalitnú zdravotnú starostlivosť. Zdraví ľudia môžu robiť a vytvárať hodnoty. Dosiahnutie toho cieľa je dlhodobým ambicióznym zámerom (Šarafin, 2012). Ďalšími zmenami sú globalizácia a informačná explózia. Efektívne čeliť dopadom hospodárskej krízy, globalizácie a informačnej explózie na slovenské zdravotníctvo, sa dá len spoločnými silami.

Vlastný text

Prečo sa svet dostal do tohto stavu, ktorý má podľa predpovedí niektorých prognostikov pretrvávajúť najmenej do roku 2020? Dva dôležité fenomény – globalizácia a informačná explózia – sú dnes všeobecne pokladané za hlavné príčiny väčšiny súčasných problémov. Prečo sa svet za posledných desať rokov dostal do situácie, kedy sa nemôže spoľahnúť na tradičné „pravidlá hry“, na tradičné, do nedávnej doby spoľahlivé ochranné mechanizmy jednotlivých suverénnych národov? Prečo zlyhávajú predpovede prognostikov? Kde sa podela lineárnosť? Prečo sa stala prediktabilita záležitosťou minulosti? To sú otázky, na ktoré hľadajú odpoveď významní autori a vedeckí pracovníci. Väčšina z nich sa zhoduje na tom, že fenomén globalizácie je jedným z dvoch hlavných príčin súčasnej turbulencie (Lišková, Nadaská a kol., 2006). Globalizácia predstavuje vytváranie mnoho početných väzieb medzi ekonomickými subjektmi v celosvetovom meradle, vedúcich k rastu zložitosti spoločensko - ekonomického systému, v ktorom regulačné role jednotlivých štátov hrajú okrajovú úlohu. I keď nevieme, či sa z globalizácie máme tešiť, alebo nie, nemožno ju ignorovať (Ondová a kol., 2009). Globalizácia znamená pre väčšinu štátov určitú stratu kontroly autonómie a pocitu zvrchovanosti. Hodnotu našej meny raz ovplyvňujú burzy niekde v New Yorku alebo Singapore, cenu benzínu situácia v Iraku, televíznu tvorbu Hollywood a naša legislatíva a budúcnosť sú do značnej miery závislé na Bruseli.

Informačná explózia je druhou hlavnou príčinou. Nemáme dostatok času si vybrať medzi tým, čo je v manažmente módnou novinkou a tým, čo je užitočná inovácia. Nestačíme na prúd zmien rýchle a správne reagovať, nevieme sa včas zbaviť zvyklostí, prekonaných názorov, predstáv, spôsobu práce a ďalších záťaží minulosti. To podporuje chaos na úrovni jedinca, oddelenia, zdravotníckeho zariadenia, regiónu aj štátu. Exponenciálny nárast informácií v nás často vyvoláva pocit vnútorného nepokoja, zmätenosti a beznádeje (Kilíková, 2006). Keď je politika, ekonomika a spoločnosť ovplyvnená touto týmito zmenami, predpokladáme, že zdravotníctvo nie je výnimkou a že ako budúcnosť zdravotníctva, tak budúcnosť jednej z jeho najprogressívnejších oblastí – ošetrovatelstvo – bude globalizáciou a informačnou explóziou tiež významne ovplyvnené. Odborné knihy, časopisy, zahraničné stáže, internet, zavádzanie viac či menej známych techník a nástrojov riadenej starostlivosti, prednášky, odborné semináre, štandardizácia ošetrovateľskej starostlivosti a rozvíjanie jej kvality spoločne s prirodzenou túžbou ošetrovateľského personálu po vzdelaní, pomáhajú ošetrovatelstvu dohnať to, čo zameškalo rokmi totality. Hovoríme o prívalovej vlne poznatkov a inovácií v ošetrovatelstve, o zmene pravidiel a spôsobe myslenia a tiež o posune paradigmy (Hanzlíková, 2006). Snahou mnohých krajín sveta je zlepšovať a skvalitňovať poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Aby sa toto mohlo uskutočňovať nevyhnutnou súčasťou je okrem materiálno - technického vybavenia aj personálne zabezpečenie a jeho efektívne využitie. Nedostatok profesionálov - najmä sestier- zaznamenaný za poslednú dekádu je alarmujúci. Nejasnosti v

rámci kompetencií sestier zohľadňujúce vzdelanie a prax nie sú jasne zadané a legislatívne ošetrované. To všetko má negatívny dopad na kvalitu efektívnosť a dostupnosť zdravotnej starostlivosti ako aj humánny aspekt ošetrovateľstva na Slovensku. Jedným z možností zefektívnenia zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti je implementácia role sestry ako praktičky- sestry s pokročilou praxou (Grešš Halász, Tkáčová, 2015).

Ako teda na súčasné prostredie zmien reagovať? Najhoršou stratégiou by bolo vyčkávať. Sestry si nemôžu dovoliť čakať na nejakú normalizáciu, na návrat do „starých zlatých časov“ – musia sa naučiť žiť a pracovať v trvalom prostredí zmätku a neistôt a akceptovať toto prostredie ako novú výzvu. Problém ale je, že pre mnohé z nás je príchod „novej budúcnosti“ rýchlejší ako naša schopnosť a ochota vzdať sa minulosti a adekvátne na prúd zmien reagovať. Význační manažéri dokonca pripomínajú, že k tomu, aby sme mohli prosperovať v súčasnom nestabilnom prostredí, musíme zabudnúť, ako sme riadili naše oddelenie v minulosti. Musíme opustiť starý spôsob myslenia, staré manažérske nástroje a princípy. Čo potrebujeme pochopiť, je to, že vzhľadom na globalizáciu a informačnú explóziu sa naša doba radikálne zmenila a preto vyžaduje „radikálnu zmenu myslenia“. Budúcnosť ošetrovateľstva sa bude odvíjať od ochoty pochopiť rapídne zmeny v globálnom ošetrovateľstve a bude závisieť na našej schopnosti pružne a citlivo na zmeny reagovať (Kozierová a kol., 2004). Sestry musia byť presvedčené o tom, že sú významnou profesionálnou skupinou, ktorá je schopná prevziať zodpovednosť za svoju profesiu, za ošetrovateľské intervencie, za nimi vykonanú prácu. Pozitívny postoj k modernému ošetrovateľstvu podnecuje sestru k získavaniu vedomostí a nových informácií, ktoré sú súčasťou vedeckého vývoja v zdravotníctve (Hrindová, 2016).

Praktické rady pre prácu sestry v prostredí zmien:

- Byť proaktívna, nečakať na zmeny, predvídať ich, byť niekoľko krokov pred nimi.
- Nečakať na návrat k „normálu“. Naučiť sa žiť a pracovať v tomto zmenenom prostredí.
- Vybudovať si zdravú organizačnú kultúru na oddelení. Bez nej sa nedá prežiť dramatické obdobie zmien. Bez nej nie je možné budovať ani kvalitu, ani zdravšiu ekonomiku na oddelení.
- Sledovať zmeny okolo seba. Mať prehľad o iných oddeleniach doma alebo v zahraničí, ktoré realizujú ošetrovateľskú starostlivosť chytrejšie a lepšie. Sledovať trendy, nové inovácie, nové procesy, nové metódy a zoznamovať s nimi celé oddelenie.
- Vnímať prívalovú vlnu zmien, ktorá na Vaše oddelenie doráža ako príležitosť a nie ako ohrozenie.
- Získavať s pomocou „networkingu“ nové kontakty, vytvárať svoju vlastnú podpornú sieť priateľov a kolegyň nielen v rámci zdravotníckeho zariadenia, ale v rámci celej republiky. Keď chcete posunúť ošetrovateľstvo dopredu, nemôžete si dobré myšlienky nechávať pre seba, musíte byť ochotné ich zdieľať s celou ošetrovateľskou verejnosťou.
- Prediktabilita/linearita je záležitosťou minulosti – nespoliehať sa, že to, čo v minulosti fungovalo, bude fungovať aj zajtra, že to, na čom ste si vybudovali svoju kariéru včera, Vám pomôže budovať Vašu kariéru aj dnes.
- Tak, ako Vaše kolegyne na Západe, prebrať zodpovednosť za rozvoj svojej kariéry. Profesný rast získaním diplomu nekončí, ale začína.
- Zmeniť perspektívu a rozhľad z národného na globálne.
- Snažiť sa o získanie niekoľko násobnej kvalifikácie, ktorá zaistí stabilitu kariéry v budúcnosti (Škrľa, Škrlová, 2003).
- Humanizovať prostredie v ktorom pracuje. To znamená zasadzovať sa za to, aby bola zachovaná dôstojnosť a ľudské práva pacientov. Chrániť aktívne pacientov pred každou diskrimináciou (Vansač, 2012).
- Vážiť si svoju pozíciu sestry, ale mať rešpekt aj k iným pozíciám v zdravotníckom systéme, lebo vždy ide o toho istého pacienta (Guľašová, 2011).

Aká je budúcnosť zdravotníctva? Svojim jednaním, chovaním, postojom alebo rozhodovaním môžeme už dnes významne ovplyvniť svoju budúcnosť. Na neistú budúcnosť pasívne nečakajme, ale tú lepšiu, preferovanú aktívne plánujme a spoločne vytvárajme. O budúcnosti je nutné hovoriť, budúcnosťou je potrebné sa zaoberať. Už len preto, že v nej všetci strávime zvyšok svojho života. Budúcnosť môžeme cieľavedome plánovať na základe vízie. Od vízie budúcnosti sa musíme vrátiť do prítomnosti a zamyslieť sa nad tým, čo je potrebné urobiť dnes, aby sa zvýšila pravdepodobnosť toho, že vytvorená vízia budúcnosti sa naozaj uskutoční. Vytvorenie vízie budúcnosti si vyžaduje proces. Budúcnosť patrí teda tým, ktorí si ju vytvoria. Svojimi myšlienkami, svojou kreativitou, víziou, rozhodnutím a úsilím (Kotler, 2002).

Budúcnosť sestier bude do značnej miery závisieť na ich schopnosti získať zdravšiu sebadôveru a seba hodnotu; na schopnosti nečakať na svoju budúcnosť, ale aktívne ju vytvárať; na schopnosti vidieť ošetrovatelstvo ako kariéru, nie iba ako zamestnanie; na schopnosti a túžbe získať a udržať si špičkové kompetencie; na osobnej zodpovednosti (práca, vzdelanie, kariéra); na schopnosti rozhodovať sa na základe dôkazov, nie emócií; na schopnosti presadiť profesionálnu rovnocennosť a partnerské vzťahy v liečebnom tíme; na budovaní siete známostí a strategických kontaktov (networking); na jednotnom vystupovaní na verejnosti a vybudovaní profesionálneho image; na schopnosti zvládnuť súčasné stresy a frustráciu (Škrľa, Škrlová, 2003).

Záver:

Sestry a ošetrovatelstvo sa nachádzajú na dôležitej historickej križovatke. Na jednej strane neistota v prostredí zmien, na druhej strane, nesmierna príležitosť a možnosti. Nové storočie bude patriť vedomostnej sestre. Vedomostná sestra je sestra špičkovej úrovne, sestra, ktorá vie myslieť kriticky a vlastní „intelektuálny kapitál“, sestra, ktorá sa nebojí inovovať a aktívne plánovať svoju budúcnosť. Iba vedomostná sestra sa stane „produktom“ nového prostredia, ktoré niekomu naháňa strach a iného vyzýva k úspechu.

Literatúra:

- FARKAŠOVÁ, D. (2005) *Ošetrovatelstvo teória*. Martin: Osveta, 2005. 215 s. ISBN 8061824.
- GREŠŠ – HALÁSZ, B.- TKÁČOVÁ, Ľ. (2015) Pokročilá prax v ošetrovatelstve. In Cesta k modernímu ošetrovatelství XVII. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, 2015. ISBN 978-80-87347-20- 1. s. 19-25.
- GUĽAŠOVÁ, M. (2011) *Krízové situácie vyžadujúce psychologickú intervenciu u záchranárov*, In: Urgentní medicína, Časopis pro neodkladnou lékařskou péči, Publisher: MEDIPRAX CB s. r. o. České Budějovice 2011, č. 4/2011, s. 32 – 35, ISSN 1212-1924.
- HANZLÍKOVÁ, A. a kol. (2006) *Komunitné ošetrovatelstvo* 2.vyd. Martin: Osveta, 280 s. ISBN 80-8063-213-8.
- HRINDOVÁ, T. (2016) *Profesionálny imidž sestry*. In. Sestra ISSN 1335- 94444, 2016, č.1-2, s.7.
- KILÍKOVÁ, M. (2006) *Základy manažmentu v ošetrovatelstve* 1. Bratislava: SAPIENTA, 2006. 65 s. ISBN 80-89271-01-4.
- KOTLER, P. John: (2002) *The Heart of Change*. Harvard Business School Press.
- KOZIEROVÁ, B. – ERBOVÁ, G. – OLIVIERIOVÁ, R. (2004) *Ošetrovatelstvo I a II*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2004. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.
- LEZOVÁ, D. – BARKASI, D. – BARKASI, R. – HRINDOVÁ, T. – ŠAMUDOVSKÁ, G. (2014). Analýza motivačných faktorov pri výbere študijných odborov z oblasti pomáhajúcich profesií. In: KILÍKOVÁ, M. a kol. Supplement vybraných kapitol vo vedných odboroch sociálna práca a ošetrovatelstvo. II. Příbram: Ústav sv. Jána Nepomuka Neumanna, 2014. ISBN 978-80- 905973-1-0, s. 256-292.
- LIŠKOVÁ, M.- NADASKÁ, I. a kol . (2006) *Základy multikultúrneho ošetrovatelstva*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. 68 s. ISBN 9788080632168.
- ONDOVÁ, A.- PÁSTOROVÁ, S.- ANTONÍKOVÁ, A. (2009) Neuspokojuje ani sestru, ani pacienta. In *Sestra*. ISSN 1335- 9400, 2009, č.5-6, s. 10.

SZALAY, T. (2009) Kríza v zdravotníctve? Hádam by ste neverili HPI...In. *Elektronický časopis Pravda* [online] [cit. 2012-10-10.]Dostupné na internete: [http://szalay.blog.sme.sk/c/187400/Kriza-v-zdravotnictve- Hadam-by-ste-neverili-HPI.html](http://szalay.blog.sme.sk/c/187400/Kriza-v-zdravotnictve-Hadam-by-ste-neverili-HPI.html).

ŠARAFIN, M. (2012) Pacienti sú nespokojní, trápia ich vysoké poplatky za lieky. In. *Elektronický časopis Pravda*. [online] [cit.2012-10-06.] Dostupné na internete: http://spravy.pravda.sk/pacienti-nedoveruju-lekarom-dg3-sk_domace.asp?c=A110423_211130_sk_domace_p58#ixzz28KnUrKU3.

ŠKRLA, P.- ŠKRLOVÁ, M. (2003) *Kreativní ošetrovatelský management* 1. vyd. Praha: Advent-Orion, 2003. 485 s. ISBN 80- 7172- 841- 1.

VANSAČ, P. (2012) Humanizmus v kontexte sociálnej náuky Cirkvi. In: DANCÁK, P., ŠOLTÉS, R., HRUŠKA, D.: DISPUTATIONES QUODLIBETALES, Humanizmus & tolerancia, Prešov : Prešovská univerzita v Prešove, Gréckokatolícka teologická fakulta 2012, s. 98-108, ISBN 978-80-555-0719-4.

Kontaktná adresa:

doc. PhDr. Anna Murgová, PhD.

zástupca vedúceho Inštitútu bl. P. P. Gojdiča a V. Hopku Prešov- Spišská Nová Ves

VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave

Jilemnického 1/A, 080 01 Prešov

Email: annamurgov@gmail.com,

VYBRANÉ OSOBNOSTNÉ CHARAKTERISTIKY VYSOKOŠKOLÁKOV VO VZŤAHU K ICH MOTIVÁCIÍ PRI VOĽBE ŠTUDIJNÉHO ODBORU OŠETROVATEĽSTVO

^{1,2} Dita Leczová, ³ Daniela Barkasi, ⁴ Lenka Lachytová

¹ Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, Detašované pracovisko bl. Sára Salkaháziovej, Rožňava

² Ambulancia klinickej psychológie, Pražská 2, Košice

³ Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, Ústav Bl. M. D. Trčku v Michalovciach

⁴ Vysoká škola medzinárodného podnikania ISM Slovakia v Prešove

Súhrn:

Voľba konkrétneho študijného odboru je výsledkom súhry širokého spektra motivačných faktorov, odrážajúcich osobnostné, skupinové i spoločenské činitele pôsobiace na jednotlivca. Pomáhajúce profesie kladú vysoké nároky nielen na odbornú teoretickú prípravu profesionálov, vyžadujú tiež špecifické osobnostné predpoklady a zručnosti týchto pracovníkov. Cieľom príspevku je priblížiť výsledky výskumu zameraného na zistenie vzťahu medzi vybranými osobnostnými charakteristikami vysokoškolákov v odbore Ošetrovateľstvo a ich motiváciou k voľbe tohto študijného odboru. Výsledky potvrdili i štatisticky významné pozitívne korelácie medzi prosociálnymi motivačnými faktormi s osobnostnými charakteristikami extroverzia, prívetivosť, otvorenosť a svedomitosť.

Kľúčové slová: Päťfaktorový model osobnosti; Motivácia; Ošetrovateľstvo

THE RELATIONSHIP OF SELECTED PERSONALITY CHARACTERISTICS AND MOTIVATION TO CHOOSE NURSING AS PROGRAMME STUDY

Summary: *The choice of a particular field of study is the result of the interplay of a wide range of motivational factors, reflecting personal, group and social factors affecting the individual. Helping professions place high demand not only for professional theoretical training of these professionals, they also involve specific personality requirements and skills of these workers. The aim of the study is to present the results of the research focused on the relationship between selected personality characteristics of Nursing students and their motivation to choose this study programme. Our results confirmed statistically significant positive correlations between pro-social motivation factors with personality traits of extraversion, conscientiousness, openness to experience, and agreeableness.*

Key words: Five-Factor Model of Personality; Motivation; Nursing

Úvod

Pri voľbe študijného odboru na vysokej škole zohráva úlohu viacero motivačných faktorov, ktoré majú charakter osobnostný, skupinový alebo spoločenský. Poznanie motivácie študentov pri voľbe študijného odboru Ošetrovateľstvo môže byť užitočné pre uvedomenie si základného zámeru a nastavenia budúcich ošetrovateľov voči svojej profesii. Potvrzuje to i medzinárodne zvýšený záujem o problematiku motivácie študentov pre voľbu štúdia z oblasti pomáhajúcich profesií, keďže táto môže objasniť nielen silné a slabé stránky študentov, ale ich motivácia tiež ovplyvňuje spôsob, akým sa budú vzťahovať k svojmu povolaniu.

Pomáhajúce profesie sú charakteristické blízkou spoluprácou s ľuďmi rôznych vekových a sociálnych skupín, s rôznymi druhmi problémov či postihnutia. Jednou z podmienok efektívneho výkonu týchto povolání sú špecifické osobnostné predpoklady, ktoré môžu významnou mierou ovplyvniť nielen kvalitu poskytovanej pomoci klientom, ale aj vlastnú angažovanosť a zvládanie nárokov vykonávanej

pomáhajúcej profesie. Okrem mnohých požiadaviek, kladených na pomáhajúceho profesionála, je potrebné spomenúť aj rastúci tlak na zvyšovanie kvalifikačných predpokladov v rôznych oblastiach pôsobnosti týchto odborníkov. Zaradením do niektorej vzdelávacej inštitúcie sa utvára osobnosť človeka i jeho predstavy o budúcom živote, rozvíja sa jeho osobnosť, menia sa hodnoty, schopnosti i osobnostné vlastnosti. Optimálny priebeh adaptácie na akademické prostredie je tiež významným faktorom pri formovaní pozitívneho postoja k vzdelávaniu a budúcemu povolaniu (Čačka, 2000).

Cieľ práce

Primárnym cieľom nášho výskumu bolo preskúmať vzťah medzi vybranými osobnostnými charakteristikami vysokoškolákov v odbore Ošetrovateľstvo a ich motiváciou k voľbe tohto študijného odboru. Ako čiastkové ciele sme si stanovili popísať osobnostnú štruktúru študentov v zmysle prevládajúcich osobnostných charakteristík, vymedzených v rámci päťfaktorovej teórie osobnosti. Zároveň sme sa snažili lepšie pochopiť a porozumieť motivačným faktorom, ktoré zohrali úlohu pri voľbe študijného odboru.

Metodika

Výskum sme realizovali dotazníkovou metódou. Administrovali sme tri samostatné dotazníky. V rámci prvého z nich sme sa zamerali na získanie základných socio-demografických charakteristík respondentov. Cieľom druhého použitého dotazníka, vytvoreného Leczovou a kol. (2014), bolo zmapovať štruktúru motivačných faktorov pri voľbe študijného odboru. Dotazník obsahuje 17 položiek, kde každá predstavuje jeden motivačný faktor. Respondenti vyjadrujú mieru významnosti jednotlivých faktorov pri voľbe odboru štúdia, odpovedajú teda na otázku: „Do akej miery vás uvedené skutočnosti ovplyvnili pri výbere študijného odboru?“ Na hodnotenie dôležitosti jednotlivých položiek respondenti volili odpovede výberom zo škály piatich hodnôt – (1) vôbec nie, (2) skôr nie, (3) nie som si istý, (4) skôr áno, (5) veľmi. Z konštrukcie škály je zrejmé, že vyššie skóre indikuje väčšiu významnosť motívu. Citovaní autori (tamtiež) zistili, že je možné vytvoriť tri všeobecnejšie faktory, pozostávajúce z obsahovo príbuzných položiek. Tieto tri faktory nazvali podľa ich prevládajúcej motivačnej tendencie – „prosociálne“ motivačné faktory, motivačné faktory charakterizované ako „profesijné ambície“ a motivačné faktory súvisiace s „konformitou“. Prosociálne motivačné faktory vypovedajú o túžbe pracovať s ľuďmi a pomáhať im, o chápaní profesie ako poslania, ale tiež o presvedčení, že odbor štúdia je zmysluplný. Pre druhú kategóriu položiek je charakteristické zdôraznenie profesijných ambícií v zmysle príležitosti získať vysokoškolské vzdelanie, zlepšenie možností nájsť si pracovné uplatnenie, resp. udržanie aktuálnej pracovnej pozície, ako aj možnosť postupu alebo vyššieho príjmu po ukončení vysokoškolského vzdelania. Faktor konformita pozostáva z položiek, ktoré naznačujú, že pri rozhodovaní sa pre konkrétny študijný odbor sa jedinec opiera o dôvody nesúvisiace bezprostredne so samotnou profesiou či uplatnením sa. Naznačujú skôr tendenciu jedinca byť konformným v zmysle prispôsobenia sa spoločenskej požiadavke získať vysokoškolský titul, pričom pre splnenie tejto požiadavky volia „jednoduchšiu cestu“, resp. „cestu menšieho odporu“ (Leczová a kol., 2014). V rámci citovaného výskumu autori overili aj základné psychometrické kvality škály, pričom zistili dostatočnú vnútornú konzistenciu takto vytvorených kategórií motivačných faktorov.

Osobnostný inventár NEO-FFI, ktorého tvorcami sú americkí autori P. T. Costa a R. R. McCrae, adaptovali na naše podmienky Ruisel a Halama (2007) pod názvom NEO-FFI (NEO päťfaktorový osobnostný inventár). Ide o 60-položkový sebaopisový inventár, ktorý meria päť osobnostných dimenzií. Každá dimenzia zahŕňa 12 tvrdení, ktoré proband hodnotí z hľadiska výstižnosti vo vzťahu k vlastnej osobe na päťbodovej škále (0 – neplatí to pre mňa vôbec, 1 – platí to pre mňa len málo, 2 – ani platí ani neplatí, 3 – platí to pre mňa prevažne, 4 – platí to pre mňa úplne). NEO FFI obsahuje nasledovných päť osobnostných faktorov (Mlčák, Záškodná, 2006):

1. **Neuroticizmus** zisťuje úroveň prispôsobenia či emocionálnu nestabilitu.
2. **Extroverzia** odráža kvalitu a kvantitu interpersonálnych interakcií, potrebu stimulácie a úroveň aktivácie.

3. **Otvorenosť voči skúsenosti** meria tendenciu vyhľadávať nové zážitky, sklon objavovať, tolerovať neznáme.
4. **Prívetivosť** zisťuje kvalitu interpersonálnej orientácie na kontinuu od súcítienia s druhými po nepriateľskosť, prejavujúcu sa v myšlienkach, pocitoch a činoch.
5. **Svedomitosť** diagnostikuje úroveň motivácie, vytrvalosti a organizácie cieľovo zameraného správania.

Súbor

Výskumný súbor tvorilo spolu 229 vysokoškolských študentov v odbore Ošetrovateľstvo. Išlo o študentov Vysoké školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, detašovaných pracovísk v Michalovciach, Košiciach, Rožňave, Prešove a Bratislave. Vo výskumnom súbore boli zastúpení študenti v bakalárskom aj magisterskom stupni štúdia, v dennej aj externej forme štúdia. Významne vyššie zastúpenie žien vo výskumnom súbore je vzhľadom na sledovaný odbor štúdia prirodzený, odráža do istej miery reálny pomer mužov a žien v tejto pomáhajúcej profesii. Študenti boli vo veku 19 až 63 rokov, s priemerným vekom 30,3 rokov (SD = 9,4). Podrobnú demografickú štruktúru výskumného súboru uvádzame v tab. č. 1.

Tab. 1 Socio-demografické charakteristiky výskumného výberu

		Počet	%
Spolu		229	100
Forma štúdia	Denná	177	77,3
	Externá	52	22,7
Stupeň štúdia	Bc.	190	83
	Mgr.	39	17
Pohlavie	Muži	24	10,5
	Ženy	205	89,5
		Priemer (SD)	Rozpätie
Vek		30,3 (9,4)	19 – 63

Výsledky

Za účelom štatistického spracovania získaných údajov sme použili štatistický software SPSS. Pri štatistickom opise dát sme uplatnili základnú štatistickú deskripciu. Pre overenie tesnosti lineárnych vzťahov sme použili Spearmanovu súčinnú koreláciu. Pre získanie lepšieho prehľadu o skúmanej problematike sme najskôr analyzovali osobnostné charakteristiky a motivačnú štruktúru v celom výskumnom súbore (N = 229).

Pre popis osobnostných faktorov sme sa rozhodli jednak prostredníctvom priemerných hodnôt (M) a štandardnej odchýlky (SD), jednak prostredníctvom štandardizovaného T-skóre. Výsledky hrubého skóre v jednotlivých osobnostných faktoroch sme preto previedli na T-skóre. Na základe noriem pre slovenskú populáciu (súbor 1079 respondentov), ktoré vypracovali Ruisel a Halama (2007), možno respondentov podľa hodnôt T-skóre rozdeliť do troch skupín. Hodnoty T-skóre nižšie alebo rovné 44 možno interpretovať ako nízku mieru v danom faktore, T-skóre v rozmedzí 45 – 55 interpretujeme ako priemerné a T-skóre 56 a viac znamená vysokú mieru daného faktora.

Dosiahnuté priemerné skóre v osobnostných faktoroch a príslušné hodnoty T-skóre uvádzame v tabuľke č. 2. Hodnoty vo faktoroch neuroticizmu, extroverzie, otvorenosti a prívetivosti sa vzhľadom k štandardizačnému súboru pohybujú v pásme priemeru. Výsledky zároveň naznačujú, že pre náš výskumný súbor je charakteristická vysoká miera svedomitosti. Jedincov s vysokou mierou

svedomitosti možno popísať ako usporiadaných, spoľahlivých, pracovitých, disciplinovaných, ambiciózných, či vytrvalých. Sú cieľavedomí a spoľahliví, so silnou vôľou. Vysoká svedomitosť sa spája s akademickými a profesijnými výkonmi, vedie k vyššej všeobecnej efektívnosti. Svedomitosť tiež pozitívne súvisí s celkovou psychickou pohodou a s copingovými stratégiami zameranými na aktívne riešenie problému.

Tab. 2 Priemerné hodnoty v osobnostných faktoroch a príslušné T-skóre (N = 229)

	M	SD	miera osobnostného faktora podľa hodnoty T-skóre
Neuroticizmus	22,15	6,89	priemerná
Extroverzia	31,31	5,86	priemerná
Otvorenosť	26,28	5,73	priemerná
Prívetivosť	32,42	5,82	priemerná
Svedomitosť	38,15	5,85	vysoká

Zaujímal nás tiež podrobnejší pohľad na distribúciu osobnostných faktorov v našom výskumnom súbore. Urobili sme preto analýzu percentuálneho zastúpenia osobnostných charakteristík u študentov podľa dosiahnutého T-skóre, teda na úrovni nízkej, priemernej a vysokej (tabuľka č. 3). Z výsledkov vyplýva, že v osobnostnej charakteristike otvorenosť dosiahlo percentuálne najviac respondentov priemerné T-skóre (45 %), resp. nízke T-skóre (41,5 %). Vo faktoroch neuroticizmus, extroverzia a prívetivosť najvyššie percento respondentov dosiahlo vysoké T-skóre, konkrétne 37,6 % vo faktore neuroticizmus, 42,8 % v extroverzii a 48,0 % v prívetivosti. V prípade svedomitosti spadá až 72,9 % respondentov do oblasti vysokého T-skóre.

Tab. 3 Percentuálne zastúpenie osobnostných charakteristík u študentov podľa dosiahnutého T-skóre (N = 229)

	T ≤ 44 (nízke)	T = 45 – 55 (priemerné)	T ≥ 56 (vysoké)
Neuroticizmus	25,8	36,7	37,6
Extroverzia	17,5	39,7	42,8
Otvorenosť	41,5	45,0	13,5
Prívetivosť	14,0	38,0	48,0
Svedomitosť	3,1	24,0	72,9

Čo sa týka motivačných faktorov pri voľbe študijného odboru, aj tu sme najskôr zrealizovali deskriptívny popis výskumného súboru. V tabuľke č. 4 uvádzame poradie motivačných faktorov od najvýznamnejších po najmenej významné v celom výskumnom súbore. Z výsledkov je zrejmé, že u študentov Ošetrovateľstva zohrali pri voľbe študijného odboru najvýznamnejšiu úlohu prosociálne motivačné faktory. Práve do tejto kategórie patria motivačné faktory, ktoré respondenti uviedli ako najvýznamnejšie. Študentov pri voľbe študijného odboru motivovala túžba pomáhať iným ľuďom a pracovať s ľuďmi, ako aj presvedčenie, že pomáhať druhým je ich poslanie.

Ako tri najmenej významné motivačné faktory študenti označili fakt, že sa nedostali na inú vysokú školu, že študijný odbor volili na základe želania svojich rodičov, resp. z dôvodu predpokladu nižších študijných nárokov v zvolenom odbore. Pri voľbe študijného odboru teda študentov najmenej

ovplyvnili faktory z kategórie konformita, ktoré naznačujú, že pri rozhodovaní sa pre konkrétny študijný odbor sa jedinci len zriedkavo opierali o dôvody nesúvisiace bezprostredne so samotnou profesiou či uplatnením sa, teda ich tendencia byť konformnými v zmysle prispôsobenia sa spoločenskej požiadavke získať vysokoškolský titul je v porovnaní s inými motívmi nízka.

Tab. 4 Poradie motivačných faktorov od najvýznamnejších po najmenej významné v celom výskumnom výbere (N = 229)

Položky	Kategórie motiv. faktorov	M	SD
Chcem pomáhať iným ľuďom.	prosociálne	4,65	0,53
Rád/rada pracujem s ľuďmi.	prosociálne	4,56	0,63
Cítim, že pomáhať druhým je moje poslanie.	prosociálne	4,52	0,68
Vidím zmysel v odbore, ktorý študujem.	prosociálne	4,49	0,67
Zaujímajú ma osudy iných ľudí.	prosociálne	4,33	0,70
Príležitosť získať VŠ vzdelanie.	profes. ambície	4,04	1,09
Väčšia možnosť nájsť si prácu po ukončení štúdia.	profes. ambície	3,92	1,10
Možnosť postupu v mojom súčasnom zamestnaní.	profes. ambície	3,66	1,28
Služba človeku v zmysle kresťanskej morálky.	prosociálne	3,59	1,15
Možnosť vyššieho príjmu po ukončení VŠ.	profes. ambície	3,51	1,28
Niečo budem znamenať.	profes. ambície	3,18	1,18
Nevyhnutnosť doplniť si vzdelanie v odbore pre udržanie si pracovného miesta.	profes. ambície	2,71	1,47
V odbore, ktorý študujem, je relatívne jednoduché dostať sa na VŠ.	konformita	2,62	1,19
Vzdialenosť VŠ od bydliska.	konformita	2,40	1,43
Nižšie študijné nároky v odbore, ktorý študujem.	konformita	2,10	1,06
Želali si to moji rodičia.	konformita	1,92	1,31
Nedostal/a som sa na inú VŠ.	konformita	1,31	0,80

Napokon sme v rámci štatistickej analýzy overovali náš predpoklad, že existuje vzťah medzi prevládajúcimi motivačnými faktormi pri voľbe študijného odboru a sledovanými osobnostnými charakteristikami vysokoškolákov v odbore Ošetrovateľstvo. Vykonali sme analýzu tesnosti lineárnych vzťahov medzi osobnostnými faktormi Big Five, kategóriami motivačných faktorov a konkrétnymi motivačnými faktormi, vyjadrenými položkami dotazníka. Hoci analýza preukázala veľký počet štatisticky významných výsledkov, do úvahy sme brali len tie, pri ktorých korelačný koeficient bol väčší ako 2,5.

Motivačné kategórie, profesijné ambície a konformita nepreukázali v našom výskumnom výbere štatisticky významné korelácie so sledovanými osobnostnými charakteristikami (tabuľka č. 6). Potvrdili sa však štatisticky významné pozitívne korelácie medzi prosociálnymi motivačnými faktormi s osobnostnými charakteristikami extroverzia, svedomitosť, privetivosť a otvorenosť (vo

všetkých prípadoch na hladine významnosti $p < 0,01$). Toto zistenie korešponduje s analýzou korelácií osobnostných faktorov s konkrétnymi položkami dotazníka, teda jednotlivými motivačnými faktormi. Všetky významné korelácie sa týkajú položiek, ktoré patria do kategórie prosociálnych faktorov. Z výsledkov vyplýva, že prosociálne motivačné faktory zohrávajú významnejšiu úlohu u študentov extrovertovanejších, svedomitých, prívetivých a otvorených novým skúsenostiam.

Tab. 6 Tesnosť lineárnych vzťahov medzi osobnostnými faktormi, kategóriami motivačných faktorov a konkrétnymi motivačnými faktormi (N = 229)

	Neuroticizmus	Extroverzia	Otvorenosť	Prívetivosť	Svedomitosť
prosociálne motivačné faktory	-,149*	,338**	,255**	,288**	,319**
profesijné ambície	,088	,019	,030	-,046	-,037
konformita	,136*	,005	-,154*	-,115	-,128
2. Rád/rada pracujem s ľuďmi.	-,109	,342**	,060	,158*	,212**
3. Vidím zmysel v odbore, ktorý študujem.	-,161*	,227**	,140*	,141*	,292**
6. Cítim, že pomáhať druhým je moje poslanie.	-,167*	,236**	,206**	,218**	,309**
9. Služba človeku v zmysle kresťanskej morálky.	-,023	,135*	,253**	,243**	,192**
17. Chcem pomáhať iným ľuďom.	-,177**	,344**	,118	,207**	,296**

Spearmanov korelačný koeficient

*sig. $p < 0,05$; **sig. $p < 0,01$

Diskusia

Cieľom nášho výskumu bolo preskúmať vzťah medzi vybranými osobnostnými charakteristikami vysokoškolákov a ich motiváciou k voľbe študijného odboru Ošetrovateľstvo. Naše zistenia na základe analýzy vzťahu motivačných faktorov k voľbe študijného odboru a osobnostných charakteristík vysokoškolákov potvrdili štatisticky signifikantné pozitívne korelácie medzi prosociálnymi motivačnými faktormi s osobnostnými charakteristikami extroverzia, prívetivosť, otvorenosť a svedomitosť. Z výsledkov vyplynulo, že čím vyššie respondenti skórovali v uvedených osobnostných faktoroch, tým viac ich pri voľbe študijného odboru ovplyvnili prosociálne motivačné faktory.

V rámci analýzy štruktúry motivácie vo výskumnom súbore sme sa zamerali na zistenie toho, ktoré motivačné faktory sú najvýznamnejšie, a ktoré najmenej významné pri voľbe študijných odborov Sociálna práca a Ošetrovateľstvo. Výsledky analýzy preukázali, že pri voľbe študijného odboru zohrali u študentov Ošetrovateľstva najvýznamnejšiu úlohu prosociálne motivačné faktory. Práve do tejto kategórie patria motivačné faktory, ktoré respondenti uviedli ako najvýznamnejšie. Pri voľbe študijného odboru ich zároveň najmenej ovplyvnila tendencia byť konformnými v zmysle prispôsobenia sa spoločenskej požiadavke získať vysokoškolský titul. Toto zistenie je v súlade s výsledkami nášho predchádzajúceho výskumu (Leczová a kol., 2014), do ktorého sa zapojilo 193 študentov študijného odboru Sociálna práca a Ošetrovateľstvo. U týchto študentov boli pri voľbe

študijného odboru najvýznamnejšie prosociálne motivačné faktory, a to najmä radosť z práce s ľuďmi a vnímanie zmyslu zvoleného odboru, ako aj príležitosť získať vysokoškolské vzdelanie, čo je motív z kategórie profesijných ambícií. Študentov zároveň pri voľbe študijného odboru najmenej ovplyvnil fakt, že by sa nedostali na inú vysokú školu, že by si to želali ich rodičia, resp. nevyhnutnosť doplniť si vzdelanie v odbore pre udržanie si pracovného miesta. Rovnako, ako v našom aktuálnom výskume, medzi najmenej významné motivačné faktory u študentov patrili z kategórie konformita.

Tieto výsledky sú v súlade so všeobecným predpokladom, že pre pomáhajúcich pracovníkov je charakteristické prosociálne správanie, teda správanie, ktoré je vykonávané v prospech inej osoby, bez nároku na akúkoľvek odmenu. Toto zistenie zároveň korešponduje s výsledkami Gregorovej a Krystoňa (2005), ktorí na vzorke 200 uchádzačov o štúdium Sociálnej práce sledovali ich motiváciu k výberu tohto študijného odboru. U respondentov rovnako zaznamenali ako najvýznamnejšie motívy vyjadrujúce túžbu pracovať s ľuďmi a pomáhať im, pričom v tejto práci vidia nielen zmysel, ale považujú ju aj za svoje poslanie. Naopak, za najmenej významný uvádzali uchádzači o štúdium fakt, že by sa nedostali na inú vysokú školu, že by išlo o podmienku zamestnávateľa, potrebu doplniť si vzdelanie pre udržanie si zamestnania, alebo že by sa pre štúdium rozhodli kvôli želaniu rodičov. Naše zistenia teda korešpondujú s výsledkami uvedenej štúdie z roku 2005, rovnako ako aj s výsledkami výskumu Zamboriovkej a Simočkovej (2005), ktoré skúmali motiváciu pre povolanie sestry. Podľa zistení citovaných autoriek až 66 % respondentov udávalo ako najsilnejší motivačný faktor pre povolanie sestry „byť prospešná iným ľuďom“. Autorky to považujú za potvrdenie jedného zo základných atribútov pre ošetrovateľské povolanie. Ako ďalší faktor motivácie sestier, ku ktorému sa priklonilo až 22 % respondentov, bola uvádzaná sebarealizácia.

Kešelová (2011), autorka správy empirického prieskumu celoživotného vzdelávania a celoživotného poradenstva, ktorý sa realizoval v rámci projektu Národné fórum ako nástroj zlepšenia stratégie celoživotného vzdelávania (NAFORFIL) uvádza, že podľa inštitúcií ďalšieho vzdelávania sú najvýznamnejšími motívmi dospelých ku vzdelávaniu sa kariérny rast, získanie pracovného miesta a udržanie si pracovného miesta. Ďalšími významnými motívmi sú podľa nej platový rast a povinnosť, či požiadavka zamestnávateľa. Uvedené výsledky nekorešpondujú s našimi zisteniami, avšak je potrebné podotknúť, že v uvedenom prieskume išlo o výpovede zástupcov inštitúcií ďalšieho vzdelávania, nie samotných študentov.

Analýza osobnostných charakteristík vysokoškolákov, vymedzených v rámci päťfaktorovej teórie osobnosti ukázala, že pre našich respondentov je charakteristická vysoká miera svedomitosti, ktorá meria stupeň organizovanosti, vytrvalosti a motivácie v správaní zameranom na cieľ a spomedzi všetkých faktorov sa považuje za najspoľahlivejšie kritérium pracovnej výkonnosti. Svedomitosť súvisí aj s aspektom osobnosti, ktorý je známy ako charakter. Hodnoty vo faktoroch neuroticizmu, extroverzie, otvorenosti a prívetivosti sa vzhľadom k štandardizačnému súboru pohybujú v pásme priemeru.

K podobným výsledkom dospeli aj Mlčák a Zášková (2006), ktorí zrealizovali pilotnú štúdiu s cieľom preskúmať vzájomné vzťahy medzi relevantnými zložkami prosociálneho správania, aspektami empatie a osobnostnými dimenziami, ktoré vyplývajú z päťfaktorového modelu osobnosti. Výskum uskutočnili na súbore 137 študentiek sociálnej práce a vychovávateľstva. Autori zistili, že súbor študentiek prevyšoval bežnú populáciu zvýšenými hodnotami v dimenzii svedomitosti a tiež prívetivosti. Hodnoty extroverzie a otvorenosti voči skúsenostiam sa vzhľadom k štandardizačnému súboru pohybovali v pásme priemeru a v dimenzii neuroticizmu dosiahol súbor študentiek skôr mierne podpriemerné hodnoty (Mlčák, Zášková, 2006).

Viacere zahraničné výskumy (napr. Komarraja a Karaub, 2005; Noftle a Robins, 2007; Hazrati-Viari, Rad, a Torabi, 2012) potvrdili, že svedomitosť a otvorenosť voči novým skúsenostiam predikujú lepší akademický výkon, čo znamená, že študenti, ktorí vysoko skórujú v svedomitosti a otvorenosti budú v rámci vysokoškolského štúdia úspešnejší. Zistenia pritom naznačujú, že svedomitosť sa vzťahuje tak k motivácii vnútornej, ako aj k motivácii vonkajšej. Grozier (In: Hazrati-Viari, Rad, a Torabi, 2012) vysvetľuje, že študenti s vysokou mierou svedomitosti pravdepodobne častejšie dokončia úlohy a zadania včas, dokončia započaté úlohy, než aby ich dokončenie odkladali, budú úlohám venovať dostatok času a úsilia, budú pracovať samostatne bez potreby supervízie a pod.

Záver

Pomáhajúce profesie kladú vysoké nároky nielen na odbornú teoretickú prípravu profesionálov, vyžadujú tiež špecifické osobnostné predpoklady a zručnosti týchto pracovníkov. Poznanie motivácie študentov Ošetrovateľstva pri voľbe študijného odboru nám môže napovedať, aké je ich nastavenie voči svojej budúcej profesii. Vzhľadom na pomáhajúci rozmer tejto profesie je žiadúce, aby už samotné rozhodnutie pre voľbu štúdia aspoň čiastočne vyplývalo z prosociálnych motívov uchádzačov. Je samozrejme prirodzené, že v tomto smere zohráva úlohu široké spektrum motivačných faktorov.

Literatúra:

- ČAČKA, O. (2000) *Psychologie duševního vývoje dětí a dospělých s faktory optimalizace*. Brno : Doplněk, 2000. ISBN 1081-171-2000.
- GREGOROVÁ, A., KRYSŤOŇ, M. (2005). *Motivácia k štúdiu sociálnej práce na Pedagogickej fakulte Univerzity Mateja Bela v Banskej Bystrici*. In: TOKÁROVÁ, A., KREDÁTUS, J., FRK, V. (Eds.) „Kvalita života a rovnosť príležitostí – z aspektu vzdelávania dospelých a sociálnej práce“ : Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou. Prešov : Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove, 2005. ISBN 80-8068-425-1.
- HAZRATI-VIARI. A., RAD, A. T., TORABI, S. S. (2012). *The effect of personality traits on academic performance: The mediating role of academic motivation*. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 32, 2012, 367-371.
- KEŠELOVÁ, D. (2011). *Národné fórum ako nástroj zlepšenia Stratégie celoživotného vzdelávania*. Výskumná správa z empirického prieskumu. Bratislava : Nezisková organizácia Start, 2011. 84 s.
- KOMARRAJUA, M., KARAUB, S. J. (2005). *The relationship between the big five personality traits and academic motivation*. In: *Personality and Individual Differences*, 39, 3, 2005, 557–567.
- LECZOVÁ, D. – BARKASI, D. – BARKASI, R. – HRINDOVÁ, T. – ŠAMUDOVSÁ, G. (2014). *Analýza motivačných faktorov pri výbere študijných odborov z oblasti pomáhajúcich profesií*. In: KILÍKOVÁ, M. a kol. *Supplement vybraných kapitol vo vedných odboroch sociálna práca a ošetrovateľstvo*. II. Příbram: Ústav sv. Jána Nepomuka Neumanna, 2014. ISBN 978-80-905973-1-0, s. 256-292.
- MLČÁK, Z., ZÁŠKODNÁ, H. (2006). *Prosociální tendence, empatie a osobnostní dimenze u studentek vybraných pomáhajících oborů*. Sborník z konference Sociálne procesy a osobnosť. Bratislava, SAV Bratislava, s. 30-42.
- NOFTLE, E. E. ROBINS, R. W. (2007). *Personality predictors of academic outcomes: Big five correlates of GPA and SAT scores*. In: *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol 93, 1, 2007, 116-130.
- RUISEL, I., HALAMA, P. (2007). *NEO päťfaktorový osobnostný inventár*. Testcentrum – Hogrefe, Praha, 2007.
- ZAMBORIOVÁ, SIMOČKOVÁ, (2005). *Motivácia pre povolanie sestry*. In: Čáp, J., Žiaková, K., Nemčeková, M., Holmanová, E. (Eds.) *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovateľstve*. Martin : UK Bratislava, Jesseniova LF Martin, Ústav ošetrovateľstva SR, LF Univerzity Palackého Olomouc, Ústav teorie a praxe ošetrovateľství ČR, OZ pre rozvoj zdravotníckeho vzdelávania v Martine, 2005. ISBN 80-88866-32-4, s. 526-534.

Kontakt na autorov:

PhDr. Dita Leczová, PhD. MBA
Ambulancia klinickej psychológie, Pražská 2, Košice, Slovenská republika
email: d.leczova@gmail.com

RNDr. Mgr. Daniela Barkasi, PhD.
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave,
Ústav Bl. M. D. Trčku v Michalovciach Partizánska 23, Michalovce 071 01 , Slovenská republika
email: daniela.barkasi@gmail.com

Doc. PhDr. ThDr. PaedDr. Lenka Lachytová, PhD., MBA
Vysoká škola medzinárodného podnikania ISM Slovakia v Prešove
Duchnovičovo námestie 1
080 01 Prešov, Slovenská republika
email: lachytova@ismpo.sk



DNEŠNÍ STUDENTKY - BUDOUCÍ KOLEGYNĚ. ODBORNÁ PRAXE STUDENTŮ 3. LF UK VE FN MOTOL

Marie Zvoníčková, Jana Nováková, Jana Holubová, Petra Sedlářová, Renata Vytečková, Hana Svobodová

3. lékařská fakulta, Univerzita Karlova

Souhrn:

Sestry – mentorky z FN Motol se již dva roky systematicky podílejí na přípravě studentů ošetrovatelství 3. LF UK. Významný je jejich přínos zejména v oblasti praktické přípravy. Důležitá je však také účast dětských sester na teoretické přípravě v pediatrickém ošetrovatelství. Současný nedostatek sester vede k potřebě zamýšlet se nad pedagogickými metodami, které se při výuce odborné praxe používají, abychom studenty spíše motivovali, než demotivovali k nástupu do praxe. V příspěvku seznámíme s průběhem a hodnocením praxe ve FN Motol v uplynulém období jako východiskem pro zkvalitňování jak profesní přípravy sester v podmínkách fakultní nemocnice, tak i vzájemné spolupráce mezi nemocnicí a školou.

Klíčová slova: *Mentorka; Odborná praxe; Hodnocení; Spolupráce nemocnice a školy;*

TODAYS STUDENTS – TOMMOROWS COLLEAGUES. PRACTICAL TRAINING OF NURSING STUDENTS 3RD MEDICAL SCHOOL CHARLES UNIVERSITY IN THE MOTOL UNIVERSITY HOSPITAL

Summary:

The authors of this article present their view on the practical training in nursing education. Nurses – preceptors from Motol University Hospital take part in practical training of nursing students of the 3rd Medical School Charles University. They participate on the theoretical lectures of Pediatric Nursing as well. Current shortage of nurses triggers a discussion about educational approach for better motivation of nursing students. We share the course and evaluation of collaboration of The Motol University Hospital and The 3rd Medical School Charles University as a starting point for quality improvement in a field of education and in a mutual collaboration as well.

Key words: *Nurse - preceptor; Practical training; Evaluation; University – Hospital collaboration;*

Úvod

Praktická příprava v pregraduálním studiu představuje nejen časově a organizačně, ale i obsahově a metodicky velkou výzvu pro všechny, kteří se na kvalifikační přípravě sester podílejí. Praktická příprava, resp. odborná praxe tvoří polovinu hodinové dotace studijního oboru pro všeobecné sestry (Metodicky pokyn k Vyhlášce č. 39/2005 Sb.). Z personálních důvodů je zřejmé, že není možné, aby probíhala v celém rozsahu pod vedením vyučujících, dříve označovaných jako odborné učitelky, v současné době jako asistentky a odborné asistentky. Ústavy nebo katedry ošetrovatelství jsou poměrně malé a disponují malým počtem interních pracovníků. K zajištění celého rozsahu praktické výuky je nutná fungující spolupráce se zdravotnickými zařízeními, a to na úrovni vedení nemocnice, na úrovni vedení klinik a na úrovni oddělení. Z hlediska studentů je pak nejdůležitější dobrá spolupráce na úrovni jednotlivých sester z klinických pracovišť.

Vlastní text

Proč je odborná praxe tak důležitá v sesterském studiu?

O významu odborné praxe v rámci studia všeobecných sester se nediskutuje. Ošetřovatelství tradičně patřilo k povoláním, která byla nejprve praktická, a až potom se tvořila teorie. První organizované vzdělávání sester, jehož součástí byla i teorie, se datuje do druhé poloviny 19. století. A za teorii se dlouhou dobu považovala školní výuka, to znamená hlavně nacvičování postupů (Smith, 1989, s.19).

Tvorba a výuka teorie, která reflektuje praxi a přináší nové impulsy pro její rozvoj, přichází teprve v 2. polovině 20. století, v našich zemích tedy s vysokoškolským vzděláním učitelek středních zdravotnických škol. Díky nim byla výuka odborné praxe na středních zdravotnických školách velmi dobře organizačně i metodicky propracovaná a zajištěná. Ve školní hierarchii vždy měla a stále má velmi silné postavení vedoucí učitelka praktického vyučování. Na vysokoškolských katedrách a ústavech, vzniklých v 90. letech minulého století, tomu tak ale zpočátku nebylo. Odborná praxe v akademickém prostředí nebyla považována za TAK důležitou disciplínu. Následkem byla ne vždy dobrá úroveň praktické přípravy studentů bakalářských oborů všeobecná sestra, která se často využívala jako argument proti vysokoškolskému vzdělávání sester. Situace se však změnila.

Vysokoškolská pracoviště reagovala na kritiku a změnila svůj postoj k organizaci a metodickému vedení odborné praxe. O odborné praxi však ve 21. století na vysokých školách musíme uvažovat jinak. Jistým způsobem musíme porušit tabu a začít o odborné praxi více kriticky diskutovat - o podmínkách, obsahu, rozsahu a způsobu výuky odborné praxe.

Odborná praxe ve vysokoškolském studiu neznamena „apprenticeship“ – být v učení jako učeň, který se všechno učí od začátku, je k dispozici, neodmlouvá a dělá, co je právě potřeba a hlavně se učí praktické dovednosti. V ošetřovatelské praxi se jedná o víc než poslušnost a provádění výkonů podle harmonogramu nebo podle ordinace lékaře. Jedná se o budování vztahu k pacientovi, o péči a pečování, jejíž součástí je porozumění situaci nemocného a jeho blízkých, jedná se o komunikaci s nemocným a jeho blízkými, a samozřejmě také provedení odborné činnosti – odborných výkonů. Můžeme vést dlouhou diskuzi o charakteristice odborných výkonů, ale to by bylo předmětem samostatného sdělení. V odborné praxi se také jedná o chápání vlastní role ve vztahu ke spolupracovníkům, a to jak v rámci ošetřovatelského týmu, tak v rámci širokého zdravotnického týmu, jehož součástí je porozumění rolím a činnostem spolupracovníků, osvojení si komunikace s nimi i zvládnutí výkonů nebo činností organizace práce, které se v této souvislosti studenti učí prakticky provádět. Jedná se také o vztah ke zdravotnickému zařízení a zvládnutí nastavených organizačních pravidel a procesů, které jsou platné pro všechny pracovníky, jako jsou například bezpečnostní procesy, nebo procesy zvyšování kvality, o kterých by studenti také měli mít jasnou a ucelenou představu. Pro takto široce založenou odbornou praxi je učňovské pojetí nedostačující.

Při diskuzi o praxi je nutné si uvědomit, že ti, které vzděláváme, jsou a budou našimi partnery. Ve vzdělávání sester na vyšší a vysokoškolské úrovni je potřeba respektovat základní andragogické principy, protože vzděláváme dospělé, kteří mají svoje názory, i představy o uplatnění toho, co se učí, a chtějí se učit efektivně. Řada z nich už ve zdravotnictví v průběhu studia pracuje. Ve výuce odborné praxe je pak velmi důležitá reflexe jejich zkušeností a hledání souvislostí.

Nezastupitelnou roli v procesu praktického vzdělávání hraje vyučující odborné praxe. Jeho/její rolí je být vzorem pro studenty ve vztahu k pacientům, spolupracovníkům, zdravotnickému zařízení a škole, pomocníkem a rádcem při nácvičení a provádění praktických činností v reálných podmínkách, učitelem vysvětlujícím komplexní problematiku zdravotní péče a často velmi složité souvislosti, včetně etických témat. A také vzorem v péči o sebe sama – v prevenci syndromu vyhoření (Trčková a kol., 2004, s.12).

3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy věnuje výběru a přípravě studentů dlouhodobě velkou pozornost. Máme 25ti-letou zkušenost s přípravou studentů v kombinované formě studia Zdravotní vědy, resp. všeobecná sestra, máme 15ti-letou zkušenost s přípravou studentů v prezenční formě

studia všeobecná sestra, máme 10ti-letou zkušenost s přípravou nezdravotníků pro profesi všeobecná sestra v kombinované formě studia. (Hettnerová, 2017, s. 20-21).

Spolupráce s FN Motol

V roce 2015/2016 byl do prvního ročníku prezenčního studia přijat trojnásobný počet studentů. Z téměř exkluzivního oboru se stal druhý největší obor na 3. LF UK. Pro studenty bylo nutné zajistit větší počet pracovišť pro klinickou praxi, a proto jsme přivítali nabídku spolupráce z FN Motol.

Principy spolupráce, které při výuce odborné praxe uplatňujeme ve všech zdravotnických zařízeních, se kterými máme smlouvu o spolupráci, tedy i ve FN Motol.

1. Odbornou praxi ve studijním oboru všeobecná sestra považujeme na 3. LF UK za klíčový předmět.
2. Předpokladem pro výuku odborné praxe na klinických pracovištích je důkladná příprava v laboratorních podmínkách pod vedením odborných asistentek v předmětu nazvaném Ošetřovatelské postupy. Tento předmět má svoji teoreticko-praktickou část a cvičení. Na ně navazuje jednodenní skupinová praxe vedená odbornými asistentkami Ústavu ošetřovatelství nebo spolupracujícími sestrami mentorkami, které jsou na dobu skupinové výuky uvolněny zaměstnavatelem k výuce. Cílem těchto jednodenních praxí je usnadnit studentům adaptaci na pracovišti, vytvořit příležitosti k praktickému učení a poskytovat studentům zpětnou vazbu o jejich činnosti. Velmi důležité je metodické vedení všech vyučujících, společná formulace cílů praxe, diskuze o praktických problémech i o problémových studentech.
3. V každém semestru posledních pět týdnů navazuje souvislá odborná praxe v semestru. Jedná se o praxi individuální, kdy student praktikuje pod vedením sestry u lůžka. Student sestru zpočátku stínuje, a přitom zjišťuje rozsah reálné ošetřovatelské praxe, a postupně se pod dohledem zapojuje do ošetřovatelské péče. Na začátku zejména na úrovni provádění dílčích činností, postupně se zapojuje do komplexní ošetřovatelské péče.
4. Mentorky vždy upozorňujeme na úroveň klinických znalostí studentů. Vzhledem k tomu, že teoretická příprava v ošetřovatelství v chirurgických a interních oborech začíná až v druhé polovině studia, je nutné při praktické výuce vysvětlovat i klinické poznatky. Studenti se na praxi musí v této oblasti daleko důkladněji připravovat, aby jejich praxe měla skutečně vzdělávací charakter.
5. Hodnocení odborné praxe probíhá kontinuálně prostřednictvím písemných zpráv z každé praxe, hodnocením po každém bloku praxe a praktickým zkoušením ve 3. a 6. semestru studia.

Ve FN Motol probíhá odborná praxe všech tří ročníků studia a na veškeré odborné praxi se podílejí i sestry mentorky z FN Motol. Jejich přínos je mimořádný. V rámci skupinové praxe, která probíhá jeden den v týdnu, vedou mentorky skupinu 5-6 studentů, sestry u lůžka působí jako mentorky pro studenty na pětitýdenní individuální praxi. Vrchní sestry se podílejí na organizaci a obsahu individuálních stáží na vybraných pracovištích. Mentorky se účastní praktického zkoušení. Neúspěšné pokusy našich studentů o zvládnutí praktické zkoušky vytvářejí příležitost k diskuzi o pojetí odborné praxe a hledání společného modelu praktické přípravy našich studentů – nejen ke zkoušce, ale hlavně pro jejich další profesní vývoj.

Velmi specifická a v českých podmínkách naprosto unikátní formou spolupráce je výuka pediatrie a ošetřovatelství v pediatrii. Tento klinický předmět vyučuje odborná asistentka Ústavu ošetřovatelství – dětská sestra pro intenzivní péči se spolupracovnicemi – dětskými sestrami, specialistkami převážně z FN Motol u studentů 3. ročníku. Výuku pediatrie i ošetřovatelství v pediatrii převzaly od pediatriů dětské sestry proto, aby se studenti ošetřovatelství vedle medicínských problémů vzdělávali i v ošetřovatelské problematice. Výuka probíhá tak, že je téma probráno teoreticky, a na to pak navazuje praktická část, při které si studenti zkouší jednotlivé výkony na modelech, sledují dokument na videu nebo se jdou podívat přímo na oddělení. Prakticky si péči o dítě procvičí během jednodenních praktických cvičení a souvislé praxe. Praxe probíhá na pracovištích vyučujících, čímž

dochází k maximálnímu propojení teorie s praxí. Výuka předmětu sestrami je studenty velmi dobře hodnocena a je pro ně velmi motivační z hlediska výběru oboru. Jedna ze studentek v evaluaci napsala, že sestry nejlépe vědí, co budou absolventky v praxi potřebovat.

Závěr

Odborná praxe v bakalářském studiu všeobecná sestra na 3. lékařské fakultě Univerzity Karlovy patří ke klíčovým předmětům nejen deklarativně, ale skutečně. Pracovníkům Ústavu ošetřovatelství a vedení FN Motol se podařilo vytvořit fungující spolupráci, kterou velmi dobře vnímají i studenti 3. LF UK. Velice si vážíme dobrých vztahů na klinikách i se sestrami mentorkami a těšíme se na další spolupráci.

Literatura:

HETTNEROVÁ, M. (2017) Čtvrt století výuky ošetřovatelství oslavili absolventi 3. LF UK v Karolinu. *In Florence*, 13 (6), 2017, s. 20-21. ISSN 1801-464X.

Metodický pokyn k Vyhlášce č. 39/2005 Sb. [cit. 2011-02-21]. Dostupné na internetu https://www.mzcr.cz/dokumenty/metodicky-pokyn-vseobecna-sestra_2197_947_3.html

SMITH, J.P. (1989) Virginia Henderson: the first ninety years. London: Scutari Press, 1989, 121 s. ISBN 1-871364-28-0.

TRČKOVÁ, M., VAŇKOVÁ, M., Zvoníčková, M. a kol. (2004) Vyučování odborné praxe – další role sester. *In Cesta k modernímu ošetřovatelství VI: sborník příspěvků*, s. 22-23. Praha: Fakultní nemocnice Motol, 2004, ISBN nevedeno.

TRČKOVÁ, M., VAŇKOVÁ, M., Zvoníčková, M. a kol. (2004) Vyučování odborné praxe – učitelky versus mentorky. *In Cesta k modernímu ošetřovatelství VI: sborník příspěvků*, s. 12-13. Praha: Fakultní nemocnice Motol, 2004, ISBN nevedeno.

Vyhláška č. 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání.

Kontaktní adresa:

PhDr. Marie Zvoníčková
Ústav ošetřovatelství 3. LF UK
Ruská 87
100 00 Praha 10
Marie.Zvonickova@lf3.cuni.cz

SPIRITUALITA , ŽIVOTNÁ ZMYSLUPLNOSŤ A MOŽNOSTI POSUDZOVANIA V OŠETROVATEĽSTVE

Alena Uríčková,

Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra ošetrovateľstva

Súhrn:

Príspevok sa zaberá možnosťami posudzovania spirituality a zmysluplnosti života. Každý človek si aspoň raz v živote položí otázku, ktorou sa zamýšľa nad zmyslom života. Väčšina ľudí má tendenciu spájať životnú zmysluplnosť so spiritualitou. Z hodnotenia spirituálnych potrieb by sestra mala určiť, či pacient potrebuje duchovnú starostlivosť a podporu. Existuje niekoľko špecifických nástrojov hodnotenia spirituality, ktoré by mali byť vybrané tak, aby vyhovovali potrebám pacientov. Mnohé výskumy naznačili, že sestry sa stretávajú s mnohými prekážkami pri posudzovaní spirituality. Medzi najčastejšie bariéry výskumníci začlenili nedostatočnú prípravu budúcich sestier na školách, neexistujúce školenia pre sestry v praxi, nedostatok času a nedostatočné personálne obsadenie. Hľadanie zmyslu života je významným atribútom v živote každého človeka. Ošetrovateľské výskumy sa len v malej miere venujú životnej zmysluplnosti. Náročnosť v práci, či už fyzická, duševná, nedostatok personálu a pochopenia, stres, nízky sociálny status a finančné ohodnotenie môžu ovplyvňovať hľadanie životnej zmysluplnosti v povolání sestry. Najnáročnejšie okamžiky prežívajú sestry pri osobných stretnutiach s umieraním a smrťou. Pri posudzovaní zmyslu života rozlišujeme postupy určené na zisťovanie zdrojov zmyslu života, zmyslu v špecifickom kontexte a miery životnej zmysluplnosti. Ak chce sestra pomôcť pacientovi s uspokojovaním spirituálnych potrieb, musí ich vedieť klasifikovať, rozpoznať prejavy a diagnostikovať ošetrovateľský problém. Každý pacient je jedinečný a má svoj jedinečný zmysel života, ktorý je ovplyvňovaný životnými situáciami.

Kľúčové slová: *Zmysel života – Spiritualita – Posudzovanie – Sestra – Ošetrovateľstvo.*

SPIRITUALITY, LIFE MEANINGFULNESS AND POTENTIAL ASSESSMENT IN NURSING

Summary:

The paper deals with the possibilities of assessing the spirituality and meaningfulness of life. Everyone at least once in his/her life puts a question about the meaning of life. Most people have a tendency to associate their life meaningfulness with spirituality. From the assessment of spiritual needs, the nurse should determine if the patient needs spiritual care and support. There are several specific spirituality assessment tools should be selected to suit the needs of patients. Many studies have suggested that nurses encounter many obstacles in assessing spirituality. Among the most frequent barriers, researchers included inadequate preparation of future nurses in schools, no training for nurses in practice, lack of time, and insufficient staffing. Searching for the meaning of life is an important attribute in every person's life. Nursing research devote to life's meaningfulness just to small degree. Difficulties in work, whether physical, mental, lack of staff and understanding, stress, low social status, and financial appreciation can influence the search for meaningfulness in the nurse's profession. Nurses in personal encounters with death and dying experience the most demanding moments. When assessing the meaning of life, we distinguish the procedures designed to identify the sources of the meaning of life, meaning in a specific context and the degree of meaningfulness of life. If a nurse wants to help a patient meet spiritual needs, she needs to know how to classify, recognize the symptoms, and diagnose a nursing problem. Each patient is unique and has his unique sense of life that is influenced by life situations.

Key words: *Meaning of life - Spirituality - Assessment - Nurse - Nursing.*

Literatúra:

- FRANKL, V. E. (2006) *Psychoterapie a náboženství*. Brno : Cesta, 2006, 87 s. ISBN 80-7295-088-6.
- HALAMA, P. (2002) Vývin a konštrukcia škály životnej zmyslupnosti. In *Československá psychologie*. 2002, roč. 46, č. 3, s.265-276. ISSN 0009 062X.
- HALAMA, P. (2007) *Zmysel života z pohľadu psychológie*. Bratislava : Slovak Academic Press, 2007, 224 s. ISBN 978-80-8095-023-1.
- NARAYANASAMY, A. (1993) Nurses' awareness and educational preparation in meeting their patients' spiritual needs. In *Nurse Education Today* , 1993, 13, 196–201.
- NARAYANASAMY, A. - OWENS J. (2001) A critical incident study of nurses' responses to the spiritual needs of their patients. In *Journal of Advanced Nursing*, 2001, 33, 446–455.
- DAALEMAN, T. P. – FREY, B. B. (2004) The Spirituality Index of Well-Being: a new instrument for health-related quality-of-life research. In *Annals of Family Medicine*, 2004, 2: 499-503.
- MCSHERRY, W. et al. (2002) The construct validity of a rating scale designed to assess spirituality and spiritual care. In *International Journal of Nursing Studies*, 2002, 13: 7, 723-734.
- O'CONNELL, K. A. – SKEVINGTON, S.M. (2010) Spiritual, religious, and personal beliefs are important and distinctive to assessing quality of life in health: A comparison of theoretical models. In *British Journal of Health Psychology*, 2010, Nov;15(Pt 4):729-48.
- TIMMINS, F. - KELLY, J. (2008) Spiritual assessment in intensive and cardiac care nursing. In *Nursing in Critical Care*, 2008, 13: 3, 124-131.
- WINSLOW, G. R. - WEHTJE-WINSLOW, B.J. (2007) Ethical boundaries of spiritual care. In *Medical Journal of Australia*, 2007, 186: S63-66.

Kontakt:

PhDr. Alena Uríčková, PhD.
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce,
Katedra ošetrovateľstva
Trnavská univerzita v Trnave
alena.urickova@truni.sk

POHĽAD ZDRAVOTNÍCKYCH PRACOVNÍKOV NA AKTÍVNU EUTANÁZIU AKO ETICKÚ DILEMU

¹Tatiana Rapčíková, ²Michaela Harabišová, ³Gabriela Zberovská

¹Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave, Fakulta zdravotníctva so sídlom v Banskej Bystrici, Katedra ošetrovateľstva

²Filozofická fakulta Univerzita Mateja Bela v Banskej Bystrici, Katedra etiky a aplikovanej etiky

³Zdravotnícká záchranná služba Moravskoslezského kraje v Ostrave

Súhrn:

Hlavným cieľom príspevku je predstaviť jednu z najväčších, a to nielen etických, ale aj právnych dilem v zdravotníckej praxi – aktívnu eutanáziu. I napriek tomu, že aktívna eutanázia je legalizovaná len v niektorých európskych krajinách, zdravotnícki pracovníci sú s danou problematikou konfrontovaní nepriamo, napríklad prostredníctvom komunikácie s terminálne chorými pacientmi, z ktorých by mnohí chceli svoje utrpenie ukončiť skôr, ak by im to legislatíva dovoľovala. Príspevok mapuje názory respondentov – zdravotníckych pracovníkov vybraných zdravotníckych zariadení Českej a Slovenskej republiky na daný problém. Prieskum bol realizovaný v roku 2015 a zúčastnilo sa ho 400 respondentov. Naším cieľom bolo zistenie názorov zdravotníckych pracovníkov na aktívnu eutanáziu a ich porovnanie v rámci Českej a Slovenskej republiky. V príspevku sú prezentované len vybrané otázky, ktoré najviac súvisia s pertraktovanou problematikou.

Kľúčové slová: Aktívna eutanázia; Etická dilema; Zdravotnícky pracovník; Prieskum

THE VIEW OF HEALTHCARE WORKERS AT ACTIVE EUTHANASIA AS AN ETHICAL DILEMMA

Summary:

Introducing one of the largest dilemmas, both on ethical and legal aspects within the medical field (active euthanasia), has been the main objective of this report. Even though the active euthanasia has been legalized only in a few European countries, the given issue confronts the healthcare workers directly, for example, by communicating with terminally ill patients, many of whom wish to end their suffering sooner, provided that the legislation allows them to do so. The report maps the respondents' views of the given issue - the healthcare workers of the selected medical facilities in both the Czech and Slovak Republics. The survey was conducted during 2016 and 400 respondents took part of it. Our goal was to find the healthcare workers' opinions on the active euthanasia and comparing them within the Czech and Slovak Republics. The report only presents the selected questions most closely related to the discussed issue.

Key words: Active euthanasia; Ethical dilemma; Healthcare workers; Survey

Úvod

Smrť je jediná istota v živote človeka, ktorej predchádza umieranie – buď krátke a rýchle, alebo dlhé a plné utrpenia. Dnešná moderná lekárska veda dokáže predĺžiť život, avšak nie vždy je schopná zachovať jeho kvalitu. Čáp a kol. (2016, s. 96) zdôrazňuje, že kvalitu života umierajúcich nepriaznivo ovplyvňuje utrpenie, strata nezávislosti a sebestačnosti pacienta, nedostatok pomoci, pochopenia a sociálnej opory, strata nádeje, podľahnutie pocitu vyčerpania, bezmocnosti a depresie, ktoré možno označiť za obťažujúce symptómy vo všetkých dimenziách ľudského života.

I to je jeden z prioritných dôvodov častých diskusií na kontroverznú tému eutanázie prebiehajúcich v posledných 20-tych rokoch nielen v laickej, ale aj odbornej verejnosti, pričom názory diskutujúcich sa mnohokrát diametrálne rozchádzajú. Na danú skutočnosť upozorňuje i Matochová (2009, s. 149-150), podľa ktorej otázka eutanázie súvisí najmä s pokrokom medicíny, ktorý síce umožnil predĺženie

života, ale zároveň v mnohých prípadoch predĺžil umieranie a oddialil prirodzenú smrť. Podľa autorky názory a postoje k aktívnej eutanázii v spoločnosti nemôžeme považovať za jednotné a nemenné, pretože otázka eutanázie odráža vývoj ľudských práv a posilňovania osobnej slobody človeka.

Podľa mnohých odborníkov i laikov je najdôležitejší samotný umierajúci a práve on má mať prioritné právo sa rozhodnúť. V kontexte uvedeného Haškovcová (2007, s. 142) zdôrazňuje, že každý človek má právo na názor a na jeho slobodné vyjadrenie. Eutanázia, či sme jej priaznivcami alebo odporcami, sa týka záveru života človeka, ktorý je smrteľný. A teda každého sa dotýka aj konsenzuálny záver spoločnosti v danej veci.

Aktívna eutanázia ako etická dilema

Ako sme už naznačili, vymedzenie pojmu aktívna eutanázia nie je jednoduché a priamočiare. Vo všeobecnosti môžeme konštatovať, že ide o úmyselné konanie zdravotníckeho pracovníka – lekára na žiadosť pacienta smerujúce k ukončeniu jeho utrpenia a privodeniu smrti. V danom kontexte sú koncipované definície mnohých autorov, resp. organizácií, z ktorých pre účely tejto publikácie vyberáme nasledovné:

„Ide o vedomé a úmyselné vykonanie činu s jasným zámerom ukončiť život iného človeka ak subjektom je kompetentná informovaná osoba s nevyliciteľnou chorobou, ktorá dobrovoľne požiadala o ukončenie života, konajúci vie o príaní tejto osoby zomrieť a vykoná skutok s úmyslom ukončiť život tejto osoby bez osobného zisku a so súcitom“ – Svetová asociácia lekárov (Ptáček, Bartůněk, 2012, s. 32-33).

Wreen (1988, In Čáp a kol., 2016, s. 129) zdôrazňuje, že „pri aktívnej eutanázii musí byť splnené, že osoba A vedome (intencia) zabije, alebo nechá umrieť osobu B (akcia) z dôvodu, aby sa osoba B vyhla zlu (motív).“ Viewegh (1981, In Dostálová, 2016, s. 77) vymedzuje aktívnu eutanáziu ako „vedomé ukončenie života pacienta, ktorý prežíva neznesiteľné bolesti a ktorého zdravotný stav je beznádejný.“ Podľa Kelnarovej a Matéjkovej (2014, s. 90) tento akt znamená, že „pacient dal lekárovi platný súhlas k ukončeniu života. Smrť môže nastať požitím smrtiacej látky predpísanej a podanej lekárom, resp. si ju chorý vezme sám.“

Ptáček, Bartůněk (2012, s. 136) deklarujú, že etický pohľad na problematiku aktívnej eutanázie môže byť rôzny a je náročné zaujať kategorický jednoznačný názor. Na jednej strane existujú obavy zo zneužitia tohto inštitútu a argumenty zdôrazňujúce posvätnosť ľudského života, na strane druhej je aktívna eutanázia eticky prijateľná za predpokladu, že budú stanovené prísne a jasné právne kritériá.

V Európe je aktívna eutanázia legalizovaná v Luxembursku, Švajčiarsku, Holandsku a Belgicku, pričom v posledných dvoch štátoch je možné ju vykonať aj u detí.

Názory za aktívnu eutanáziu:

- človek ako autonómna bytosť má (morálne) právo rozhodovať o spôsobe života, a teda aj o spôsobe umierania ako jeho súčasť; eutanázia slúži na zníženie množstva neznesiteľného a nezmyselného utrpenia v zmysle milosrdenstva, t.j. aj na realizáciu najlepšieho záujmu pre všetkých zúčastnených – je tak morálne akceptovateľná (Čáp a kol., 2016, s. 153),
- ľudské bytosti sú obdarované neodcudziteľnou dôstojnosťou a právami, z ktorých najzákladnejšie je právo na život (Černý, 2015, s. 21-22),
- ide o akt pomoci umierajúcemu, oslobodenie od bolesti a straty ľudskej dôstojnosti,
- ide o postup, v zmysle ktorého infaustný stav chorých je stav evokujúci najvyššiu núdzu,
- dôležitý je aspekt kvality života ako kritérium šťastného a naplneného života.

Argumenty proti eutanázii:

- akékoľvek zabitie človeka je (morálnym) zlom a eutanázia je forma zabíjania ľudí, je teda morálne neakceptovateľná (Čáp a kol., 2016, s. 154),
- je to vražda, resp. napomáhanie vražde,
- ide o zneužitie, likvidáciu „nepohodlných“ pacientov,
- právo rozhodnúť o odchode človeka má len Boh.

Cieľ práce

Zistiť a porovnať názory zdravotníckych pracovníkov Českej republiky (ďalej ČR) a Slovenskej republiky (ďalej SR) na problematiku aktívnej eutanázie.

Zistiť či názory respondentov závisia aj od vybraných demografických faktorov, a to náboženskej orientácie a veku respondentov.

Metodika

Realizácia prieskumu: apríl – september 2015.

Metóda: štruktúrovaný dotazník vlastnej konštrukcie - 18 uzavretých a 10 poloopených otázok. Respondenti si mali zvoliť jednu z viacerých možností odpovedí.

Základné kritériom výberu respondentov: práca v zdravotníckom sektore.

Zdravotnícke zariadenia v ČR: Ostrava - Mobilný hospic Ondrášek, Hospic sv. Lukáša, Vítkovická nemocnica a Mestská nemocnica, Nemocnica Frýdek Místek, Bohumínská mestská nemocnica Bohumín, Bílovecká nemocnica Bílovec.

V ČR bolo distribuovaných 70 dotazníkov v tlačenej forme, respondenti z nich vyplnili 50 (71,43 %). Pracovníkom jednotlivých oddelení bol ponechaný odkaz na www.survio.com, kde bol dotazník dostupný. Respondenti vyplnili ďalších 150 dotazníkov.

Zdravotnícke zariadenia v SR: Banská Bystrica - FN F. D. Roosevelta, Stredoslovenský ústav srdcových a cievnych chorôb, Dom Božieho milosrdenstva, Nemocnica Zelený sen, NsP Brezno, NsP Zvolen, Svet zdravia Rimavská Sobota a Žiar nad Hronom.

V SR bolo distribuovaných 240 dotazníkov v tlačenej podobe, vyplnených bolo 200 (83,33 %). Celkový počet kompletne vyplnených dotazníkov predstavoval 400 (100 %).

Súbor

Demografické údaje respondentov.

1. Pohlavie: ženy – 354 (88,50 %), muži – 46 (11,50 %); ČR: ženy – 169 (84,50 %), muži – 31 (15,50 %); SR: ženy – 185 (92,50 %), muži – 15 (7,50 %).
2. Vek: najviac ČR: 40 – 49 rokov – 69 (34,50 %); SR: 50 – 59 rokov - 69 (34,50 %).
3. Vzdelanie: ČR: vysokoškolské - 87 (43,50 %); SR: stredoškolské (ÚSO) - 70 (35 %).
4. Pracovná pozícia: ČR: sestra – 117 (58,50 %); SR: sestra – 150 (75 %).
5. Prax: najpočetnejšia skupina: 16 rokov a viac: ČR – 93 (46,50 %); SR: 132 (66 %).
6. Náboženské vyznanie: ČR: bez vyznania – 90 (45 %); SR: veriaci – 149 (74,50 %).

V práci interpretujeme len otázky najviac vystihujúce spracovávanú problematiku. Výsledky uvádzame v absolútnych číslach a percentách.

Výsledky

Tab. 1 Rozhodnutie chorého o ukončení vlastného života

	ČR		SR		Spolu	
	Počet (n)	%	Počet (n)	%	Počet (n)	%
Možnosti odpovedí						
Áno, v každej situácii	95	47,50	64	32	159	39,75
Áno, ale len od určitého veku	33	16,50	40	20	73	18,25
V žiadnej situácii nie	33	16,50	51	25,50	84	21
Neviem sa vyjadriť	39	19,50	45	22,50	84	21
Spolu	200	100	200	100	400	100

Tab. 2 Dôvod žiadosti o aktívnu eutanáziu

	ČR		SR		Spolu	
	Počet (n)	%	Počet (n)	%	Počet (n)	%
Možnosti odpovedí						
Neznesiteľná bolesť	88	44	95	47,50	183	45,75
Nevyliečiteľné smrteľné ochorenie	47	23,50	45	22,50	92	23
Strata ľudskej dôstojnosti	35	17,50	24	12	59	14,75
Príťaž pre druhých	28	14	16	8	44	11
Iné	2	1	20	10	22	5,50
Spolu	200	100	200	100	400	100

Tab. 3 Vnímanie aktívnej eutanázie respondentmi

	ČR		SR		Spolu	
	Počet (n)	%	Počet (n)	%	Počet (n)	%
Možnosti odpovedí						
Pomoc trpiacemu človeku	88	44	70	35	158	39,50
Právo dôstojne zomrieť	90	45	70	35	160	40
Vražda	14	7	23	11,50	37	9,25
Iné	8	4	37	18,50	45	11,25
Spolu	200	100	200	100	400	100

Tab. 4 Zodpovednosť za rozhodnutie o ukončení života

Možnosti odpovedí	ČR		SR		Spolu	
	Počet (n)	%	Počet (n)	%	Počet (n)	%
Len pacient pri plnom vedomí	80	40	67	33,50	147	36,75
Ošetrojúci lekár na žiadosť pacienta	11	5,50	12	6	23	5,75
Odborný tím na žiadosť pacienta	63	31,50	59	29,50	122	30,50
Najbližší príbuzní	16	8	18	9	34	8,50
Nikto	30	15	44	22	74	21,25
Celkom	200	100	200	100	400	100

Tab. 5 Legalizovanie aktívnej eutanázie v ČR a SR

Možnosti odpovedí	ČR		SR		Spolu	
	Počet (n)	%	Počet (n)	%	Počet (n)	%
Áno	46	23	51	25,50	97	24,25
Skôr áno	15	7,50	26	13	41	10,25
Skôr nie	8	4	5	2,50	13	3,25
Nie	3	1,50	0	0	3	0,75
Neviem	128	64	118	59	246	61,50
Spolu	200	100	200	100	400	100

Tab. 6 Práca na pracovisku, kde je legalizovaná aktívna eutanázia

Možnosti odpovedí	ČR		SR		Spolu	
	Počet (n)	%	Počet (n)	%	Počet (n)	%
Áno	51	25,50	40	20	91	22,75
Nie	70	35	106	53	176	44
Neviem	79	39,50	54	27	133	33,25
Spolu	200	100	200	100	400	100

Tab. 7 Možnosť zneužitia aktívnej eutanázie v ČR a SR v prípade jej legalizácie

Možnosti odpovedí	ČR		SR		Spolu	
	Počet (n)	%	Počet (n)	%	Počet (n)	%
Áno	108	54	92	46	200	50
Nie	43	21,50	47	23,50	90	22,50
Neviem	49	24,50	61	30,50	18	27,50
Spolu	200	100	200	100	400	100

V súvislosti s čiastkovými cieľmi prieskumu sme zisťovali názory zdravotníckych pracovníkov na aktívnu eutanáziu na základe *náboženského vyznania* a *veku* respondentov. Paradoxom je, že i mnohí veriaci respondenti považujú eutanáziu za akt pomoci trpiacemu človeku a jeho právo dôstojne umrieť, čo sa prejavilo aj vo všetkých vekových kategóriách respondentov.

Diskusia

Cieľom prieskumu bolo zistiť názory zdravotníckych pracovníkov vo vybraných zdravotníckych zariadeniach ČR a SR na problematiku aktívnej eutanázie. Výskumných prác na danú tému je málo, pretože väčšina nám dostupných štúdií uvádza názory nie skupiny zdravotníckych pracovníkov, ale predovšetkým názory sestier. Casterlé et al. (2006) uvádza štúdie zamerané na sestry z rôznych pracovísk, ktoré ukazujú, že percento sestier želajúcich si byť zapojených do procesu aktívnej eutanázie za podmienky jej legalizácie má široké rozpätie – od 14 až 23 % do 65 %. Pozoruhodné je, že percento sestier želajúcich si istým spôsobom participovať na aktívnej eutanázii je nižšie ako percento sestier zastávajúcich názor, že eutanázia je eticky akceptovateľná – od 23 – 31 % až do 62 – 78 %. Bendiane et al. (2009) poukazuje na skutočnosť, že z 1502 oslovených francúzskych sestier by podporilo legalizáciu eutanázie 48 % a 29 % by podporilo asistovanú samovraždu. Ako ďalej deklaruje, dôležité je zlepšiť vedomosti sestier o paliatívnej starostlivosti, čo by mohlo viesť k zlepšeniu manažmentu situácií na sklonku ľudského života a pomôcť ujednotiť, resp. sprehľadniť diskusiu o eutanázii.

V rámci ČR je možné uviesť výsledky prieskumu realizovaného Křížkovou (2014) týkajúceho sa postojov sestier k eutanázii na ARO a JIS. Autorka uvádza, že 55,10 % sestier z uvedených pracovísk deklarovalo súhlas s legalizáciou eutanázie, 20,80 % uviedlo nesúhlas a 24,10 % odpovedalo možnosťou „neviem“. Jordánová uvádza údaje zistené v ČR v roku 2008: súhlas s legalizáciou eutanázie uviedlo 46 % a nesúhlas 54 % sestier. V SR realizovala podobný prieskum Ondriová a kol. (2008), v rámci ktorého 73 % sestier nesúhlasí s eutanáziou, 12 % súhlasí a 15 % nedokázalo jednoznačne vyjadriť svoj názor.

Výsledky nášho prieskumu môžeme porovnať aj s výsledkami prieskumu Lázníčkovej (2013), ktorá zistila, že 70 % ňou oslovených zdravotníckych pracovníkov pracujúcich v Nemecku považuje aktívnu eutanáziu za pomoc trpiacemu, v nami realizovanom prieskume to bolo – ČR: 44 %, SR: 35 %, pričom prakticky zhodný počet respondentov vnímal eutanáziu aj ako prostriedok zamedzujúci strate ľudskej dôstojnosti.

I z vyššie uvedeného je zrejmé, že pohľad zdravotníckych pracovníkov na aktívnu eutanáziu je rôznorodý. Vo väčšine nami uvedených prieskumov dominuje názor za aktívnu eutanáziu, ale percentuálne zastúpenie zástancov uvedeného pohľadu je variabilné a nezriedka determinované viacerými okolnosťami: vek, dĺžka praxe, pracovisko, spiritualita respondentov, osobná skúsenosť s utrpením, sprevádzanie ťažko chorých v domácom prostredí, spoločenská mienka a podobne.

Záver

Žiadosť o aktívnu eutanáziu je u mnohých pacientov častokrát silným prejavom depresie, zúfalstva, túžby netrpieť či nebyť na obtiaž... Pacient nevláda žiť bežný každodenný život, nevidí žiadne východisko z utrpenia a ani perspektívy.

I z uvedených výsledkov prieskumu je evidentné, že eutanázia predstavuje a ešte dlhodobo bude predstavovať nesporne veľkú etickú dilemu – zdravotnícku, právnu, ekonomickú... V procese zomierania sú v každodennom kontakte s pacientmi predovšetkým zdravotnícki pracovníci, pre ktorých je starostlivosť o umierajúcich veľmi náročná nielen z pohľadu fyzického, ale aj najmä z pohľadu psychického zaťaženia. Starostlivosť sa stáva ťažkou aj z hľadiska sociálneho, pretože je v súčasnosti nedocenená (Bramušková, Andrási, 2015, s. 90). I napriek tomu predovšetkým na zdravotníckych pracovníkoch – na ich prístupe, ľudskosti a empatii záleží, aby pacient žil dôstojne svoj život až do jeho konca.

Literatúra

BENDIANE, M. K. et al. (2009) French Hospital Nurses' Opinion about Euthanasia and Physician-Assisted Suicide: a National Phone Survey. *In Journal of Medical Ethics*, 2009, roč. 35, č. 4, s. 238 – 244. ISSN 1473-4257

BRAMUŠKOVÁ, J., ANDRÁSI, I. Kompetencie zdravotníkov pri uspokojovaní spirituálnych potrieb. In Andrási, I. *Spirituálne potreby pacientov v paliatívnej starostlivosti*, 1. vyd. Martin: Osveta, 2015, 122 s. ISBN 978-80-8063-441-4.

CASTERLÉ, B. D. et al. (2006) Nurses' Views on their Involvement in Euthanasia: a Qualitative Study in Flanders (Belgium). *In Journal of Medical Ethics*, 2006, roč. 32, č. 4, s. 187 – 192. ISSN 1473-4257

ČÁP, J., PALENČÁR, M., KURUCOVÁ, R. (2016) *Ľudská dôstojnosť v kontexte smrti a umierania*, 1. vyd. Martin: Osveta, 2016, 129 s. ISBN 978-80- 8063- 448-3.

ČERNÝ, D. et al. (2015) *Eutanazie – ano či ne? Aktuální medicínské, filosofické a právní perspektivy*, 1. vyd. Praha: Stredisko spoločných činností AV ČR, 2015, 44 s.

HAŠKOVCOVÁ, H. (2007) *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*, 2. prepr. vyd. Praha: Galén, 2007, 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.

KELNAROVÁ, I., MATĚJKOVÁ, E. (2014) *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty. 2. přepracované a doplněné vydání*, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2014, 148 s. ISBN 978-80-247-5203-7.

KŘÍŽKOVÁ, H. (2014) *Postoj všeobecných sester k eutanázii na ARO a JIP u dospělých pacientů*. Diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, 2014, 85 s.

LÁZNIČKOVÁ, T. (2013) *Eutanazie očima zdravotnických pracovníků v Nemecku. Bakalářská práce*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, 2013, 77 s.

MATOCHOVÁ, S. (2009) *Etika a právo v kontextu lékařské etiky*, 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2009, 208 s. ISBN 978-80-210-4757-0.

ONDRIOVÁ, I., FERTAĽOVÁ, T., SLANINKOVÁ, J. *Postoj sestier k problematike umierania, smrti a eutanázie*. [cit. 2017-07-16]. Dostupné na internete <http://www.unipo.sk/public/media/files/docs/fz_veda/svk/dokument_153_31.pdf>

PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. et al. (2012) *Eutanazie - pro a proti*, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012, 256 s. ISBN 978-80-247-4659-3.

VIEWEGH, J. (1981) Psychologická hlediska péče o dlouhodobě nemocné a umírající. In Dostálová, O. *Péče o psychiku onkologicky nemocných*, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2016, 168 s. ISBN 978-80247-5706-3.

WREEN, M. (1988). The definition of euthanasia. Philosophy and Phenomenological Research. In Čáp, J. a kol. *Ľudská dôstojnosť v kontexte smrti a umierania*, 1. vyd. Martin: Osveta, 2016, 129 s. ISBN 978-80-8063-448-3.

Kontaktná adresa

doc. PhDr. Tatiana Rapčíková, PhD.

Katedra ošetrovateľstva

Fakulta zdravotníctva SZU

Sládkovičova 21

974 05 Banská Bystrica, SR

Email: tatiana.rapcikova@szu.sk

RIZIKO SYNDRÓMU VYHORENIA V PROFESII SESTRA

Nikoleta Poliaková

Fakulta zdravotníctva, Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne

Súhrn:

Cieľom príspevku je prezentovať výsledky štúdie zameranej na zistenie rizika syndrómu vyhorenia u sestier. Pre profesiu sestry je typické zvýšené riziko syndrómu vyhorenia, ktorý zjednodušene možno chápať ako stav celkového vyčerpania organizmu. Na posúdenie rizika vzniku vyhorenia bol použitý dotazník autorov Shirom a Melamed. Hodnotilo sa bodové skóre, ktoré mohlo byť v rozsahu 14 – 98 bodov, so zvyšujúcim skóre sa zvyšovalo riziko vyhorenia. Výskumnú vzorku tvorilo 356 sestier pracujúcich v štátnom zdravotníckom zariadení na štandardných oddeleniach, jednotkách intenzívnej starostlivosti a v ambulanciách. Zistili sme, že priemerné skóre rizika vyhorenia všetkých sestier bolo na úrovni 45,96 bodov. Najvyššie skóre vyhorenia bolo v subškále fyzickej únavy, 24,63 bodov, pričom 24 bodov je považovaných za zvýšené riziko. Rizikovú hranicu fyzickej únavy presiahlo 51,12 % sestier. V subškále kognitívnej opotrebovanosti a v oblasti emocionálneho vyčerpania priemerné skóre nedosiahlo rizikových hodnôt. Vysoká úroveň fyzickej únavy je dôsledkom nedostatočného personálneho zabezpečenia pracovísk, nadlimitného počtu nadčasových hodín a s tým spojenej záťaže. Je nevyhnutnosťou zlepšiť pracovné podmienky sestier, zvýšiť atraktivitu profesie sestry a motiváciu pre výber tohto povolania.

Kľúčové slová: Syndróm vyhorenia. Sestry. Shirom - Melamedova škála vyhorenia. Fyzická únava.

RISK OF BURNOUT SYNDROME IN NURSES

Summary:

The aim of the paper is to present the results of the study aimed at detecting the risk of burnout syndrome in nurses. For the nursing profession, an increased risk of burnout syndrome is typical, which can be seen as the state of overall exhaustion. The measure by Shirom and Melamed was used to assess the risk of burnout. Score points were examined, ranging from 14 to 98 points, with a higher score increasing the risk of burnout. The research sample consisted of 356 nurses working in the national health facility at standard departments, intensive care units and outpatient departments. We found that the average risk score for all nurses was at 45.96 points. The highest burnout score was 24.63 points in the Physical Fatigue Subscale, with 24 points being considered as an increased risk. The risk margin of physical fatigue exceeded to 51.12 % of nurses. In the subscale of cognitive weariness and in the area of emotional exhaustion, the average score did not reach the risk values. The high level of physical fatigue is the result of insufficient assurance of employees at workplaces, exceeded limitation of overtime work and the associated burden. It is necessary to improve the working conditions of nurses, to increase the attractiveness of the nursing profession and motivation to choose this profession.

Key words: Burnout syndrome. Nurses. Shirom-Melamed Burnout Measure. Physical Fatigue.

Úvod

Burnout syndróm sa vyskytuje predovšetkým v profesiách, ktorých podstatou je práca s ľuďmi. Definície burnout syndrómu sa zhodujú v tom, že ide o stav úplného fyzického a psychického vyčerpania vzniknutého v dôsledku pôsobenia dlhodobého psychosociálneho stresu, vzniknutého v zložitých a emocionálne nabitých interpersonálnych vzťahoch (Ribeiro et al., 2014). V pozadí vzniku

burnout syndrómu je tiež nerovnováha medzi pracovnými požiadavkami, ktoré sú na osoby kladené a neschopnosťou osôb tieto požiadavky spĺňať. Vzniká tak tenzia, stres, ktorého dôsledkom je vyčerpanie rezerv k zvládaniu stresu a následne dochádza k osobnému zlyhávaniu (Kebza, 2005, 132).

Profesia sestry patrí k najviac ohrozeným v súvislosti s výskytom burnout. Dôkazom sú viaceré štúdie zaoberajúce sa skúmaním výskytu syndrómu vyhorenia u sestier, ktoré prinášajú zistenia, že viac ako 40 % sestier trpí syndrómom vyhorenia (Ribeiro et al., 2014, Holdren et al, 2015). Blakeney (in Holdren et al., 2015) uvádza, že s každým pacientom, ktorého sestra prijme počas služby do svojej starostlivosti, sa u nej zvyšuje riziko vzniku syndrómu vyhorenia o 23 %.

Príčinami syndrómu vyhorenia v profesii sestry sa zaoberá mnoho štúdií. K okolnostiam zvyšujúcim riziko vzniku syndrómu vyhorenia patria vybrané faktory pracovného prostredia a samotnej organizácie práce, osobné dispozície, demografické faktory a taktiež postoje zamestnávateľov.

Tabuľka 1 Okolnosti podporujúce vznik syndrómu vyhorenia v profesii sestry

Pracovné prostredie	AACN (2005) AACN (2009)	Minimálne 50 % sestier sa približuje k dôchodkovému veku Počet študentov ošetrovateľstva klesá Nedostatok personálu v nemocniciach Zvýšená pracovná záťaž, neprimerané pracovné nároky Zlá organizácia práce
	Bartošíková (2006) Vahey et al., (2004)	Zlý pracovný kolektív Zlé interpersonálne vzťahy Zlyhávajúce komunikácie
Osobné pocity sestier	Erickson and Grove (2008)	Pocit vyčerpania na konci pracovnej zmeny Pocit nespokojnosti s poskytovanou starostlivosťou Starosti o svojich pacientov po návrate domov z práce Nespokojnosť s pracovnými podmienkami
Demografické faktory	Maslach (2003) Garrett (2008)	Slobodné sestry Bezdetné sestry
	Ahmadi, (2014)	Ženy
Postoj zamestnávateľa	Vahey et al. (2004) Jones (2005) Force (2005) Havrdová (2010) Baštecká (2003) Maslach (2011)	Stagnácia platov Nedostatočné vonkajšie ohodnotenie a chýbanie benefitov Nedostatok podpory zo strany vedenia Nevyjasnené rozhodovacie kompetencie Neúčast' na rozhodovaní

	Bartošíková (2006)	Dlhé pracovné zmeny Nedostatok supervízie
--	--------------------	--

V tabuľke 1 je uvedený prehľad okolností, ktoré možno na základe vedeckých dôkazov považovať za rizikové pre vznik syndrómu vyhorenia u sestier pracujúcich v ústavných zariadeniach. Holdren et al. (2015) vypracovali prehľadovú štúdiu, v ktorej analyzovali okolnosti zvyšujúce riziko syndrómu vyhorenia. Vychádzali z výsledkov štúdií publikovaných AACN (2005, 2009), Vahey (2004), Erickson and Grove (2008), Maslach (2003), Garret (2008), Jones (2005), Force (2005), na základe ktorých k rizikovým faktorom patrí zvyšujúci sa počet sestier v dôchodkovom veku, pokles záujemcov o štúdium ošetrovateľstva, nedostatok sestier, zvýšená pracovná záťaž pri zlej organizácii práce. Rizikovými sú pocity vyčerpania sestier na konci pracovnej zmeny, pocity sestier zo zle vykonanej práce, pocity strachu a starostí o svojich pacientov aj po návrate domov z práce. Z hľadiska sociodemografických faktorov sú ako rizikové faktory hodnotené aj ženské pohlavie (Ahmadi, 2014, s. 44), rodinný stav - slobodný a bezdetnosť (Maslach, 2003, Garret, 2008). Z hľadiska zamestnávateľa je rizikovým nedostatočné ohodnotenie sestier a stagnácia plátov. Ďalšími prediktormi syndrómu vyhorenia sú podľa Bartošikovej (2006, s.15 -16) a Vahey et al (2004, 57 – 66) nevyhovujúce interpersonálne vzťahy, podľa Havrdovej (2010, s. 235), Bašteckej (2003) a Maslachovej (2011,) nedostatok podpory zo strany vedenia, neúčast' na rozhodovaní, nemožnosť zasiahnuť do rozhodovacích procesov, nedostatočné ohodnotenie, nedostatok supervízie.

Dôsledky vyčerpania sa u sestier prejavujú vo vzťahu k sebe i k svojej práci. Kebza (2005, 137 – 139) roztriedil príznaky syndrómu vyhorenia do troch úrovní. Na fyzickej úrovni dominuje pocit celkového vyčerpania a únavy, zmenený rytmus, frekvencia a intenzita telesnej aktivity, vegetatívne poruchy prejavujúce sa nestabilitou krvného tlaku, zmenami v srdcovej frekvencii, tráviacimi problémami. Vyskytujú sa tiež nešpecifické bolesti hlavy, poruchy spánku, svalová bolesť. V psychickej oblasti dochádza k pocitu demotivácie, redukcii spontaneity, kreativity, iniciatívy, prevláda depresívne ladenie, pocity smútku a frustrácie, menejcennosti, sebaútočnosti a zvýšená iritabilita. V interpersonálnej oblasti sa prejavuje celkový útlm sociability, nechúť k vykonávaniu svojej profesie, nezáujem o hodnotenie zo strany druhých osôb, zníženie až strata empatie, konfliktnosť a konkrétne – operačný štýl myslenia. Syndróm vyhorenia v konečnom dôsledku poškodzuje zdravotný stav a zvyšuje práceneschopnosť. Výsledky štúdie Melamed et al (2006) dokazujú, že syndróm vyhorenia signifikantne zvyšuje riziko somatických zdravotných problémov. Bol zistený súvis syndrómu vyhorenia so zvýšeným rizikom výskytu hypertenzie a ischemickej choroby srdca, metabolického syndrómu, porúch regulácie na hypothalamo-pituitárno-adrenálnej osi, porúch spánku, zápalových procesov, imunitných porúch, zrážanlivosti krvi a rizikového správania z hľadiska zdravia (Škodová, Páčeková, 2012, str. 2).

Výskytu a prevencii syndrómu vyhorenia sa vo všetkých krajinách venuje zvýšená pozornosť. Prehľad nástrojov na meranie syndrómu vyhorenia uvádza Petlachová (2016, s. 17 - 18). Najznámejším nástrojom na meranie syndrómu vyhorenia je dotazník MBI (Maslach Burnout Inventori) autoriek Christiny Maslachovej a Suzan Jacksonovej, ktorý zisťuje príznaky syndrómu vyhorenia v troch oblastiach, a to v oblasti emocionálneho vyčerpania, depersonalizácie a zníženého pracovného výkonu. K ďalším nástrojom patrí dotazník BM - Burnout Measure autorov A. Pines a E. Aronson zameraný najmä na psychické vyhorenie. K menej známym v našich podmienkach patria dotazníky OLBI - Oldenburg Burnout Inventori a Cope - Copenhagen Burnout Inventori. K novším meracím nástrojom patrí dotazník SMBM (Shirom Melamed Burnout Measure). Autormi dotazníku sú Arie

Shirom a Samuel Melamed z Tel Aviv Univerzity v Izraeli. Položky sú v dotazníku kategorizované do troch subškál: P – fyzická únava, E – emocionálne vyčerpanie a C – kognitívna opotrebovanosť. Podľa autorov Ptáček, Raboch, Kebza (2013, s. 161) má dotazník dobrý potenciál k odhaleniu syndrómu vyhorenia a taktiež poskytuje informácie o procese vyhorenia. Dotazník má vyhovujúce psychometrické vlastnosti a poskytuje výsledky porovnateľné s najpoužívanejším dotazníkom, ktorým je MBI (Shirom, Melamed, 2006, s. 176 - 200).

Ciele

Cieľom štúdie bolo zistiť riziko syndrómu vyhorenia u sestier pracujúcich v ústavnom zdravotníckom zariadení, vo Fakultnej nemocnici Trenčín a popísať skóre vyhorenia podľa dĺžky praxe a typu pracoviska.

Metodika

Na zber údajov bol použitý dotazník SMBM (Shirom Melamed Burnout Measure) autorov Arie Shirom a Samuel Melamed. Dotazník nie je zaťažovaný licenčnými požiadavkami. Pozostáva zo 14 položiek, ktoré boli tvorené Likertovou škálou v rozsahu 1 – 7. Hodnotí sa celkové skóre, ktoré môže byť v rozsahu 14 – 98 bodov. Vo všeobecnosti platí, že so zvyšujúcim sa skóre, narastá riziko syndrómu vyhorenia. Orientačne sa považuje za zvýšené riziko vyhorenia dosiahnuté skóre >56 bodov, za vyhorenie 84 – 98 bodov.

Smer vyhorenia sa zisťuje prostredníctvom 3 subškál:

- subškála fyzickej únavy (P): položky 1 – 6,
- subškála kognitívnej opotrebovanosti (C): položky 7 – 11,
- subškála emocionálneho vyčerpania (E): položky 12 – 14.

Zvýšené riziko vyhorenia v oblasti fyzickej únavy (P) predstavuje skóre nad 24 bodov, v oblasti kognitívnej opotrebovanosti (C) nad 20 bodov a v oblasti emocionálneho vyčerpania (E) nad 12 bodov.

Dotazník bol distribuovaný prostredníctvom vedúcich sestier kliník a oddelení v mesiacoch február – apríl 2017 vo Fakultnej nemocnici v Trenčíne. Návratnosť dotazníka dosiahla hodnotu 68,6 %. Štúdia bola realizovaná so súhlasom Etickej komisie FZ TnUAD a vedenia FN Trenčín.

Súbor

Výskumný súbor tvorilo 356 sestier pracujúcich vo FN v Trenčíne na úsekoch štandardných lôžkových oddelení, jednotiek intenzívnej starostlivosti a ambulantnej časti. Súbor tvorilo 345 (96,91 %) žien a 11 (3,09 %) mužov.

Tabuľka 2 Demografická charakteristika z hľadiska veku a dĺžky praxe

Charakteristika	Mean	Median	SD	Min.	Max.
Vek (roky)	43,18	43	±9,33	22	62
Dĺžka praxe (roky)	22,10	23	±10,81	0,25	43

Priemerný vek sestier bol 43,18 rokov a priemerná dĺžka praxe 22,10 rokov (tabuľka 2). K posudzovaným demografickým faktorom patrilo aj pracovisko, rodinný stav a najvyššie dosiahnuté vzdelanie.

Výsledky

Tab. 3 Skóre vyhorenia v subškálach a celkové skóre vyhorenia (N= 356 sestier)

Skóre vyhorenia	Mean	Median	Variačné rozpätie
Fyzická únava	24,63±7,307	25	7 - 42
Kognitívne opotrebovanie	14,54±5,627	14	5 - 35
Emocionálne vyčerpanie	6,79±3,259	6	3 - 18
Celkové skóre	45,96±13,592	45	15 - 91

Tabuľka 3 prezentuje priemerné bodové skóre vyhorenia v subškálach a celkovo. Priemerné bodové skóre v subškále fyzickej únavy bolo 24,63 bodov, čo znamená zvýšené riziko syndrómu vyhorenia (>24 bodov). Priemerné bodové skóre v subškále kognitívneho opotrebovania bolo 14,54 bodov a v subškále emocionálneho vyčerpania 6,79 bodov. Celkové skóre vyhorenia bolo 45,96 bodov.

Tab. 4 Počet sestier so zvýšeným rizikom syndrómu vyhorenia v subškálach a celkovo

Zvýšené riziko vyhorenia	n	%
Fyzická únava >24 bodov	182	51,12
Kognitívne opotrebovanie > 20 bodov	45	12,64
Emocionálne vyčerpanie > 12 bodov	19	5,34
Celkové skóre > 56 bodov	71	19,94
Celkové skóre 84 – 98 bodov	4	1,12

Tabuľka 4 prezentuje počet sestier, u ktorých bolo zistené zvýšené riziko syndrómu vyhorenia. V subškále fyzickej únavy malo zvýšené riziko syndrómu vyhorenia (>24 bodov) 182 (51,12 %) sestier. Kognitívne opotrebovanie nad hranicou > 20 bodov sa prejavilo u 45 (13,64 %) sestier. V oblasti emocionálneho vyčerpania rizikovou hranicou > 12 bodov presiahlo 19 (5,34 %) sestier. Rizikovou hranicou celkového skóre > 56 bodov malo 71 (19,94 %) sestier. Za vyhoreté možno považovať 4 sestry (1,12 %).

Tab. 5 Skóre syndrómu vyhorenia podľa dĺžky praxe

Dĺžka praxe	n	Mean	SD	Median	Var. rozpätie
Menej ako 5 r.	35	40,771	±11,317	39	21 - 70
6 – 10 rokov	35	42,543	±13,223	43	21 - 87
11 – 15 r.	30	45,333	±15,630	42	22 - 79
16 – 20 r.	44	45,136	±14,184	43	19 - 77
Viac ako 21 r.	212	47,642	±13,350	47	15 - 91

V tabuľke 5 sú uvedené priemerné celkové skóre syndrómu vyhorenia podľa dĺžky praxe. Bodové skóre syndrómu vyhorenia narastalo s dĺžkou praxe. Sestry s viac ako 21-ročnou praxou mali skóre vyhorenia priemerne 47,642 bodov oproti sestrám s menej ako 5-ročnou praxou, ktorých priemerné skóre bolo 40,771 bodov.

Tab. 6 Skóre syndrómu vyhorenia podľa typu pracoviska

Pracovisko	N	Mean	SD	Median
Štandardné oddelenie	201	47,612	±13,079	47
JIS/OAIM	75	42,733	±13,871	42
Odd. dlhodobej starostlivosti	10	50,700	±15,868	46
Ambulantná časť	53	43,019	±14,404	41
Iné	17	47,059	±11,426	44

Tabuľka 6 prezentuje priemerné skóre syndrómu vyhorenia podľa typu pracoviska. Najvyššie priemerné bodové skóre rizika syndrómu vyhorenia mali sestry pracujúce na oddeleniach dlhodobej starostlivosti (50,7 bodov) a štandardných oddeleniach (47,612 bodov). Najnižšie priemerné bodové skóre mali sestry pracujúce na jednotách intenzívnej starostlivosti (42,733 bodov).

Diskusia

Cieľom tejto štúdie bolo vyhodnotiť riziko syndrómu vyhorenia na vzorke sestier pracujúcich v jednom ústavnom štátnom zdravotníckom zariadení, ktorým bola Fakultná nemocnica v Trenčíne. Vo zvýšenom riziku vzniku syndrómu vyhorenia sa nachádzalo 71 sestier (19, 94 %), za vyhoreté možno považovať 4 sestry (1,12 %). Najohrozenejšou bola oblasť fyzickej únavy, kde až 51 % sestier dosiahlo priemerné skóre SMBM viac ako 24 bodov (riziková hranica). V oblasti kognitívneho opotrebovania, ktorá poukazuje na problémy pri koncentrácii, nejasné a spomalené myslenie, rizikovú hranicu presiahlo 12 % sestier. Riziko syndrómu vyhorenia sa prejavilo najmenej v oblasti emocionálneho vyčerpania, kde vysoké riziko dosiahlo iba 5 % sestier. To, že fyzická únava sa v odpovediach sestier prejavila najviac, súvisí s chýbaním sestier na pracovnom trhu a poklesom záujmu o štúdium ošetrovateľstva v SR. Problém nedostatku sestier má celosvetový charakter, keďže uvedené fakty prezentuje aj AACN (2009). S poklesom počtu sestier sa komplikuje organizácia práce, plánovanie služieb, dochádza k navyšovaniu počtu nadčasových hodín a s tým súvisia pocity narastania fyzickej únavy a vyčerpania, ktoré sestry prezentujú spôsobom „*mám už toho dost*“, „*nemám chuť ísť ráno do práce*“, „*cítim sa byť fyzicky vyčerpaná*“, „*cítim sa byť vyhorená*“. Súhra faktorov zvyšujúca fyzickú únavu kopíruje charakteristiku rizikových faktorov syndrómu vyhorenia autorov Ptáček, Raboch, Kebza (2013, s.79). Pocity únavy vo fyzickej rovine vie človek zadefinovať jasne a je spoločensky akceptovanejší ako nedostatok empatie. Zaujímavým zistením preto bolo, že napriek veľkej fyzickej únave si väčšina sestier nepripúšťala, že by nedokázali byť citlivé k potrebám pacientov a svojich kolegov. S únavou je tiež spojené pomalšie a nejasné myslenie a problémy s koncentraciou, avšak subškála kognitívnej opotrebovanosti taktiež nedosiahla priemernú hodnotu svedčiacu o vysokom riziku. Nad rizikovú hranicu kognitívnej opotrebovanosti sa dostalo 12,54 % sestier. Vzťah demografických faktorov k riziku syndrómu vyhorenia je popisovaný veľmi variabilne. V štúdií Dimunovej a Nagyovej (2012, s. 4) bol zistený signifikantný vzťah medzi výskytom syndrómu vyhorenia a dĺžkou praxe v období 1 – 3 rokov. V našej štúdií vidíme nárast vysokého rizika syndrómu vyhorenia s dĺžkou praxe. Kým u sestier pracujúcich menej ako 5 rokov, bolo priemerné skóre SMBM 40, 771, u sestier pracujúcich viac ako 21 rokov to bolo už 47,642. Podobne zvýšená intenzita vyhorenia narastajúca s dĺžkou praxe bola popísaná v štúdií Prokelovej, Jarošovej (2012, s. 140). Deskriptívna analýza rizika syndrómu vyhorenia poukazuje aj na fakt, že najväčšie skóre SMBM dosahovali sestry pracujúce na oddeleniach dlhodobo chorých a na štandardných oddeleniach. Existuje množstvo štúdií, ktorých výsledkom je, že práca na geriatrických pracoviskách je rizikovejšia ako práca na iných pracoviskách ((Pohlová, Kozáková, Jarošová, 2011, s. 274 – 277). V našej štúdií bolo priemerné skóre SMBM na oddeleniach dlhodobej starostlivosti 50,7, čo je porovnateľné s prácou Petlachovej, ktorá zistila priemerné skóre 54,41 (2016, s. 49). Príčiny syndrómu vyhorenia boli popísané mnohými autormi. Je potrebné, aby boli neustále aktualizované vzhľadom na meniacu sa situáciu v zdravotníctve, ale taktiež je potrebné venovať zvýšenú pozornosť preventívnym aktivitám.

Záver

Je potrebné si uvedomiť, že nedostatok sestier v praxi zvyšuje riziko syndrómu vyhorenia, a to najskôr vo fyzickej rovine, ale neskôr sa problém premietne i do kognitívnej a emocionálnej oblasti. Stúpajúce riziko syndrómu vyhorenia plynúce z preťažovania sestier priamo súvisí s kvalitou poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti. Priemerný vek sestier v nemocniciach stúpa. S počtom rokov praxe radikálne stúpa pocit fyzickej únavy. Unavené a vyčerpané sestry napriek akejkoľvek snahe čelia zvýšenému riziku pochybenia. Môžu mať problém pružne sa adaptovať na stresové situácie, ktoré práca v zdravotníctve prináša, zvyšuje sa u nich chorobnosť a prejavuje tendencia odísť zo zdravotníctva, čím sa problém s nedostatkom sestier prehĺbuje. V prevencii fyzickej vyčerpanosti je nevyhnutnosťou zlepšiť organizáciu práce, skvalitniť pracovné podmienky, klásť požiadavky, ktoré sú zvládnuteľné a nepresahujú únosnú hranicu a v neposlednom rade sestry adekvátne za prácu ohodnotiť. Je potrebné hľadať cestu, ako navýšiť počet sestier v nemocniciach takým spôsobom, aby nebola ohrozená kvalita poskytovanej starostlivosti.

Literatúra

AMERICAN ASSOCIATION OF COLLEGES OF NURSING [AACN] (2009) *Nursing Faculty Shortage*, Last Update: April 26, 2017, [cit. 2017-07-18]. Dostupné na internete: <http://www.aacn.nche.edu/Media/FactSheets/FacultyShortage.htm>

AHMADI, O., AZIZKHANI, R., BASRAVI, M. (2014) Correlation between workplace and occupational burnout syndrome in nurses. In *Advance Biomedical Research* [online]. 2014, 3(44) [cit. 2017-07-14]. Dostupné na internete: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3949345/> ISSN 2277-9175.

BARTOŠÍKOVÁ, I. (2006) *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2006, 86 s. ISBN 80-7013-439-9.

BAŠTECKÁ, B. (2003). *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál, 2003, 420 s. ISBN 8071787353

HAVRDOVÁ, Z., ŠOLCOVÁ, I., HRADCOVÁ, D., ROHANOVÁ, E. (2010) Kultura organizace a syndrom vyhoření. In *Československá psychologie*. 2010, roč. 54., č. 3., s. 235-248. ISSN 0009 – 062X.

HOLDREN, P., PAUL III, D. P., COUSTASSE, A. (2015). *Burnout syndrome in hospital nurses*. Paper presented at BHAA International 2015 in Chicago, IL. [online]. [cit. 2017-07-14]. Dostupné na internete: http://mds.marshall.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1141&context=mgmt_faculty

DIMUNOVÁ, L., NAGYOVÁ, I. (2012) Vzťah medzi syndrómom vyhorenia a dĺžkou praxe u sestier a pôrodných asistentiek na Slovensku. *Profese on-line*. [online]. 2012, roč. 5, č. 1, s. 1 -4. [cit. 2017-07-17]. Dostupné z: <http://profeseonline.upol.cz/vztah-medzi-syndromom-vyhorenia-a-do-zkou-praxe-u-sestier-a-puzrodných-asistentiek-na-slovensku/> ISSN: 1803-4330.

KEBZA, V. (2005) *Psychosociální determinanty zdraví*, 1. vyd. Praha: Academia, 2005, 263. s, ISBN 80-200-1307-5.

MASLACH, C. (2011). Burnout and engagement in the workplace: new perspectives. In *The European Health Psychologist*, 13, 44–47. ISSN: 22256962.

PETLACHOVÁ, M. (2016) *Syndrom vyhoření u všeobecných sester*: diplomová práca. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotníckých vied, Ústav ošetrovateľstvá, 2016, s.

POHLOVÁ, L., KOZÁKOVÁ, R., JAROŠOVÁ, D. (2011) Syndrom vyhoření u sester pracujících se seniory. In *Praktický lékař*. [online]. 2011, roč. 91, č. 5, s. 274-277. [cit. 2015-07 -10].. Dostupné na internete: <http://www.prolekare.cz/prakticky-lekar-archiv-cisel>. ISSN: 0032-6739

PROKELOVÁ, P., JAROŠOVÁ, D. (2013) Syndrom vyhoření u sester na neurochirurgických odděleních. In *Kontakt*. [online]. 2013, roč. 15, č. 2, s. 135-142. [cit. 2017-07-18]. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/2-2013/1045-syndrom-vyhoreni-u-sester-na-neurochirurgickych-oddelenich>. ISSN: 1212 -4117.

PTÁČEK, R., RABOCH, J., KEBZA, V. a kol. (2013) *Burnout syndrom jako mezioborový jev*. 1.vyd. Praha: Grada, 2013. 168 s. ISBN 978-80-247-5114-6.

RIBEIRO et al (2014) Prevalence of burnout syndrome in clinical nurses at a hospital of excellence. In *Int Arch Med*. [online], 2014; 7: 22. [cit. 2017-07-17]. Dostupné na internete: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4031323/> ISSN 1755-7682.

SHIROM, A., MELAMED, S. (2006) A comparison of the construct validity of two burnout measures in two groups of professionals. In *International Journal of Stress Management*. [online]. 2006, 13.2: 176-200. [cit. 2015-10-31]. Dostupné z: <http://www.researchgate.net/publication/232557112>. eISSN: 1573-3424.

ŠKODOVÁ, Z., PACEKOVÁ, I. (2012). Sociálno-psychologický výcvik ako metóda prevencie syndrómu vyhorenia v pomáhajúcich profesiách. In *E-psychologie* [online], 6 (2), 1-8 [cit. 2017-07-17]. Dostupné na internete: <<http://e-psycholog.eu/pdf/skodova-pacekova.pdf>>. ISSN 1802-8853.

VAHEY, D. C. et al. 2004. Nurce burnout and patient satisfaction. In: *Medical Care* [online]. 2004, 42(2), 57-66. [cit. 2015-11-24]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2904602>. ISSN: 1537-1948.

Kontaktná adresa

PhDr. Nikoleta Poliaková, PhD.
Fakulta zdravotníctva
Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka
Študentská 2
911 50 Trenčín
Email: nikoleta.poliakova@tnuni.sk

PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ JAKO RIZIKOVÝ FAKTOR PŘI OŠETŘOVÁNÍ SENIORŮ

Jiřina Hosáková, Zuzana Hlubková, Pavlína Štencelová

Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik v Opavě

Souhrn:

Práce sester je spojována s psychickou zátěží, která pramení nejčastěji z vysoké míry odpovědnosti, z neustálého kontaktu s lidmi a také z neustále se zvyšujících nároků a požadavků kladených na výkon povolání sestry. Při ošetřování seniorů je neopomenutelným faktorem i skutečnost, že sestry jsou nuceny zamýšlet se na vlastním stáří.

Cíl: *Cílem příspěvku je poskytnout aktuální poznatky o psychické zátěži sester pečujících o seniory a dále objektivizovat míru zátěže u sester pečujících o seniory na interních odděleních a na odděleních následné péče.*

Metodika: *Do empirického šetření bylo osloveno celkem 120 sester pečujících o seniory ve čtyřech lůžkových zařízeních. Vlastní sběr dat byl proveden s použitím Meisterova dotazníku, který slouží k posouzení vnímání vlastní psychické zátěže.*

Výsledky: *Následná analýza dat 95 respondentů ukázala, že 69 % respondentů z interních oddělení a 58 % respondentů z oddělení následné péče často pociťuje časový tlak. I přes tuto skutečnost 54 % sester z interních oddělení a 70 % sester z oddělení následné péče pociťuje uspokojení z práce a do zaměstnání chodí rádo. Zároveň uvedlo 60 % sester z interních oddělení a 47 % sester z oddělení následné péče skutečnost, že by nechtěly vykonávat jinou profesi. Jako zajímavou a duševně neotupující svou práci označilo 79 % sester z interního oddělení a 70 % sester z oddělení následné péče. Porovnání výsledků mezi sestrami z různých pracovišť bylo prokázáno, že sestry z oddělení následné péče mají tendence k přetížení, sestry z interních oddělení se pohybovaly ve zjištěných hodnotách na horní hranici normy.*

Závěr: *Výsledky našeho šetření prokázaly větší psychickou zátěž u sester pečujících o seniory na odděleních následné péče. Zjištěné hodnoty u sester z interních oddělení se ale pohybovaly na horní hranici normy, což prokazuje zvýšenou zátěž při péči o seniory obecně.*

Klíčová slova: *Senior, sestra, psychická zátěž, přetížení, ošetřování*

MENTAL BURDEN AS A RISK FACTOR IN THE NURSING OF SENIOR PEOPLE

Summary:

Nursing care is associated with a mental burden, which is usually based on a high level of responsibility, a permanent contact with humans and continuously increasing demands and requests on nursing staff. The fact that a nurse taking care of senior citizens is challenged by the idea of her own age can not be neglected.

Aim: *The goal of this work is to offer a recent knowledge on the mental burden in nurses taking care of senior people and objectively assess the level of burden in these nurses working at departments of internal medicine and follow-up care.*

Methods: *We asked 120 nurses taking care of senior citizens at four in-patient departments to enter our study. We applied the Meister's questionnaire which is meant to assess one's own level of a mental burden.*

Results: *The analysis in 95 respondents indicated that 69% of nurses at departments of internal medicine and 58% of nurses at departments of follow-up care feel to be pressed for time. Nevertheless, 54% of nurses at departments of internal medicine and 70% of nurses at departments*

of follow-up care are satisfied with their own job and like to go to work. At the same time, 60% of nurses at departments of internal medicine and 47% of nurses at departments of follow-up care would not change their job. The work was described as interesting and mentally-challenging in 79% of nurses at departments of internal medicine and 70% of nurses at departments of follow-up care. The comparison of results among various workplaces indicated that the nurses at departments of follow-up care tend to be mentally overstrained, whilst the mental burden in the nurses at departments of internal medicine was at the higher normal level.

Conclusions: *Our results showed a higher mental burden in the nurses taking care of senior people at departments of follow-up care. However, the ascertained values in the nurses at departments of internal medicine were at the higher normal level, which reflects a generally increased mental burden in nursing of elderly citizens.*

Key words: *Senior, nurse, mental burden, overstrain, nursing care*

Úvod

V posledních letech se stále častěji diskutuje o zvyšujících se požadavcích na práci sester a o narůstající míře stresu jako významném negativním faktoru ovlivňujícím jejich psychickou pohodu. Pomáhající profese jsou obecně spojovány s vyššími osobnostními i pracovními nároky, neboť jejich náplní je služba a pomoc lidem. Sestry obecně se musejí navíc vypořádat v celoživotním vzdělávání v oboru, neustále se zdokonalovat v nových technologiích souvisejících s jejich prací a přizpůsobovat se narůstající administrativě. To vše za nedostatečného personálního obsazení pracovišť, nárůstu přesčasových hodin práce a neadekvátního finančního ohodnocení (Kadučáková, 2011, s. 299). Následkem je psychická vyčerpanost a únava, které jsou nejčastější příčinou psychické zátěže (Josefsson, 2012, s. 410).

Míra psychické zátěže je mezi klinickými obory odlišná a za jednu z náročnějších je považována péče o seniory. Saarnio (2012, s. 110) prokázal, že mimo nízkého finančního ohodnocení jsou sestry pečující o seniory zatížené i pocitem vysoké odpovědnosti za své klienty, které vnímají jako lehce zranitelné a křehké. Autor upozorňuje na skutečnost, že sestry z jeho výzkumného vzorku se častěji zabývaly otázkami souvisejícími s morálním cítěním a vnímáním vlastního svědomí oproti sestřím z jiných oddělení, kde jsou zastoupeni pacienti i jiných věkových skupin. Mašláňová (2012, s. 77) také uvádí, že péče o seniory nutí sestry přemýšlet o vlastním stáří a analýzou výsledků svého šetření prokázala, že ke stárnutí a k seniorům mají kladnější postoje sestry, které o tuto skupinu pacientů profesně nepečují. Tato autorka zároveň dospěla ke zjištění, že tyto sestry zažívají poměrně často pocit neuspokojení z vlastní práce, což bývá důvodem k psychické vyčerpanosti. V neposlední řadě je péče o seniory častěji spojená i s vyšší fyzickou zátěží, jejíž následkem jsou nejčastěji bolesti páteře, svalů, hlavy a poruchy spánku, což opět negativně ovlivňuje i psychický diskomfort sester (Josefsson, 2012, s. 409).

Cíl práce

Cílem naší práce bylo z českých i zahraničních zdrojů shrnout aktuální poznatky o psychické zátěži sester pečujících o seniory a dále objektivizovat míru zátěže u sester pečujících o seniory na interních odděleních a na odděleních následné péče ve vybraných zdravotnických zařízeních.

Metodika

Vlastní sběr dat byl realizován jako anonymní dotazníkové šetření. Byl použit Meisterův dotazník, který umožňuje hodnotit korelaci mezi pracovní činností a psychikou pracovníků, tedy orientačně vyšetřit psychickou zátěž při práci. Tento hodnotící nástroj pochází z Německa a byl validizován pro podmínky českého prostředí. Mimo otázek zjišťujících demografická data obsahuje 10 položek zaměřených na psychickou pracovní zátěž v jednom ze tří faktorů – Přetížení, Monotonie a

Nespecifický faktor. Respondenti na tyto položky odpovídali výběrem z nabízených možností. Analýza dat byla provedena určením hodnot mediánu jednotlivých faktorů a stanovením hodnoty hrubého skóru, který představuje celkovou psychickou pracovní zátěž. Vlastní zpracování bylo provedeno s použitím programu Microsoft Excel 2013, pro vyhodnocení byly použity metody popisné statistiky (medián, aritmetický průměr).

Soubor

Vzorek respondentů byl sestaven ze všeobecných sester čtyřech zdravotnických zařízení, které pečovaly o pacienty na odděleních následné péče a na interních odděleních s minimální délkou praxe na těchto odděleních 1 rok. Vlastní sběr dat probíhal od října do prosince 2016. Celkový počet respondentek byl 95 sester, vše byly ženy. Nejvíce respondentek bylo ve věkovém rozmezí 31-39 let (37,9 %), dále 40-49 let (29,5 %), nad 50 let 17,9 %, sestry ve věku 26-30 let tvořily 8,4 % a nejméně sester bylo ve věkové kategorii 18-25 let (6,3 %). Z hlediska délky praxe bylo nejvyšší zastoupení sester do 5 let praxe (30,5 %), dále 11-15 let (23,6 %), s praxí 6-10 let bylo 21,1 % sester a shodně 12,6 % tvořily sestry s praxí 16-20 let a nad 20 let. Celkem 72,6 % sester získalo kvalifikaci sestry absolvováním středoškolského vzdělání, vyšší odbornou školu absolvovalo 6,3 % sester, 17,9 % tvořily absolventky bakalářského studia a 3,2 % absolventky magisterského studia.

Výsledky

Distribučováno bylo celkem 120 dotazníků, návratnost byla 103 dotazníků, tedy 86 %. Při zpracování bylo následně vyřazeno 8 dotazníků pro neúplnost nebo z důvodu nedodržení minimální délky praxe na pracovišti. Pro konečnou analýzu bylo zpracováno 95 dotazníků, které byly považovány za 100 %.

Následná analýza dat ukázala, že dosažené hodnoty ve faktorech Přetížení a Nespecifický faktor jsou nejvíce zatěžujícími pro obě skupiny sester. Pocit časového tlaku při práci pociťuje celkem 69 % sester z interního oddělení a 58 % sester z oddělení následné péče. Problematicky je vnímána i vysoká zodpovědnost, kterou pociťuje někdy 40 % a stále 35 % sester z interních oddělení a někdy 55 % a stále 19 % sester z oddělení následné péče. Zároveň 52 % sester z interních oddělení a 54 % sester z oddělení následné péče uvádí, že jejich práce je natolik psychicky náročná, že není možné ji vykonávat po léta se stejnou výkonností. I přes tato poměrně negativní zjištění se ukázalo, že žádná z respondentek ne zvolila v položce Práce mne neuspokojuje, chodím do ní nerada odpověď Ano, plně souhlasím a odpověď Spíše ano zvolilo 11 % sester z interních oddělení a pouze 2 % sester z oddělení následné péče.

Tab. 1 Uspokojení z práce

Práce mě neuspokojuje, chodím do ní nerad/a	interní oddělení		oddělení následné péče	
	počet	%	počet	%
Ne, vůbec nesouhlasím	13	27	13	28
Spíše nesouhlasím	13	27	20	42
Nevím, někdy ano, někdy ne	17	35	13	28
Spíše ano	5	11	1	2
Ano, plně souhlasím	0	0	0	0
Celkem	48	100	47	100

Naopak pozitivním zjištěním bylo, že 54 % sester z interních oddělení a 70 % sester z oddělení následné péče s tímto tvrzením nesouhlasí. Jako zajímavou a duševně neotupující svou práci označilo 79 % sester z interního oddělení a 70 % sester z oddělení následné péče.

Analýza dosažených celkových hrubých skóre obou typů pracovišť prokázala, že sestry z oddělení následné péče mají tendence k přetížení, sestry z interních oddělení se pohybovaly ve zjištěných hodnotách na horní hranici normy.

Diskuze

Z výsledků našeho šetření je patrné, že problematické hodnoty byly zjištěny u položek faktorů Přetížení a Nespecifického faktoru, kdy obě skupiny sester shodně označil za nejvíce zatěžující časovou tíseň a dlouhodobou únosnost. K podobným závěrům dospěla i Kadučáková (2011, s. 299) u svého vzorku respondentek, ale i Saarnio et al. (2012, s. 112), která šetřila situaci sester ve Finsku nebo Tourangeau et al. (2010, s. 179) z Kanady. Jako vysvětlení tohoto jevu se nabízí nedostatek personálu, na který si personál ve zdravotnických zařízeních dlouhodobě stěžuje. Tento problém může být způsoben nedostatkem kvalifikovaných sil na trhu práce, někteří autoři ale vidí příčinu problému i ve špatné organizaci práce (např. Tourangeau et al., 2010; Saarnio et al. 2012).

Pozitivní se jeví jednoznačně skutečnost, že i přes zjištěná negativa sestry nacházejí ve své práci uspokojení a nechodí do zaměstnání nerady a lze tedy předpokládat jejich setrvání na této pracovní pozici. Právě souvislostí mezi pracovní spokojeností a setrváním na pracovišti se zbývaly Haroková a Gurková (2013, s. 573), které prokázaly silnou pozitivní korelaci mezi těmito dvěma faktory. Sestry zaujímají v péči o seniory ve zdravotnických zařízeních klíčovou roli. Z tohoto důvodu se jeví žádoucím, aby zdravotnická zařízení vytvářela takové pracovní klima, kde je maximálně snížen pocit tlaku a celkové psychické zátěže.

Závěr

Ošetrování seniorů je poměrně náročné a v kontextu celkové situace ve zdravotnictví a s ohledem na vývoj demografické křivky lze konstatovat, že péči o sestry v tomto medicínském oboru bude nutno v budoucnu zintenzivnit. Porovnání našich výsledků se zjištěními jiných autorů poukázalo na skutečnost, že jde o globální problém, i když zdravotnické systémy jsou v různých zemích odlišné. Řešením nebude pravděpodobně pouze zvyšování počtu zaměstnanců, ale i zkvalitnění péče o ty stávající a organizační změny, které sníží hlavně časovou tíseň a odstraní nebo zmírní identifikované rizikové faktory.

Literatura

JOSEFSSON, K. (2012) Registered nurses' health in communityelderly care in Sweden. *In International Nursing Review*, 2012, roč. 59, s. 409-415. ISSN 1466-7657.

HAROKOVÁ, S. a E. GURKOVÁ. (2013). Pracovní spokojenost jako prediktor setrvání sester na pracovišti. *In Ošetřovatelství a porodní asistence*, 2013, roč. 4, č. 2, s. 573-582 ISSN 1804-2740.

KADUČÁKOVÁ, H. (2011) Sestra a psychická pracovní zátěž. *In STANČIAK, J. a L. CETLOVÁ (ed.). Jihlavské zdravotnické dny 2011*, s. 299-307. 1.vyd. Jihlava: Vysoká škola polytechnická, Katedra zdravotnických studií. ISSN ISBN 978-80-87035-37-5.

MAŠLÁŇOVÁ, I. (2012). Pohled sester na seniory a stáří. *In Geriatrie a gerontologie*, roč. 1, č. 2, s. 77-80. ISSN 7805-4684.

SAARNIO, R., SARVIMÄKI, A., LAUKKALA, H. and A. ISOLA. (2012). Stress of conscience among staff caring for older persons. *In Finland. Nursing Ethics*, 2012, roč. 19, vyd. 1, s. 104-115. ISSN 0355-9483.

TOURANGEAU, A. E., CRANLEY, L. A., Heather K. SPENCE LASCHINGER, H. K. and J. PACHIS. (2010). Relationship among Leadership Practices, Work Enviroments, Staff Communication and Outcomes in Long- Term. *In Journal of Nursing Management*, 2010, roč. 18, s. 1060-1072. ISSN 1365-2834.

Kontaktní adresa

Mgr. Jiřina Hosáková, Ph.D.
Ústav ošetrovatelství FVP
Slezská univerzita v Opavě
Bezručovo náměstí 885/14
746 01 Opava
Email: jirina.hosakova@fvp.slu.cz

PSYCHOSOCIÁLNE ASPEKTY V KOMUNITNEJ OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI

Andrea Lajdová

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita v Trnave

Súhrn:

Zo všetkých modelov zdravia sa v ošetrovatelstve najvýraznejšie uplatňuje holistický model, ktorý upriamuje pozornosť na človeka ako na bio-psycho-sociálnu bytosť.

Výskum biologickej zložky, teda genetickej predispozície pre určité typy chorôb, pôsobenie vnútorných, vonkajších vplyvov a patofyziologických zmien v organizme počas choroby bol stredobodom záujmu odborníkov od pradávna. Navyiac, ide o faktory, ktoré sa dajú kvantitatívne dostatočne presne merať, zisťovať. Významný vplyv na rozvoj, priebeh a prognózu chorôb majú aj faktory psychické a sociálne, ktoré sa stali predmetom výskumu od začiatku minulého storočia. Ich kvalita sa odráža v spokojnosti človeka so svojím životom. Ovplyvňujú spôsoby správania, ktoré môžu prispieť v pozitívnom ale i negatívnom zmysle k zdraviu človeka. V priamom kontakte s pacientom a jeho rodinou v domácom prostredí musí sestra pracujúca v komunite tieto faktory poznať, aby vedela správne v špecifických situáciách reagovať a pacientom (rodine) pomôcť.

Kľúčové slová: psychosociálne faktory, pacient v komunitnej ošetrovateľskej starostlivosti, sestra, ochorenie.

Úvod

Komunitná ošetrovateľská starostlivosť predstavuje systém zdravotnej a sociálnej starostlivosti poskytovanej nielen chorým, ale i zdravým členom príslušnej komunity. Dopĺňa systém primárnej starostlivosti, je istou alternatívou špecializovanej a inštitucionalizovanej starostlivosti poskytovanej na regionálnej úrovni. Jej cieľom je poskytovať starostlivosť v domácom prostredí, aby takto mohol človek zotrvať čo najdlhšie v komunite, kde cíti najväčšiu istotu vo všetkých oblastiach, čo je predpokladom pre účinnú liečbu a prevenciu komplikácií.

Chorobu človek vníma iba ako slovo, označenie ... a až to, čo sa o nej dozvedá, ho naplňuje emóciami. Popri telesných ťažkostiach (pozorovanej objektívnej stránke choroby) musí zvládať v menšej alebo väčšej miere aj ťažkosti psychické, sociálne (subjektívna stránka choroby), s ktorými môže "zápasit" a v konečnom dôsledku preňho predstavujú väčší stres a traumy, ako ťažkosti telesné. Význam psychologických faktorov býva v súčasnosti často podceňovaný alebo prehliadaný v dôsledku existencie vyspelých diagnostických a terapeutických metód. Preto sme v našom príspevku zamerali pozornosť najmä na psychické a sociálne faktory komunitnej ošetrovateľskej starostlivosti, pretože sú neoddeliteľnou a rovnocennou súčasťou ochorenia.

Jadro

Psychický aspekt ochorenia tvorí emočné prežívanie pacienta vyvolané zmenami súvisiacimi s ochorením, hodnotením situácie pacientom a z toho vyplývajúcim správaním.

Psychické ťažkosti môžu súvisieť s viacerými faktormi, ktoré môžu byť: interpersonálne vzory a emocionálne skúsenosti zo zvládania a prežívania ochorenia v detstve, samotná štruktúra osobnosti a jej schopnosť adaptácie na zmenenú životnú situáciu a riešenia vzniknutého problému, predchádzajúce skúsenosti s ochorením a priebehom liečby, aktuálna životná socioekonomická situácia, a mnohé ďalšie.

Rozdeľujú sa do niekoľkých skupín:

- zmeny súvisiace s informáciami o existencii choroby, jej prijatím a predstavou vlastného ohrozenia,
- zmeny sebapoňatia, súvisiace so zmenami rolí (rola otca, matky, živateľa rodiny, rola zamestnanca, priateľa, člena klubu,...),
- zvýraznenie osobnostných vlastností vplyvom dlhodobej záťaže (frustrácie, úzkosti, strachu),
- rozvoj možných psychických porúch.

Reakciu pacienta na ochorenie rozdeľujeme z psychologického hľadiska na:

- **stratégiu zvládania (coping)**, kde patrí:
 - **riešenie problémov** (vyhľadávanie informácií, rád, plánovanie krokov vedúcich k uzdraveniu),
 - **redukcia emócií** (ventilácia emócií, pozitívne myslenie, delegovanie zodpovednosti a pod.),
 - **maladaptívne správanie** - abúzus návykových látok za účelom zníženia emočného prežívania, sebapoškodzovanie, histrionské, hypochondrické alebo agresívne správanie.
- **obranné mechanizmy** menia spôsob, akým človek vníma emócie:
 - **potlačenie** - úmyselné sebaovládanie za účelom vyhnúť sa stresovej reakcii. Človek odmieta ochorenie prijať a odmieta sa liečiť. Podobná je **bagatelizácia**, kedy si ochorenie uvedomuje, ale podceňuje jeho dôsledky.
 - **vytesnenie** - "potlačenie" myšlienok na ochorenie,
 - **racionalizácia** - prisúdenie logických alebo sociálne žiadúcich motívov správania. Slúži k hľadaniu tolerovaného motívu pre správanie, ktoré iní odsudzujú ("Pijem, pretože som sám"),
 - **popretie** - umožňuje nevnímať realitu, keď je príliš nepríjemná (napr. pacient poprie existenciu novotvaru ako nádoru a odloží návštevu lekára),
 - **presunutie** - presunutie emócií na druhých za účelom zmiernenia ich negativity (prenesenie "nespokojnosti" pacienta na sestru napr. pri preväze rany),
 - **projekcia** - vlastné nežiadúce vlastnosti pripisuje druhým ľuďom v prehnanej miere (pacientka predpokladá nepriateľské postoje u sestry, ktorá je jej nesympatická),
 - **identifikácia** - preberanie postojov, správania alebo príznakov od iných pacientov,
 - **Intelektualizácia** - pokus o získanie emočného odstupu od stresovej situácie (používanie abstraktných, intelektuálnych termínov v komunikácii),
 - **Regresia** - návrat k rannejším vývojovým štádiám, ktorý sa prejaví v myslení a správaní. Pacient sa správa ako dieťa, stáva sa závislým od druhých, je bezbranný, nesamostatný, závislý na zdravotníckych pracovníkoch.

Somatizácia - problém pacient presúva na sledovanie telesných príznakov, teda hovoríme, že psychické stavy sa spájajú so somatickými príznakmi. Křivohlavý (2002, s. 29) rozdeľuje týchto pacientov na:

1. **somatizérov (somatizeres)**, ktorý vyjadrujú problémy svojho duševného zdravia telesnými príznakmi, najmä v stave distresu, teda situácie, ktorú nie je schopný sám zvládnuť,
2. **ľudí "ustrášených" ("worry well")**, ktorý si robia nadmerné starosti o svoj zdravotný stav a pri akýchkoľvek príznakoch aj banálnych navštevujú praktických lekárov (ich správanie sa označuje ako hypochondrické),
3. **ľudí, ktorý majú z ochorenia úžitok (secondary gain)**, ktorý môže mať podobu zisku napr. z vyplatenia nemocenskej dávky, úteku z nejpríjemného prostredia (pracovného, domáceho), odpočinku od namáhavej práce. Patria sem aj skupiny ľudí, ktorý "utekajú" do choroby v dôsledku nevládnutia životných situácií, tzv. simulanti ("malingering"). Ich opakom sú disimulanti, ktorí predstierajú, že sú zdraví, ale v skutočnosti môžu byť aj ťažko chorí (Praško, 2010, s. 41 - 46, Zacharová et al., 2007, s. 22).

Sociálny aspekt ochorenia je daný spoločenským hodnotením choroby, jej vplyvu na existenciu spoločenských aktivít, ktoré sú významné pre každého človeka v rozličnej miere. Medzi sociálne aspekty patrí:

1. Vplyv rodiny - vzájomné vzťahy a funkčnosť rodiny (harmonická, konsolidovaná, disharmonická) od ktorých sa odvíjajú očakávania od správania rodinných príslušníkov a ich reakcie na ochorenie člena rodiny. Presun rolí chorého člena na ostatných, prípadne nezastúpenie týchto rolí, čo môže meniť sociálnu situáciu celej rodiny. Vplyv choroby na rodinu závisí od charakteru ochorenia jeho trvania a následkov. Významný je vplyv ochorenia na funkčnosť rodiny v budúcnosti.
2. Zásah do pracovných povinností, ktorý môže vyvolať podvedomý alebo reálny strach zo sankcií, ktoré z toho vyplývajú (napr. strata zamestnania), s ktorým súvisí:
3. Zmena ekonomickej situácie, ktorá môže byť veľkou psychickou záťažou najmä ak ide o živiteľa rodiny, resp. človeka s najvyšším príjmom v rodine.
4. Sociálna izolácia môže byť dočasná alebo trvalá a môže viesť k ďalším patologickým javom ako je rozvoj psychických ochorení (depresia, závislosti,...).
5. Stigmatizácia a postavenie chorého v spoločnosti.
6. Ohrozenie bývania v prirodzených podmienkach najmä v súvislosti so vzniknutým poškodením zdravia a obmedzením sebestačnosti pacienta. Odporúča sa zabezpečiť nielen kontinuálnu zdravotnú a ošetrovateľskú starostlivosť, ale aj sociálnu starostlivosť pri plánovaní ďalších zdravotných a sociálnych služieb v komunite chorého (Kuzníková, 2013, s. 28-33, Kožuchová, 2014, s. 8).

Správanie sa človeka v chorobe súvisí aj s nástupom choroby, (nenápadný, s miernymi príznakmi, s búrlivými príznakmi spojenými s pocitmi ohrozenia), od ktorého sa potom odvíjajú aj reakcie jeho vlastné a najbližších príbuzných. Stav choroby býva spojený so strachom a neistotou o budúcnosť chorého člena. Okrem štádií psychickej odozvy na nepriaznivú životnú situáciu (chorobu), ktoré okrem iných autorov výstižne popísala Elisabeth Kubler Rossová (šok, popretie, zloba hnev, vyjednávanie, depresia, akceptácia pravdy alebo rezignácia), si ľudia kladú otázky typu: "čo bude ďalej"? "čo treba aktuálne urobiť"? "na koho sa obrátíme o pomoc (zdravotnú, sociálnu)"? Ak doposiaľ nemali zdravotné ťažkosti, nemusia byť v danej situácii zorientovaní v systéme služieb zdravotnej a sociálnej starostlivosti, čo môže spočiatku u nich vyvolávať neistotu, strach, úzkosť, komunikačné bariéry až agresivitu.

Cieľom ošetrovateľstva v súvislosti so záťažovou situáciou je

Čo očakáva chorý od sestry?

- Orientáciu v situácii, vysvetlenie neznámych vecí, zdravotníckych termínov a pojmov,
- pomoc pri prijatí situácie,
- pomoc pri uvoľnení záporných emócií (strach, úzkosť, smútok, bezmocnosť),
- vytvorenie nádeje na vyliečenie,
- podporu a prijatie, teda pocit, že nie je sám so svojimi problémami,
- trpezlivé vypočutie, prejavy akceptácie, úcty, záujmu, pochopenia a vcítenia,
- zmiernenie pocitov viny na vzniku ochorenia,
- možnosť aktívne spolupracovať a spolupodieľať sa naošetrovateľskej starostlivosti,
- ocenenie a pochvalu za pokroky a spoluprácu v liečbe.

Záver

Povinnosťou každého zdravotníckeho pracovníka je vytvoriť s pacientom spolupracujúci terapeutický vzťah založený na vzájomnej dôvere. To si vyžaduje dôsledné "načúvanie" pacientovi, podpornú a

citlivú starostlivosť, poskytovanie primeraných, zrozumiteľných informácií, dodržiavanie sľubov a podporu nádeje v zlepšenie zdravotného stavu.

Sestra pracujúca v komunite vstupuje do medziludských vzťahov najmä v rámci rodinných a príbuzenských zväzkov (Tomagová, 2008, s. 18). Preto musí brať všetky uvedené faktory do úvahy a počítať s tým, že v kontakte s chorým človekom alebo jeho rodinou môžu nastať problémy v adaptácii na zmenenú životnú situáciu v dôsledku ochorenia, v jeho prístupe k vlastnému zdravotnému stavu, compliance na zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti, v osobnom kontakte a v komunikácii. Pri riešení záťažových situácií je dôležité posúdiť spôsob, ako vidí pacient a členovia rodiny závažnosť stresorov a ťažkosti s nimi spojené. Musí situáciu zvládať tak, aby bola prospešná nielen samotnému pacientovi, ale aj jeho rodine. To predpokladá ovládať teóriu motivácie a ľudských potrieb, typológiu osobnosti človeka, vedieť odhadnúť úroveň pacientovho poznania v oblasti zdravotnej starostlivosti, brať do úvahy zmeny psychického stavu pacienta na základe jeho reakcií, uplatňovať zásady komunikácie v záťažových situáciách, (prejavy strachu, plač, hnev, smútok, ...) ako má v danej situácii komunikovať tak, aby dosiahla napr. zmenu v dysfunkčnom správaní pacienta vo vzťahu k jeho zdraviu (poznať teóriu zmeny), vyhodnotiť úroveň podporného prostredia v rodine, atď.

Na pacienta a jeho rodinu prenáša taký rozsah starostlivosti, ktorý zodpovedá ich intelektuálnym, manuálnym a materiálno-technickým podmienkam, čím sa upevňuje zodpovednosť za vlastné zdravie (Kožušková, M. 2014, s. 96). Popri tom je dôležité, aby si získala dôveru pacienta aj rodinných príslušníkov a to dodržiavaním záväzkov a sľubov, odbornými vedomosťami, profesionálnym správaním, prospešným manažovaním ošetrovateľskej a následnej zdravotnej a sociálnej starostlivosti, vcítením sa do problémov pacienta, prejavmi jeho akceptácie a kongruencie.

V zahraničí sú realizované podporné edukačné programy pre rodiny, ktoré poskytujú starostlivosť o chronicky chorého člena v domácnosti. Spoločnosť realizujúca tieto programy poskytuje aj špecializačný program pre sestry prostredníctvom workshopov na získanie vedomostí a zručností pre prácu s rodinami v domácom prostredí. V našich podmienkach žiaľ takéto programy absentujú, s čím súvisia nedostatočné podmienky rodín na náročnú rolu pri poskytovaní komplexnej starostlivosti o člena rodiny.

Literatúra

KOŽUŠKOVÁ, M. (2014) *Domáca ošetrovateľská starostlivosť*. Martin: Osveta, 2014, 244 s. ISBN 978-80-8063-414-8.

KUZNÍKOVÁ, I. (2013) *Psychosociální aspekty zdraví a nemoci*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2013, 88 s., ISBN 978-80-7464-470-2.

PRAŠKO, J. (2010) *Psychické problémy u somaticky nemocných a základy lékařské psychologie*, 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010, 430 s. ISBN 978-80-244-2365-4.

TOMAGOVÁ, M., BÓRIKOVÁ, I. 2008 *Potreby v ošetrovateľstve*. Martin: Osveta, 2008, 196 s., ISBN 80-8063-270-0.

ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. 2007 *Zdravotnická psychologie. Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada, 2007, 229s. ISBN 978-80-247-2068-5.

Kontaktná adresa:

PhDr. Andrea Lajdová, PhD.
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce
Katedra ošetrovateľstva
Univerzitné námestie 1
Trnavská univerzita v Trnave
918 43 Trnava

INOVÁCIA VZDELÁVANIA SESTIER V ŠPECIALIZAČNOM ODBORE ANESTÉZIOLÓGIA A INTENZÍVNA STAROSTLIVOSŤ

Zuzana Rybárová

Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií, Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave

Súhrn:

Anestéziológia a intenzívna starostlivosť je špecializačný odbor, ktorý sa zaoberá komplexnou ošetrovateľskou starostlivosťou o kriticky chorých, u ktorých hrozí zlyhanie, zlyháva alebo zlyhala funkcia jedného alebo viacerých orgánov alebo orgánových systémov. Zahŕňa aj anestetickú starostlivosť pri vykonávaní diagnostických a liečebných výkonov operačnej a neoperačnej povahy. Ďalšie vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov v odbore anestéziológia a intenzívna starostlivosť sa vykonáva formou špecializačného štúdia. Špecializačným štúdiom v akreditovanom špecializačnom študijnom programe sa rozširujú vedomosti a zručnosti získané štúdiom a odbornou praxou. Cieľom prednášky je priblížiť návrh inovácie špecializačného štúdia v špecializačnom odbore anestéziológia a intenzívna starostlivosť z pohľadu garanta špecializačného štúdia v odbore anestéziológia a intenzívna starostlivosť so zameraním na jeho priebeh, podmienky prijatia na štúdium, náplň štúdia, rozsah teoretických vedomostí, zručností a praktických skúseností, ako aj formu ukončenia štúdia. Návrhy vychádzajú z praktických skúseností s manažmentom špecializačného štúdia v danom odbore.

Kľúčové slová: *Inovácia vzdelávania. Špecializačné štúdium. Odbor anestéziológia a intenzívna starostlivosť.*

Kontaktná adresa:

PhDr. Zuzana Rybárová, PhD.
Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií
Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave

CELKOVÁ ANESTÉZIA A DETSKÝ PACIENT

Gabriela Doktorová

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita v Trnave

Súhrn:

Autorka predkladaného príspevku sa zaoberá špecifikami celkovej anestézie u detského pacienta. Celková anestézia je riadený stav bezvedomia, ktorý je potrebný na navodenie stavu bez citlivosti a vnímania bolesti počas operačného výkonu. Pri podávaní anestézie dieťaťu musíme myslieť na to, že dieťa nie je zmenšeninou dospelého človeka. Dieťa sa vyznačuje určitými špecifikami, ktoré ho radia medzi najrizikovejších pacientov. Zvláštnosti anestézie u detí vyplývajú z anatomických, fyziologických a psychických osobitostí detského veku. Požiadavky na podávanie celkovej anestézie dieťaťu zohľadňujú fyziologické osobitosti rôznych vekových skupín detského veku. Detský vek má veľké rozpätie: od nezrelého novorodenca až po adolescenta. Sestra by mala rešpektovať fyziologické a psychické zvláštnosti danej vekovej skupiny a podľa toho zvoliť prístup pri nadväzovaní kontaktu s dieťaťom. Je dôležité, aby si sestra svojím správaním a prístupom získala za krátky čas dôveru dieťaťa a jeho rodiča, ktorý svoje dieťa odovzdáva do jej rúk. Aby bola poskytovaná ošetrovateľská starostlivosť kvalitná, je treba rozpoznať a adekvátne reagovať na problémy, ktoré sa môžu v súvislosti s podávaním anestézie vyskytnúť a dieťa z anestézie bezpečne vyviešť.

Kľúčové slová: Dieťa; Detský vek; Celková anestézia; Sestra; Ošetrovateľská starostlivosť

GENERAL ANESTHESIA AND CHILD PATIENT

Summary:

The author of the submitted paper deals with the specifics of general anesthesia in a child patient. Total anesthesia is a controlled state of unconsciousness that is required to induce a condition without sensitivity and pain perception during surgery. When administering an anesthesia to a child, we must think that the child is not a diminutive adult. The child is characterized by certain characteristics that place him among the most risky patients. The specificities of anesthesia in children arise from the anatomical, physiological and psychological features of childhood. The requirements for general anesthesia of a child take into account the physiological characteristics of different age groups. Childhood has a wide range: from the immature newborn to the adolescent. The nurse should respect the physiological and psychological traits of the age group and accordingly choose the approach in establishing contact with the child. It is important for a nurse to gain confidence in her behavior and approach in the short term of trusting the child and her parent who gives her child to her hands. In order to provide quality nursing care, it is necessary to recognize and adequately respond to the problems that may occur with anesthesia and to safely exert anesthesia.

Key Words: Child; Child age; Total anesthesia; Sister; Nursing care

Úvod

Pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti dieťaťu treba mať na zreteli, že dieťa nie je zmenšeninou dospelého človeka. S dieťaťom v roli pacienta sa anestéziologická sestra stretáva prvýkrát až na operačnej sále pri podávaní premedikácie. Sestra musí k dieťaťu voliť osobitý prístup zohľadňujúci vekovú skupinu dieťaťa, čomu prispôsobuje aj komunikáciu s pacientom. Je dôležité, aby si sestra svojím správaním a prístupom získala dôveru dieťaťa a jeho rodiča. Detský pacient sa vyznačuje určitými osobitosťami, ktoré ho zaraďujú medzi najrizikovejších pacientov z hľadiska bezpečnosti a výskytu novej mimoriadnej udalosti. Vybavenie anestéziologického pracoviska

z pohľadu detskej anestézie zohľadňuje fyziologické osobitosti rôznych vekových skupín detského veku od nezrelého novorodenca cez obdobie školského veku až po adolescenta.

Vlastný text

Podávanie celkovej anestézie detskému pacientovi si vyžaduje osobité vedomosti a zručnosti. Od dospelého pacienta sa dieťa odlišuje v anatomickej, fyziologickej, psychologickaj a biochemickej oblasti. Najväčšie rozdiely sú u novorodencov, predčasne narodených a narodených v termíne. Gašparec, Köppl (in Firment, 2009) uvádzajú, že deti sa dospelému človeku začínajú podobať od 10. roku života dieťaťa. K výrazným odlišnostiam patrí najmä relatívne väčší telesný povrch v pomere k telesnej hmotnosti novorodenca v porovnaní s dospelým (2-2,5 krát) a zvýšená spotreba O₂. Hlava je u novorodencov a dojčiat relatívne väčšia a končatiny menšie. Mozog je relatívne väčší a vyžaduje relatívne väčšiu časť srdcového výdaja. **Anatomické a fyziologické zvláštnosti v dýchanom systéme** sú u detí relatívne úzke nosové priechody, orofarynx a trachea. Dýchanie môže ovplyvniť iritácia slizníc s následným edémom. Jazyk je relatívne veľký a v celkovej anestézii má tendenciu ľahko zapadnúť. Epiglotis je relatívne veľká v tvare písmena U. V porovnaní s dospelými majú deti výraznejšiu sekréciu slín. Trachea je krátka, od hrtana po karinu meria 4 cm a má úzky priemer 6 mm. Novorodenci, dojčatá a malé deti majú veľmi poddajný hrudník, rebrá v horizontálnom postavení, interkostálne svalstvo je slabo vyvinuté. **V kardiovaskulárnom systéme** sa zmeny vyznačujú nižším krvným tlakom ako u dospelého a stúpa s vekom. Počas anestézie krvný tlak klesá. U dojčatá by nemal krvný tlak v diastole klesnúť pod 50 mmHg a u nedoneseného dieťaťa pod 30 mmHg. Objem krvi v cievnom riečišti je u dieťaťa vo vzťahu k telesnej hmotnosti väčší ako u dospelého a s vekom dieťaťa klesá. Celové množstvo krvi je ale veľmi malé a už aj najmenšie krvné straty vedú k nedostatočnému objemu a anémii. **V termoregulačnom systéme** sú u detí výrazné odlišnosti. Odovzdávanie a prijímanie tepla je u detí rýchlejšie ako u dospelých. Udržanie telesnej teploty počas celkovej anestézie patrí k základným úlohám anestéziologickej sestry a anestéziológa. Sklon k podchladeniu počas operačného výkonu a po ňom majú najmä novorodenci, dojčatá a malé deti. Hypotermia počas celkovej anestézie vedie u dieťaťa k predĺženiu doby prebúdžania. Klesá frekvencia srdca a dýchania, krvný tlak a jednorazový objem. Ako dôsledok hypotermie môže nastať u dieťaťa hypoxia, hypoglykémia a acidóza. **Rovnováha vody a elektrolytov** – malé deti majú zvýšený podiel vody v organizme, pri akýchkoľvek stratách majú novorodenci a malé deti sklon k dehydratácii. Zvýšený obrat tekutín a neschopnosť obličiek koncentrovať moč patria k ďalším faktorom zvýšenej spotreby tekutín u dojčiat a novorodencov.

Podaniu anestézie predchádza **predanestetická príprava**, ktorej cieľom je odhaliť ochorenia, ktoré majú význam pre volený anesteziologický postup a minimalizovať riziká spojené s podávaním anestézie. Grochová uvádza, že nedostatočné zhodnotenie stavu pacienta môže byť príčinou nesprávnej voľby anestézie a môže sa stať zdrojom chýb vedúcim k peroperačným komplikáciám (in Firment, 2009). Anestéziologická vizita je prvým kontaktom dieťaťa s anestéziológom. Účasť rodiča ako zákonného zástupcu dieťaťa je nutná na odobratie anamnézy dieťaťa a rodič podpisuje po informovaní anestéziológom informovaný súhlas s anestéziou. Súčasťou anestéziologickej vizity je odobranie anestéziologickej anamnézy. Pri klinickom vyšetrení anestéziológ hodnotí krvný tlak a srdcovú činnosť, stav chrupu, známky prípadného začiatočného ochorenia, stav hydratácie a podmienky dostupnosti žilového vstupu (Fedora, 2012). Pokiaľ dieťa spolupracuje, anestéziológ klasifikuje pomery orofaryngu podľa Mallampatiho klasifikácie (Málek, 2011). Anestéziológ vyhodnocuje závery pediatrického vyšetrenia, indikuje doplnenie konziliárnych a laboratórnych vyšetrení. Na záver stanoví stupeň anestéziologického rizika podľa klasifikácie ASA (American Society of Anesthesiologists), postup lačnenia, odporučí vhodný spôsob vedenia anestézie, o ktorom je informovaný rodič dieťaťa, prípadne jeho zákonný zástupca (Ryšavá, 2006).

Premedikácia je podanie farmák v rámci predoperačnej prípravy za účelom uľahčenia úvodu do anestézie znížením reflexnej dráždivosti, je súčasťou anestézie a prispieva k obmedzeniu

pooperačných komplikácií. Hlavnou úlohou premedikácie u detí je odbúranie strachu, ukľudnenie dieťaťa. Grochová (in Firment, 2009) ako cieľ premedikácie u detí popisuje zníženie bronchiálnej sekrécie a zníženie sekrécie z horných ciest dýchacích. Premedikácia zároveň predstavuje aj určitý druh bezpečnostného opatrenia (Gašparec, 2010). Pri premedikácii sú najčastejšie podávané parasimpatikolytiká, antihistaminiká, sedatíva a analgetiká. Jednotný postup v potrebe podávania premedikácie neexistuje. Detskí anesteziológovia pristupujú k ordinácii individuálne na základe predoperačného vyšetrenia s prihliadnutím na vek, hmotnosť, psychické ladenie, operačný výkon a spôsob zvolenej anestézie. Niektorí anesteziológovia volia možnosť nepodania premedikácie najmä u detí do 10 kg, prípadne do 12 mesiacov. Pri tejto vekovej kategórii je možné zvoliť iba vagolytickú zložku premedikácie (Atropin), ktorý je možné podať až v úvode anestézie po zaistení žilového vstupu (Fedora, 2012).

Predoperačné lačnenie je dôležité u detských pacientov zlaďiť s potrebou prázdneho žalúdka a prevenciou dehydratácie. Prázdny žalúdok je prevenciou aspirácie žalúdočného obsahu. V odborných kruhoch je diskutovanou témou príliš dlhé lačnenie, ktoré vedie k hromadeniu žalúdočných štiav s možnosťou vzniku závažnej aspiračnej pneumónie - Mendelsonov syndróm (Adamus, 2010.) Dlhodobé lačnenie u nižších vekových skupín môže viesť k hypoglykémii. V takom prípade je potrebné sledovať vnútorné prostredie, prípadne parenterálne podať roztok glukózy. Pevnú potravu sa odporúča prijať naposledy 6 – 8 hodín pred plánovaným zákrokom. Mliečnu stravu na podklade kravského mlieka podávame najneskôr 6 hodín pred úvodom do anestézie. Dojčené dieťa môže prijať materské mlieko najneskôr 4 hodiny pred výkonom, posledná číra tekutina bez bubliniek je tolerovaná 2 hodiny pred plánovaným zákrokom (Mixa, 2012).

Celková anestézia u detí

Celková anestézia je reverzibilný iatrogénny útlm umožňujúci tolerovať chirurgický výkon. Cieľom celkovej anestézie je vyradenie vedomia, potlačenie vnímania bolestivých podnetov a svalová relaxácia (Adamus, 2010). Gašparec, Köppl (in Firment, 2009) popisujú inhalačný úvod ako ideálnu formu uvedenia dieťaťa do celkovej anestézie. Ide o vdychovanie pár inhalačného anestetika a nosnej zmesi pomocou tvárovej masky. Malé deti potrebujú v porovnaní s dospelými zvýšenú koncentráciu inhalačných anestetik, novorodenci na dosiahnutie danej hĺbky celkovej anestézie potrebujú koncentráciu nižšiu. Podľa autorov je to pravdepodobne spôsobené nezrelosťou mozgového tkaniva, reziduálnou hladinou materského progesterónu ako aj vysokou hladinou endorfínov. Po zaspání dieťaťa nasleduje v čo najkratšom časovom horizonte zaistenie žilového vstupu. Balansovaná anestézia sa v detskej anesteziológii najpoužívanejšou metódou. Úvod do anestézie je inhalačný, potom sa kanylkuje žila, do ktorej sa podá analgetikum, anestetikum a relaxancium. Bezpečne zaistené dýchacie cesty sú predpokladom bezpečnej anestézie. Na zabezpečenie dýchacích ciest slúžia tvárové masky, ústne a nosové vzduchovody, laryngeálne masky a endotracheálne kanyly. Z dôvodu prevencie poškodenia tracheálnej sliznice tlakom nafúknutého balónika sa u detí do 8 rokov uprednostňujú intubačné kanyly bez balónika. Laryngeálna maska má v detskej anesteziológii široké využitie. Zavádza sa po hlbkej inhalačnej anestézii alebo po intravenóznom úvode. Všetky uvedené pomôcky na zaistenie dýchacích ciest sa používajú v rôznych veľkostiach podľa veku dieťaťa. Priebeh celkovej anestézie rozdeľujeme podľa Ryšavej (2006) na úvod, priebeh a zobúdzanie.

Úvod do anestézie znamená obdobie od začiatku podávania anestetika, či už inhalačne, vnútrožilovo alebo intramuskulárne po nastúpenie dostatočnej hladiny v CNS. Správny úvod by mal byť kľudný, nenásilný a šetrný. Nie pri každom dieťati sa dá takýto úvod zabezpečiť. Na niektorých pracoviskách je umožnená pri úvode prítomnosť rodičov, aby sa stres dieťaťa minimalizoval. **Vedenie celkovej anestézie** zahŕňa udržiavanie dostatočnej hladiny anestetika v CNS v priebehu výkonu v závislosti na intenzite stimulov počas operácie. Inhalačnú anestéziu udržiavame stálym prísunom nosnej zmesi a inhalačného anestetika. Dieťa je možné nechať spontánne dýchať alebo riadene ventilovať podľa druhu operačného výkonu. Spontánnu ventiláciu používame pri výkonoch trvajúcich do 30 minút, pri dlhších výkonoch je vhodné dieťa riadene ventilovať. V tom prípade sa podávajú relaxanciá a opioidy, inhalačné anestetikum sa zníži na nízku koncentráciu – dopĺňovaná anestézia. TIVA – totálna

intravenózna anestézia je vhodná u detí s podozrením na vznik malígnej hypertermie. Ukončením podávania anestetík sa začína **fáza prebúdzania**. Dieťa odsajeme ešte zaintubované a extubujeme buď ešte v hlbokoj anestézii alebo pri vedomí. Deti sú náchylné na vznik laryngospazmu, preto sa nesmie dieťa extubovať v excitačnej fáze prebúdzania (Larsen, 2004). Pri extubácii asistuje sestra lekárovi. Následne je pacient odpojený od monitora a je prevezený na dobúdzaciu izbu, kde je naďalej sestrou monitorovaný a sledovaný. Dobúdzacia izba slúži predovšetkým na starostlivosť o pacienta predovšetkým po výkone v celkovej anestézii (Přikryl, 2013). O dobe pobytu pacienta na dobúdzacej izbe rozhoduje anestéziológ. Dieťa je prevezené na štandardné oddelenie až po jeho súhlase.

Monitorovanie v detského pacienta je dôležitou súčasťou práce anestéziologického tímu počas výkonu. Anestéziológ dostáva informácie o stave pacienta na základe sledovania farby kože a dýchacích exkurzií. Pozorovanie pohybov hrudníka a auskultácia pľúc sa vykonáva pomocou stetoskopu (overenie polohy kanyly). Veľký význam majú aj informácie sprostredkované monitorovacími prístrojmi. Pod prístrojovým monitorovaním sa chápe vizualizáciu niektorých veličín vitálnych funkcií. Niektoré sú zaznamenávané kontinuálne, iné v určitých nastavených časových intervaloch. Veľkou pomôckou je akustické a svetelné hlásenie krajných hodnôt zvolených parametrov (Handl, 2004.) Štandardné sledovanie pacientov v detskom veku pri plánovaných výkonoch, malých krvných stratách a výkonoch spojených s nízkym operačným rizikom zahŕňa sledovanie – pulzovej oxymetrie, kapnometrie, neinvasívne monitorovanie tlaku krvi, telesnej teploty, EKG krivky, meranie tlaku v dýchacích cestách, meranie minútového dych. objemu a jednorazového dych. objemu, meranie inspiračnej a expiračnej koncentrácie plynov (Gašparec, 2010).

Úlohou sestry je zaistiť dostupnosť monitorovania výberom vhodného druhu pulzného oxymetra, voľba vhodného miesta aplikácie, ktoré z dôvodu ischemizácie tkaniva strieda. V priebehu anestézie kontroluje predilekčné miesta vzniku dekubitu, kontroluje tlak v obturačnej manžete endotracheálnej kanyly, zabezpečuje teplotný komfort pacienta. Oči počas výkonu v celkovej anestézii musia byť chránené nielen proti vysychaniu rohovky aplikáciou masti, ale aj proti tlaku rúšok na bulbus a útlaku arteria centralis retinae (Gašparec, 2010). Spoločne s lekárom sleduje zmeny kapnografickej krivky, pohotovo reaguje na vzniknuté komplikácie – reintubácia pacienta, odsávanie z kanyly, odstránenie príčin netesnosti dýchacieho okruhu. Sestra pripravuje pomôcky a asistuje lekárovi pri zavádzaní invazívnych vstupov, podáva lieky a infúzne roztoky, vykonáva odbery krvi dľa ordinácie lekára. Pri všetkých činnostiach dbá na dodržiavanie aseptických postupov.

Záver

S celkovou anestéziou u detského pacienta sa môžeme stretnúť v zdravotníckych zariadeniach pri diagnostických a terapeutických výkonoch. Vyžaduje si znalosť a rešpektovanie osobitostí spojených s detským vekom, počnúc od nezrelého novorodenca až po adolescenta. Podávanie anestézie detskému pacientovi si vyžaduje skúsený anestéziologický tím, ktorý dokáže komplikáciám predchádzať, prípadné komplikácie odhaliť, pohotovo reagovať a dieťa z anestézie bezpečne vyviesť.

Literatúra

- ADAMUS, M. a kol. (2010) *Základy anesteziologie, intenzivní medicíny a léčby bolesti*, 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. 343 s. ISBN 978-80-244-2425-5.
- FEDORA, M. a kol. (2012) *Dětská anesteziologie*, 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2012. 268 s. ISBN 978-80-7013-544-0.
- FIRMENT, J. a kol. (2009) *Anestéziologie a intenzivna medicína*, 1. vyd. Košice: APRILLA s. r. o., 2009. 387 s. ISBN 978-80-89346-16-5.

GAŠPAREC, P. a kol. (2010) *Princípy detskej anestézie*, 1. vyd. Martin: Osveta, spol. s.r.o., 2010. 675 s. ISBN 978-80-8063-340-0.

HANDL, Z. (2004) *Monitorování pacientů v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči – vybrané kapitoly*, 4. doplněné vyd. Brno: NCO NZO, 2004. 149 s. ISBN 80-7013-408-9.

LARSEN, R. (2004) *Anestezie*, 7. přepracované vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 1392 s. ISBN 80-247-0476-5.

MÁLEK, J. a kol. (2011) *Praktická anesteziologie*, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3642-6.

MIXA, V. (2012) *Současný pohled na anestezii dětí*. [online]. Dostupné z: <http://www.pediatriepropraxi.cz/magno/ped/2012/mn2.php> [cit. 2017-07-26].

PŘÍKRYL, P. (2013) Anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicína. In: *Wichsová, J. Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada, 2013, s. 145 – 159. ISBN 978-80-247-3754-6.

RYŠAVÁ, M. (2006) *Základy anesteziologie a resuscitace u dětí*, 2. doplněné vyd. Brno: NCO NZO, 2006. 234 s. ISBN 80-7013-400-3.

Kontaktná adresa:

Mgr. Gabriela Doktorová, PhD.
Katedra ošetrovatelstva
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce
Trnavská univerzita v Trnave
Univerzitné nám. 1
918 43 Trnava
gabriela.doktorova@truni.sk

RIEŠENIE UDALOSTI S HROMADNÝM POSTIHNUTÍM OSÔB V PREDNEMOCNIČNEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

František Glončák

Vysoká škola sv. Alžbety v Bratislave a Falck Záchranná, a.s.

Súhrn:

Problematika riešenia udalostí s hromadným postihnutím osôb je v súčasnosti vysoko aktuálna. Dotýka sa nielen členov integrovaného záchranného systému v prednemocničnej zdravotnej starostlivosti, ale aj zdravotníkov v nemocniciach, obzvlášť na urgentnom príjme. Správne poznanie riešenia udalosti s hromadným postihnutím osôb, triedenie ranených, ako aj následný transport pacientov môže vo významnej miere ovplyvniť nielen celkový priebeh takejto udalosti, ale aj prežitie jednotlivých účastníkov nehody s dôrazom na ich kvalitu života. Významnou mierou môže k skvalitneniu riešenia takýchto udalostí prispieť spolupráca zdravotníkov prednemocničnej zdravotnej starostlivosti a zdravotníkov v nemocničných zariadeniach, ktorej predpokladom k úspešnosti je najmä ich vzájomná kvalifikovaná komunikácia.

Kľúčové slová:

Hromadné nešťastie; Pacient; Prednemocničná zdravotná starostlivosť; Urgentný príjem.

SOLVING ACCIDENTS WITH THE GRANTING OF PERSONS IN PRE-HOSPITAL HEALTH CARE

Summary

The issue of dealing with events with mass disabilities is currently highly relevant. It touches not only members of the integrated rescue system in pre-hospital health care, but also health care workers in hospitals, especially on urgent admissions. Proper knowledge of the solution of an event with mass disability, classification of the injured as well as the subsequent transport of patients can significantly affect not only the overall course of such an event but also the survival of the individual participants of the accident with an emphasis on their quality of life. The cooperation of pre-hospital health care workers and health care professionals in hospital facilities can be a major factor in improving the resolution of such events, the prerequisite of which is, in particular, their mutually qualified communication.

Key words:

Mass misfortune; Patient; Pre-hospital health care; Urgent income.

Úvod

V súčasnosti dochádza v zdravotníctve k situáciám, kedy výrazne pociťujeme pokrok, ktorý je súčasťou vývoja spoločnosti a úzko súvisí s rizikom vzniku naliehavých, či závažných stavov. Terorizmus a vplyv biologických, či chemických faktorov patria k obávaným situáciám v súčasnosti a práve takéto situácie môžu vyvolať vznik udalostí s hromadným postihnutím osôb (Bramušková, Balogová, 2017).

Hromadné nešťastie a katastrofa sú definované v zákone. Základným predpokladom je, že ide o mimoriadne udalosti, v ktorých pri katastrofe viacerí odborníci udávajú počet postihnutých viac ako 50, bez rozdielu na počet zranených, či mŕtvych (Bulíková a kol., 2011). O hromadnom postihnutí sa väčšinou hovorí vtedy, ak je postihnutých 10 a viac osôb alebo sa tieto osoby nachádzajú v ohrození života. Podľa Štetinu a kol. (2000) má hromadné nešťastie kvantitatívne menší dopad v porovnaní

s katastrofou, a to nielen na človeka, ale aj na spoločnosť samotnú. Ako uvádzajú Šimko a Babík (1997), k základným charakteristickým znakom hromadných nešťastí patrí:

- príčina (meteorologická, živelná, ľudská činnosť,....
- lokalizácia (ojedinelý alebo mnohopočetný výskyt,
- začiatok nešťastia (postupný, náhly),
- pravdepodobnosť (jasná, neurčitá),
- trvanie (krátkodobé, dlhodobé),
- výskyt (zriedkavý, častý).

Hlavnými úlohami zdravotníkov pri riešení hromadného nešťastia by mala byť najmä mobilizácia záchranej zdravotnej služby a jej samotný zásah na mieste nešťastia. Všetky kroky musia byť koordinované Operačným strediskom SR, ktoré zabezpečuje spoluprácu jednotlivých zložiek integrovaného záchranného systému. Na mieste nešťastia musí byť zabezpečené dostatočné množstvo nielen personálu, ale aj zdravotníckeho materiálu. Pre potreby transportu zranených musí byť zabezpečený aj dostatok prostriedkov pre ich transport. Počas riešenia udalostí s hromadným postihnutím osôb významnú úlohu zohráva aj súčinnosť spolupráce s nemocničnými zariadeniami, ktoré sa nachádzajú v blízkom okolí udalosti, ale aj s tými, kam sú transportovaní pacienti Vrtuľníkovou záchrannou zdravotnou službou.

Triedenie ranených v prednemocničnej zdravotnej starostlivosti zohráva významnú úlohu a v mnohých prípadoch ide o činnosť, ktorá sa vykonáva na viacerých úrovniach. Podľa Bulíkovej a kol. (2011) je triedenie založené na krátkom vyšetrení zraneného a zhodnotení jeho životných funkcií. Počas tohto vyšetrenia je potrebné zhodnotiť aj psychický a následne celkový stav pacienta. Dobiáš (2006) hovorí, že triedenie ranených je dynamický proces, ktorý slúži na rýchle vyčlenenie pacientov s kritickým stavom zo všetkých postihnutých smerujúci k záchraneniu čo najväčšieho počtu osôb a rýchlemu transportu do zdravotníckeho zariadenia v stabilizovanom stave. V súčasnosti sa na celom svete používajú viaceré systémy triedenia zranených, ale všetky majú spoločné črty.

- Červená farba – ide o skupinu kriticky ohrozených pacientov, ktorí potrebujú urgentnú pomoc,
- Žltá farba – skupina pacientov, ktorých ošetrovanie je naliehavé, ale znesú odklad,
- Zelená farba – pacienti ľahko ranení, ktorých ošetrovanie znesie aj niekoľko hodinový odklad a neohrozí ich to na živote,
- Čierna farba – pacienti, ktorých zranenia nie sú zlučiteľné so životom, prípadne už sú mŕtvi (Bulíková a kol., 2011).

V praxi sa v prednemocničnej zdravotnej starostlivosti pri triedení zranených používa aj kombinácia farieb žltej a červenej, vtedy je potrebné pacienta prednostne transportovať do zdravotníckeho zariadenia vzhľadom na jeho aktuálny zdravotný stav.

Spolupráca s nemocničnými zariadeniami má pri riešení udalosti s hromadným postihnutím osôb nezastupiteľné miesto. Zdravotnícke zariadenie má prostredníctvom dostupných zdrojov zabezpečiť čo najkvalitnejšiu zdravotnú starostlivosť pre čo najväčší počet zranených, kde musí prebehnúť opakované triedenie, v ktorom zdravotníci zohľadňujú hlavne aktuálny zdravotný stav pacienta so zreteľom na časový interval (Bramušková, Balogová, 2017). Počas riešenia udalosti s hromadným postihnutím osôb je v zdravotníckom zariadení aktivovaný traumatologický plán, ktorého cieľom je zvládnutie poskytnutia zdravotnej starostlivosti väčšiemu počtu zranených. Traumatologický plán je vypracovaný zdravotníckym zariadením a jeho obsah musia poznať všetci zdravotnícki pracovníci v danom zdravotníckom zariadení (Dobiáš, 2006). Bulíková a kol. (2011) označuje traumatologický plán za krízový plán, ktorý sa môže týkať nielen udalosti s hromadným postihnutím osôb, ale aj nemocnice samotnej. Ako uvádza Tkáčová (2016), v prípade aktivácie traumatologického plánu sa jedná o zabezpečenie hromadného príjmu zranených počas normálnej prevádzky nemocnice a vyhlasuje ho riaditeľ nemocnice.

Triedenie zranených na urgentnom príjme ovplyvňuje následné umiestňovanie pacientov na príslušné oddelenia.

- Kategória I. – evidentne urgentné stavy - pacienti, ktorých musí lekár vyšetriť čo najskôr (zlyhávanie krvného obehu, bezvedomie,.....),
- Kategória II. – výrazne urgentné stavy – pacienti, u ktorých je vyšetrenie lekárom potrebné (akútne dyspnoe, dezorientácia, silné bolesti,.....),
- Kategória III. – potenciálne urgentné stavy – pacienti, ktorých zranenia môžu byť ošetrené aj s oneskorením (hroziace nebezpečenstvo však znamenajú neodhalené zranenia),
- Kategória IV. – neurgentné stavy – pacienti, ktorých zranenia neohrozujú ich život a ich ošetrovanie nejaví urgentné potreby (Dobiáš, 2006).

V čase, kedy je na urgentných príjmoch aktivovaný traumatologický plán z dôvodu odstraňovania následkov udalosti s hromadným postihnutím osôb musia byť jednotlivé úlohy presne stanovené pre členov tímu, ktorí sa podieľajú na poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Jednotlivé úlohy musia byť zamerané na triedenie pacientov, poskytovanie neodkladnej starostlivosti, intenzívnej starostlivosti, ale nemožno zabudnúť aj na izoláciu suspektne infekčných pacientov (či kontaminovaných), ktorí musia byť izolovaní v miestnostiach na to určených za rešpektovania stanovených platných štandardov.

Záver

Pri riešení udalostí s hromadným postihnutím osôb má významnú úlohu poskytovanie nielen prednemocničnej zdravotnej starostlivosti, ale aj zdravotnej starostlivosti, ktorá je poskytovaná v nemocničnom zariadení. Asi najvýznamnejšia je vzájomná spolupráca jednotlivých zložiek integrovaného záchranného systému, ale aj spolupráca, do ktorej je zapojené Operačné stredisko SR a v nemalej miere aj spolupráca s dostupnými zdravotníckymi zariadeniami. Bramušková a Balogová (2017) hovoria, že za veľmi dôležitú je potrebné považovať najmä zdravotnú starostlivosť poskytovanú v zdravotníckom zariadení, ktorej kvalita závisí od samotného postupu, ale najmä od schopnosti organizácie práce zdravotníkov pri príjme postihnutých, počas ktorej dochádza k výraznému nepomeru pacientov a personálu.

Literatúra

BRAMUŠKOVÁ, J., BALOGOVÁ, E. (2017). Naliehavé a závažné stavy v komunite. In *Zborník III. medzinárodnej konferencie „Komunitná starostlivosť v pomáhajúcich profesiách“*, s. 270-276. ISBN 978-83-61087-41-0.

BULÍKOVÁ, T. a kol. (2011). *Medicína katastrof*. Martin: Osveta, 2011. ISBN 978-80-8063-361-5.

DOBIÁŠ, V. (2006). Hromadné nešťastia a triedenie ranených. In *Via practica*, 2006, roč. 3 (1), s. 41-43. ISSN 1336-4790.

ŠIMKO, Š., BABÍK, J. (1997). *Hromadné nešťastia a medicína katastrof*. Martin: Osveta, 1997. 247 s. ISBN 80-88824-65-6.

ŠTETINA, J. a kol. (2000). *Medicína katastrof a hromadných nešťastí*. Praha: Grada Publishing, 2000. 436 s. ISBN 80-7169-688-9.

TKÁČOVÁ, Ľ. (2016). *Základný koncept ošetrovateľskej starostlivosti v komunite*. Bratislava: VŠ sv. Alžbety, 2016. 120s. ISBN 978-80-8132-153-5.

VÝSKYT VENTILÁTOROVEJ PNEUMÓNIE NA OAİM

^{1,2}Jarmila Bramušková Jarmila, ¹Eva Balogová

¹Fakulta zdravotníctva SZU v Banskej Bystrici

²Nemocnica Zvolen

Súhrn:

Vývoj medicínskej techniky neustále pokračuje, ale aj napriek tomu zohráva v ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta najvýznamnejšiu úlohu ľudský faktor. Aj napriek snahe čo najviac skvalitniť ošetrovateľskú starostlivosť dochádza v zdravotníctve k situáciám, ktoré vo významnej miere ovplyvňujú celkový priebeh liečby pacienta. Aj ventilátorová pneumónia je považovaná za vážnu komplikáciu hospitalizovaných pacientov na oddeleniach s intenzívnou starostlivosťou. Dodržiavaním štandardizovaných ošetrovateľských postupov, ako aj využívaním bariérovej ošetrovateľskej starostlivosti je možné výskyt ventilátorovej pneumónie u pacientov výrazne znížiť, čo je prospešné nielen pre pacienta samotného, ale aj pre personál zabezpečujúci ošetrovateľskú starostlivosť. Autorky v príspevku približujú problematiku vzniku ventilátorovej pneumónie a zameriavajú sa na jednotlivé faktory, ktoré ju spôsobujú. Informovanosť zdravotníckych pracovníkov o prevencii ventilátorovej pneumónie považujú za najvýznamnejší faktor, ktorý môže prispieť k zníženiu jej výskytu.

Kľúčové slová: Ventilátorová pneumónia; Pacient; Ošetrovateľská starostlivosť; Rizikové faktory; Prevencia.

INCIDENCE OF VENTILATOR PNEUMONIA AT OAİM

Summary:

The development of medical technology is continuing, but nonetheless plays a major role in nursing care for the patient as a human factor. In spite of trying to improve nursing care as much as possible, healthcare situations are in place that significantly affect the overall course of treatment for the patient. Even ventilator pneumonia is considered a serious complication of hospitalized patients in intensive care units. By complying with standardized nursing practices and by using barrier nursing care, the incidence of ventilator-induced pneumonia in patients can be greatly reduced, which is beneficial not only for the patient alone but also for nursing staff. The authors comment on the phenomenon of ventilator pneumonia and focus on the individual factors that cause it. Informing healthcare workers about the prevention of ventilator pneumonia is considered to be the most important factor that may contribute to reducing its incidence.

Key words: Ventilator pneumonia; patient; Nursing care; Risk factors; Prevention.

Úvod

Zo zloženia mikroflóry horných dýchacích ciest u zdravého človeka môžeme usúdiť, že zabezpečuje prirodzenú ochranu dýchacích ciest tým, že bráni patogénnym mikroorganizmom kolonizovať nižšie časti dýchacích ciest. Mikroorganizmy sa môžu do dolných dýchacích ciest dostať najmä inhaláciou kontaminovaného aerosólu, prípadne hematogénnou cestou, u ventilovaných pacientov sa infikujú dolné dýchacie cesty prostredníctvom kontaminovaných ventilátorov, pretože sú dýchacie cesty zabezpečené pomocou ETK alebo TSK a tieto poskytujú priamy vstup do dýchacích ciest. Zápal pľúc sa najčastejšie vyskytuje u ľudí, ktorí majú z rôznych príčin narušené alebo poškodené pľúcne obranné systémy. Ventilátorová pneumónia je zaradovaná do skupiny nozokomiálnych infekcií, ktoré majú významný vplyv na vývoj zdravotného stavu pacienta. Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie je nozokomiálna infekcia považovaná za infekciu, ktorú pacient získal v nemocnici, ale nesúvisí s jeho

diagnózou, pre ktorú bol hospitalizovaný (Ducel, Fabry, Nicolle, 2002). Beneš et al. (2009) rozdeľuje nozokomiálne infekcie do 4 skupín:

- podľa vyvolávateľa infekcie: delenie podľa klinickej taxonómie: vírusové, bakteriálne, mykotické, parazitárne,
- podľa zdroja infekcie: exogénne (prenesenie z nemocničného prostredia) a endogénne (spôsobené pacientovou vlastnou mikroflórou),
- podľa charakteristiky infekcie: špecifické a nešpecifické,
- podľa infikovaného orgánu alebo systému: respiračné, urointestinálne, gastrointestinálne, krvné,.....

Ako uvádzajú (Skřičková a Turčáni, 2007), úmrtnosť hospitalizovaných pacientov na ventilátorovú pneumóniu sa pohybuje v rozsahu od 24 do 76 % a zároveň závisí od typu zdravotníckeho zariadenia ako aj od dĺžky samotnej hospitalizácie pacienta. Pohľad na časové hľadisko vzniku a diagnostikovanie ventilátorovej pneumónie je u odborníkov rozdielny. Niektorí uvádzajú časové hľadisko viac ako 24 hodín, iní popisujú ventilátorovú pneumóniu ako zápal pľúc, ktorý sa vyskytuje po viac ako 48 hodinách od začiatku hospitalizácie pacienta. Ševčík et al. (2014) uvádza, že v intenzívnej starostlivosti sa o ventilátorovej pneumónii hovorí vtedy, keď sa jej prvé príznaky objavia u pacienta za viac ako 48 hodín od jeho prijatia na oddelenie. Ventilátorová pneumónia je diagnostikovaná u pacienta napojeného na umelú pľúcnu ventiláciu a v čase, kedy nebol napojený na ventilátor, nebola u neho prítomná nijaká infekcia dýchacích ciest. Najčastejšie sa hovorí o včasnom výskyte ventilátorovej pneumónie (približne v prvých 4 až 5 dňoch) a o neskorom výskyte (viac ako 5 dní umelej pľúcnej ventilácie). VAP je infekcia, ktorá je spôsobená infekčným agens. Najčastejšími mikroorganizmami, ktoré spôsobujú VAP sú gram – pozitívne baktérie (*Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus pneumoniae*, ale aj gram – negatívne baktérie (najčastejšie *Haemophilus influenzae*). Samotným rizikovým faktorom pre vznik VAP je zavedená endotracheálna kanyla (ETK), prípadne tracheostomická kanyla (TSK), ale aj opakovaná reintubácia, poloha na chrbte, aspirácia žalúdočného obsahu, v mnohých prípadoch aj nesprávna, či nedostatočná starostlivosť o dutinu ústnu (Sligl, 2011). Je potrebné si uvedomiť, že pacienti, u ktorých je diagnostikovaná VAP sa nachádzajú v kritickom stave a ich imunitný systém je narušený. Nielen, že sa znižuje schopnosť efektívne odkašľať spútom z dýchacích ciest z dôvodu zavedenej endotracheálnej alebo tracheostomickej kanyly, ale mení sa aj mikroflóra dutiny ústnej, ktorá sa pri nesprávnom ošetrovaní a odsávaní z dutiny ústnej a dýchacích ciest dostáva do dolných dýchacích ciest, čo vo významnej miere ovplyvňuje vznik VAP. Preto sa v dnešnej ošetrovateľskej praxi zavádza do starostlivosti o dutinu ústnu používanie antiseptických roztokov, ktoré môžu znížiť toto riziko výskytu.

Klinický obraz pacienta s VAP

Keďže jednotlivé symptómy smerujúce k diagnostike VAP môžu súvisieť aj s aktuálnym ochorením pacienta, boli vytvorené klinické kritériá pre diagnostiku VAP. Za klinické príznaky VAP sú považované progredujúce infiltráty na RTG snímku, prípadne novovzniknuté (viac ako 48 hodín). K týmto príznakom sa pridávajú kritériá: výskyt febrílií (nad 38°C) alebo prítomnosť hypotermie (36°C), leukocytóza (viac ako 12×10^9) alebo leukopénia (menej ako 4×10^9), následne je prítomná porucha výmeny plynov a u pacienta môžeme pozorovať novovzniknutú tracheobronchiálnu sekréciu, prípadne zmenu charakteru spúta alebo jeho zápach (Craven, Hjalmarson, 2010).

Rizikové faktory vzniku VAP

- týkajúce sa samotného pacienta: imunodeficiencia pacienta, CHOCHP, ARDS, poloha pacienta, stav vedomia, užívanie liekov,....
- týkajúce sa zdravotníkov: hygienická starostlivosť rúk, technika odsávania, manipulácia s dýchacím okruhom ventilátora, manipulácia s nazogastrickou sondou,.....
- iné: urgentné operácie pacienta, opakované reintubácie pacienta, podávanie stravy do NGS, liečba steroidmi, kóma, predĺžená prerušovaná pretlaková ventilácia (Augustyn, 2007).

Ošetrovateľská starostlivosť zameraná na prevenciu VAP u pacienta

Najlepším spôsobom ako zabrániť vzniku a následnému rozvoju VAP je dodržiavať preventívne opatrenia. Preventívne opatrenia z pohľadu ošetrovateľstva sú zamerané najmä na správne odsávanie z dýchacích ciest, správnu manipuláciu s ETK alebo TSK, správnu manipuláciu s dýchacím okruhom, správne, dostatočné čistenie a ošetrovanie dutiny ústnej, ale najmä na dodržiavanie hygienických štandardov počas celej ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta.

Odsávanie z dýchacích ciest a dutiny ústnej

Odsávanie pacienta z dýchacích ciest patrí do skupiny invazívnych výkonov a jeho cieľom je udržať ich priechodnosť. Pre pacienta je tento výkon veľmi nepríjemný, pretože ho dráždi na kašeľ a často mávajú pacienti nauzeu (Dostál, 2004). Kapounová (2007) hovorí, že ide o výkon individualizovaný v závislosti od potrieb každého pacienta. Samotné odsávanie je výkon, ktorý má stanovený svoj štandard, ktorý sa navzájom môže líšiť na rôznych pracoviskách, ale princípy a zásady celého výkonu musia byť všade rovnaké (Pellant et al., 2004). Môžeme konštatovať, že dodržiavanie stanovených štandardov zvyšuje nielen kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti, ale aj bezpečnosť pacienta počas hospitalizácie. Odporúča sa, aby bol pacient pred odsávaním z dýchacích ciest najprv odsatý z dutiny ústnej, aby sa mikroflóra z dutiny ústnej nedostala do dolných dýchacích ciest. V súčasnosti existuje otvorený a zatvorený systém odsávania z dýchacích ciest a ako uvádzajú mnohí autori, každé z nich má svoje výhody, ale aj nevýhody. Záleží len na pracovisku, aký spôsob preferujú, prípadne je spôsob odsávania pacienta z dýchacích ciest volený vzhľadom na infekčnosť pacienta.

Odsávanie zo subglotického priestoru

Odsávanie sekrétov zo subglotického priestoru patrí k základným preventívnym opatreniam smerujúcim k zabráneniu posunu sekrétov z tejto oblasti do dolných dýchacích ciest (Lorente et al., 2007). V súčasnosti sa začala v intenzívnej starostlivosti využívať endotracheálna kanyla, ktorá slúži na odstránenie sekrétov zo subglotického priestoru (Lacherade et al., 2010). Subglotické odsávanie je zamerané najmä na kontinuálne odstraňovanie sekrétov nad manžetou endotracheálnej kanyly, čím sa znižuje riziko vzniku VAP.

Zvlhčovanie a ohrievanie vdychovanej zmesi

U pacientov napojených na umelú pľúcnu ventiláciu musíme nahrádzať funkcie dýchacích ciest. Vdychované plyny vháňané ventilátorom vysušujú sliznice dýchacích ciest, preto je nutné nahradiť fyziologické zvlhčovanie a ohrievanie dýchacích ciest. Larsen (2004) uvádza, že u pacienta dochádza k preukázateľnému poškodeniu riasinkového epitelu už po prvej hodine napojenia na umelú pľúcnu ventiláciu. V praxi sa využíva aktívne alebo pasívne zvlhčovanie. V súvislosti s ohrievaním vdychovanej zmesi sa v literatúre odporúča jej minimálna teplota 30°C pre vstup do dýchacích ciest. Bersten (2009) tvrdí, že dlhšie trvajúca umelá pľúcna ventilácia bez použitia zvlhčovania a ohrievania vedie k poškodeniu sliznice dýchacieho aparátu, hemoragicko-nekrotizujúcej tracheobronchitíde, ale zároveň sa zvyšuje riziko infekcie dolných dýchacích ciest, zvyšuje sa viskozita spúta, vytvárajú sa krusty v dýchacích cestách, spomaľuje sa mukociliárny transport a v mnohých prípadoch sa vytvárajú atelektázy (Bersten, 2009). Preventívne opatrenia súvisia aj s potrebou nebulizácie u pacienta, kedy je nevyhnutné, aby ošetrojúci personál zabránil kontaminácii nebulizovanej kvapaliny, či liečiva.

Starostlivosť o ventilačný okruh

Ventilačné okruhy sa v súčasnosti používajú jednorazové alebo sa používa systém hadíc, ktoré je možné opakovane resterilizovať. Ako uvádzajú mnohé štúdie zaoberajúce sa časovým intervalom výmeny ventilačného okruhu, bolo dokázané, že výmena ventilačného okruhu je spojená s vysokým rizikom vzniku VAP. Preto mnohí odborníci odporúčajú zväžiť výmenu ventilačného okruhu počas celej doby napojenia pacienta na umelú pľúcnu ventiláciu a využívať používanie antibakteriálneho filtra zaradeného do systému hadíc, ktorý je možné pravidelne vymieňať.

Tlak v obturačnej manžete

Optimálna hodnota tlaku v manžete ETK alebo TSK je v rozmedzí 20 – 30 cm H₂O a je potrebné, aby bol kontrolovaný a udržiavaný počas celého obdobia, kedy má pacient kanylu zavedenú. Správny tlak v manžete zabezpečí prevenciu aspirácie žalúdočného obsahu, prípadne sekretov z priestoru nad obturačnou manžetou kanyly, čím sa v konečnom prípade znižuje aj riziko vzniku VAP. Komplikáciou u ventilovaného pacienta následkom vysokého tlaku v obturačnej manžete môže byť aj vznik tracheálnych atelektáz.

Dĺžka liečby podávaním ATB u pacienta v spojitosti s ventilátorovou pneumóniou by nemala presiahnuť obdobie 7 dní, u niektorých pacientov (kolonizácia *Pseudomonas aeruginosa*) je potrebná liečba v dĺžke asi 10 dní. U pľúcnych infekcií, ktoré sú spôsobené multirezistentným mikroorganizmom sú výsledky liečby problematické a v mnohých prípadoch neisté (Ševčík a kol., 2014).

Záver

Ventilátorová pneumónia je považovaná za vážnu komplikáciu vývoja zdravotného stavu pacienta a môžeme povedať, že v mnohých prípadoch nielen predlžuje hospitalizáciu, ale zvyšuje aj mortalitu pacientov. K zníženiu výskytu ventilátorovej pneumónie môže vo veľkej miere prispieť najmä prevencia, ktorá je zameraná na súbor opatrení zameraných na bariérovú ošetrovateľskú starostlivosť, správnu ošetrovateľskú starostlivosť o dýchacie cesty ako aj správnu starostlivosť o dýchací okruh ventilátora. Puteková, Kabátová, Martinková (2016) uvádzajú, že k významným aspektom prevencie nozokomiálnych pneumónií patrí i prísne dodržiavanie asepsy zdravotníckym personálom vrátane bariérového ošetrovania a dôslednej hygieny rúk, odsávanie tracheálnych sekretov, zvlhčovanie vdychovaného vzduchu, opatrná manipulácia s ventilujúcim zariadením, dôsledná mechanická očista a dekontaminácia prístrojov a nástrojov na respiračnú terapiu a diagnostiku, polohovanie pacienta. Dodržiavaním správnych ošetrovateľských postupov je možné nielen znížiť výskyt ventilátorovej pneumónie, ale aj zlepšiť prognózu vývoja zdravotného stavu pacienta. Preto je základným predpokladom dodržiavania preventívnych opatrení a poskytovania kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti najmä správna a dostatočná informovanosť zdravotníckych pracovníkov podieľajúcich sa na poskytovaní takejto starostlivosti.

Literatúra

- BENEŠ, J. (2009). Nozokomiální nákazy. In *Infekční lékařství*, 2009, 1. vydanie. Praha: Galén, 2009, s. 594-603. ISBN 978-807262-644-1.
- BERSTEN, A. D. (2009). Humidification and inhalation therapy. In *Oh's intensive care manual*, 2009. Philadelphia: Butterworth-Heinemann, 2009, s. 367-374. ISBN 978-070-2030-963.
- CRAVEN, D. E., HJALMARSON, K. I. Ventilator-Associated Tracheobronchitis and Pneumonia: Thinking Outside the Box. *Clinical Infections Diseases* [online]. [cit. 2017-07-07]. Dostupné na: <http://cid.oxfordjournals.org/lookup/doi/10.1086/653051>.
- DOSTÁL, P. (2004). Přístroje k umělé plicní ventilaci, péče o dýchací cesty. In *Intenzivní medicína*, 2004. Praha: Maxdorf, 2004, s. 107-132. ISBN 80-7345-007-0.
- DUCEL, G., FABRY, J., NICOLLE, L. (2002). *Prevention of hospital-acquired infections: A practical guide*. [online]. 2nd edition. Lyon, Geneva: World Health Organization, 2002. 64 s. [cit. 2017-07-07]. Dostupné na: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s16355e/s16355e.pdf>.
- KAPOUNOVÁ, G. (2007). *Ošetrovatelství v intenzivní péči*, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007, 352 s. ISBN 978-80-247-1830-9.

LACHERADE, J.C. et al. (2010). Intermittent Subglottic Secretion Drainage and Ventilator-associated Pneumonia: A Multicenter Trial. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* [online]. [cit. 2017-07-07]. Dostupné na: <http://search.proquest.com/nursing/docview/757196530/fulltextPDF?accountid=16730>.

LARSEN, R. (2004). *Anestezie, 2. české vydanie*. Praha: Grada Publishing, 2004, 1392 s. ISBN 80-247-0476-5.

LORENTE, L. et al. (2007). Influence of an endotracheal tube with polyurethane cuff and subglottic secretion drainage on pneumonia. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* [online]. [cit. 2017-07-07]. Dostupné na: <http://search.proquest.com/nursing/docview/199649610/14345BE7BB63C998C76/2?accountid=16730>.

PELLANT, A. et al. (2004). Ošetrovatelská péče o nemocného s tracheostomií. In *CHROBOK, V. et al. Intenzivní medicína*, 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2004, s. 123-138. ISBN 80-7345-031-3.

PUTEKOVÁ, S., KABÁTOVÁ, O., MARTINKOVÁ, J. (2016). *Prevenia v ošetrovatelstve* 1. vyd. Trnava: Typi Universitatis Tyrnaviensis, 2016. 183 s. ISBN 978-80-8082-998-8.

SKŘIČKOVÁ, J., TURČÁNI, P. (2007). Nozokomiální pneumonie z pohledu pneumologa. In *Sborník abstraktů, Antibiotická politika*, 2007. Olomouc: Spolek lékařů ČLS JEP, 2007, s. 26-28. ISBN 978-80-239-9530-5.

SLIGL, W. (2011). Critical care: Ventilation Issue. In *HUI, D. Approach to Internal Medicine: A Resource Book for Clinical Practice*, 3. vyd. New York: Springer, 2011, s. 94-97. ISBN 978-1-4419-6504-2.

ŠEVČÍK, P. et al. (2014). *Intenzivní medicína*, 3. vyd. Praha: Galén, 2014, 1195 s. ISBN 978-80-7492-066-0.

ZÁKLADNÉ ETICKÉ PRINCÍPY A PRÁVNE NORMY V INTENZÍVNEJ OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI

^{1,2}Jarmila Bramušková, ¹Dana Sihelská

¹Fakulta zdravotníctva SZU v Banskej Bystrici

²Nemocnica Zvolen

Súhrn:

Posledné roky vývoja v medicíne a ošetrovatelstve zaznamenali obrovský rozmach. Do praxe sa zaviedli a aj neustále sa zavádzajú nové diagnostické, terapeutické a aj ošetrovateľské postupy prinášajúce so sebou mnoho situácií, v ktorých je nutné a žiaduce rešpektovať etické princípy a právne normy. Nielen z pohľadu zdravotníckeho pracovníka, ale aj z pohľadu pacienta či jeho príbuzných ide často o situácie znamenajúce veľkú psychickú záťaž, a to najmä z pohľadu rozhodovania počas poskytovania zdravotnej starostlivosti pacientovi.

Kľúčové slová: *Etika, Morálka, Sestra, Intenzívna ošetrovateľská starostlivosť.*

BASIC ETHICAL PRINCIPLES AND LEGAL STANDARDS IN INTENSIVE INSTITUTIONAL PROTECTION

Summary:

The last years of development in medicine and nursing have been booming. New diagnostic, therapeutic and nursing practices have been introduced and are being introduced into practice, bringing with them many situations in which it is necessary and desirable to respect ethical principles and legal norms. Not only from the point of view of a healthcare worker, but also from the viewpoint of the patient or his / her relatives, is often a situation of great psychological burden, especially from the point of view of decision making during the provision of healthcare to the patient.

Key words: *Ethics, Morale, Sister, Intensive nursing care.*

Úvod

Ako uvádzajú mnohí odborníci, rozvoj intenzívnej medicíny so sebou priniesol aj mnoho otázok, ktoré súvisia s riešením zdravotného stavu pacienta. V popredí riešenia vzniknutých medicínskych, či etických otázok v súvislosti s terapiou pacienta musí vždy stáť zachovanie jeho zdravia a života. Ak nie je možné toto zabezpečiť, je nutné, aby mal pacient možnosť prežívať dôstojne a bez bolesti, s cieľom čo v najväčšej možnej miere uspokojiť jeho bio-psycho-sociálne a spirituálne potreby. **Etika** je podľa Aristotela náuka o dobrých charakterových vlastnostiach, ktorá predpokladá, že sme rozumné bytosti, a že naša slobodná a rozumná voľba je základnou podmienkou morálnej zodpovednosti (Kutnohorská, 2007). Bužgová (2008) hovorí, že na to, aby sme mohli povedať, že sme morálnou bytosťou, musíme byť schopní prebrať za seba morálnu zodpovednosť za svoje činy. V minulosti bola etika chápaná ako náuka o povinnostiach človeka, najmä detí a mládeže. **Morálku** môžeme chápať ako celkovú predstavu o správnom jednaní v spoločnosti. Je predstavovaná systémom stanovených pravidiel a noriem, ktoré určujú správanie a konanie ľudí. Od pravidiel tzv. zdvorilosti sa líši morálka tým, že sa jedná o závažné a podstatné veci a od samotného práva sa odlišuje v tom, že nie je možné ju súdne vymáhať (Kutnohorská, 2007).

Zdravotnícka etika je pomerne nový termín v oblasti medicíny, ktorý v sebe zahŕňa pojmy lekárska etika, etika v ošetrovatelstve, v niektorých prípadoch aj pastorálnu etiku.

Etika v ošetrovatelstve je v súčasnej dobe považovaná za samostatnú disciplínu, ktorá vychádza z lekárskej etiky a od lekárskej etiky sa odlišuje tým, že je špecificky zameraná na profesionálne činnosti sestry, ktorej profesia má v modernom zdravotníctve samostatné postavenie (Kutnohorská, 2007, Bužgová, 2008).

Počas poskytovania zdravotnej starostlivosti sa pacient a zdravotnícki pracovníci dostávajú do situácií, v ktorých je potrebné riešiť mnohé etické problémy. Ako uvádza Ševčík (2014), akékoľvek rozhodovania v priebehu poskytovania zdravotnej starostlivosti musia byť v súlade s platnými právnymi predpismi a musia vychádzať z odborného a kvalifikovaného posúdenia zdravotného stavu pacienta. Podľa Rapčíkovej (2007) sa pri zachraňovaní ľudských životov uplatňuje najmä situačná etika, kedy v rôznych závažných situáciách nie je možné etické rozhodnutia zviazať do rigidných pravidiel, ale je potrebné, aby sa zvolil postup vzhľadom na konkrétnu situáciu, rešpektujúc vlastné svedomie. Cieľom všetkých, ktorí sa zúčastňujú na poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientovi by malo byť zachovanie pacientovej dôstojnosti, správanie sa k nemu s úctou, rešpektovať ho a komunikovať na primeranej úrovni (Vagovičová, Puteková, 2013).

Etický kódex v zdravotníctve

Zmyslom etického kódexu nie je stanovenie povinností, ktoré musí človek dodržiavať bez ohľadu na jeho vnútorné presvedčenie, ale najmä zakotvenie takých pravidiel, ktoré by znamenali pre človeka samozrejmosť a boli by súčasťou jeho vlastného svedomia, čo by mu potvrdilo, že je správne postupovať takým spôsobom, ako je zakotvené v etickom kódexe (Ptáček, Bartůněk, 2011).

Základné etické princípy v ošetrovatelstve sú tiež označované v literatúre ako etické princípy 1. stupňa:

- Princíp neškodenia (nonmaleficiencie) je založený predovšetkým na tom, aby sme neškodili pacientovi. Zakazuje ublížiť, poškodiť a dokonca aj usmrtiť iné osoby.
- Princíp dobročinnosti (beneficiencie) je založený na pozitívnej dimenzii neškodenia pacientovi, ktoré v sebe zahŕňa najmä predchádzanie poškodenia, odstraňovanie poškodenia pacienta, ako aj podporovanie telesnej a duševnej pohody.
- Princíp rešpektovania autonómie znamená rešpektovanie nezávislého a samostatného konania bez vonkajšieho ovplyvňovania. Autonómia predpokladá schopnosť človeka zvážiť a rozlíšiť všetky možné alternatívy, ako aj uskutočniť všetky kroky, ktoré si človek sám naplánoval.
- Princíp spravodlivosti je založený na rovnakom jednaní s ľuďmi, ktorí sa nachádzajú v rovnakej alebo podobnej situácii, to znamená, že každý pacient musí dostať rovnakú starostlivosť v súvislosti s uspokojovaním potrieb v procese poskytovania zdravotnej starostlivosti (Munzarová, 2005).

Niektorí autori popisujú aj etické princípy 2. stupňa, kde môžeme zaradiť:

- Dôveryhodnosť – vyplýva z dôveryhodnosti, ktorá by sa mala vytvoriť medzi pacientom a zdravotníckym pracovníkom, moderné ošetrovatelstvo vníma sestru ako obhajkyňu pacienta a jeho práv (Kutnohorská, 2007). Ako základ nadviazania dôveryhodnosti tvorí najmä kvalitná komunikácia, ale aj osobnostné a charakterové vlastnosti oboch zúčastnených strán.
- Pravdovravnosť – je chápaná ako odovzdávanie dôležitých informácií pacientovi alebo jeho príbuzným. Lekár je osobou, ktorá nesie právnu zodpovednosť za odovzdávanie informácií týkajúcich sa zdravotného stavu pacienta a práve on by mal informovať o priebehu liečby ako aj o predpokladaných vyšetreniach, či vývoji ďalších intervencií (Haškovcová, 2007).
- Vernosť a poctivosť – všeobecne platí, že zdravotnícki pracovníci by mali dávať sľuby iba vtedy, ak sú schopní daný záväzok na seba zobrať (Bužgová, 2008).

Etika a právo sú v zdravotníctve úzko prepojené. Každý štát má zákonom stanovené, ako sú poskytované služby v zdravotníctve. Každý pacient má právo na dôstojné a ohľaduplné zaobchádzanie počas poskytovania zdravotnej starostlivosti so zreteľom na jeho vlastnú individualitu. Vo všeobecnosti však platí, že pacient, ktorý je svojprávnny a plnoletý prijíma zdravotnú starostlivosť na základe slobodného vyjadrenia informovaného súhlasu, za nepľnoleté osoby alebo osoby zbavené svojprávnosti preberá túto zodpovednosť zákonný zástupca.

Ak sa v zdravotníctve zhodujú etické a právne normy, môžeme tento stav považovať za ideálny. Etika samotná vymedzuje rozsah etických zákonov, ale je závislá na svedomí človeka. Na druhej strane zákon samotný je neosobný, potláča nežiaduce chovanie a cieľom je presadiť svoje vlastné požiadavky. Môžeme povedať, že zatiaľ čo zákon určuje minimálne štandardy vynútiteľné prostredníctvom sankcií a trestov, etika má tendenciu dosiahnuť ideálny stav (Kutnohorská, 2007). Podľa Munzarovej (2005) je medzi etikou a právom zložitý vzájomný vzťah a previazanosť. Nutné je si však uvedomiť, že etika má pred právom prednosť a má povinnosť právo kritizovať. Etika sa má zaoberať nielen tým, aké právo je, ale najmä tým, aké by malo byť.

Ochrana osobných údajov patrí k základným predpokladom pre vytvorenie dôveryhodného vzťahu medzi pacientom a zdravotníckym pracovníkom. Vytvorenie takéhoto vzťahu si vyžaduje od zdravotníkov nielen vedomostné, ale najmä osobnostné predpoklady. Mnohí odborníci hovoria, že vzťahy medzi pacientom a zdravotníkom sú závislé na osobnom kontakte a správna komunikácia medzi nimi môže nielen zabrániť konfliktným situáciám, ale aj zvyšuje účinnosť terapeutických činností a následne pozitívne ovplyvňuje celkový priebeh ochorenia (Zacharová a kol., 2007). Ochrana osobných údajov je zameraná najmä na zachovanie lekárskeho tajomstva, ako aj na povinnosť dodržiavať mlčanlivosť, ktorá je zakotvená v legislatíve. Pomyselné porušovanie mlčanlivosti sa deje v situáciách, ktoré súvisia s odovzdávaním informácií o pacientovi inému odborníkovi za účelom konzultácií, prípadne plánovania následných vyšetrení počas terapie pacienta. Ošetrojúci lekár však odovzdáva len informácie súvisiace s chorobou pacienta, osobné informácie, ktoré sa lekár dozvedel o pacientovi počas hospitalizácie a konzultujúci lekár ich vedieť nepotrebuje.

Informovaný súhlas pacienta je doklad, ktorý je prejavom pochopenia a súhlasu pacienta o nasledujúcich diagnosticko terapeutických výkonoch počas liečby. Každý pacient má právo byť informovaný o svojom zdravotnom stave, ako aj o prognóze vývoja choroby primeraným spôsobom. Súčasťou informovaného súhlasu je vlastnoručný podpis, ktorým pacient potvrdzuje, že ho lekár informoval o všetkých dôležitých skutočnostiach týkajúcich sa vyšetrenia, ako aj o možných rizikách, či komplikáciách. Svojim podpisom pacient potvrdzuje aj to, ak nesúhlasí s výkonom, prípadne s hospitalizáciou aj napriek tomu, že mu lekár vysvetlil dôležitosť týchto úkonov. Negatívnym reverzom pacient preberá na seba v plnom rozsahu zodpovednosť za ďalší vývoj svojho zdravotného stavu. Informovaný súhlas podpísaný zdravotníkom a lekárom je súčasťou archivovanej zdravotnej dokumentácie pacienta. Výnimočné situácie sú tie, kedy sa pacient nachádza v bezvedomí, prípadne s poruchou vedomia alebo v ohrození života. V takýchto prípadoch hrozí pacientovi vážne poškodenie zdravia, preto je prioritou najmä stabilizácia jeho stavu.

Záver

Zdravotníctvo je odbor, ktorý od minulosti zaznamenal veľký rozvoj a ten neustále pokračuje. Od všetkých zdravotníkov sa očakáva, že sa budú vo svojom odbore neustále vzdelávať a zdokonaľovať svoje zručnosti a schopnosti, pretože iba tak bude možné zabezpečiť pre pacienta poskytnutie kvalitnej zdravotnej starostlivosti. Netreba zabudnúť, že základom poskytovania ošetrovateľskej, či zdravotnej starostlivosti musia byť etické a morálne hodnoty, ktoré stáli v minulosti pri zrode akejkoľvek starostlivosti o pacienta. V dnešnej uponáhľanej dobe sa mnohokrát dostávame do situácií, či už ako pozorovatelia alebo ako účastníci, kedy si sami kladieme otázku, či bolo naše rozhodnutie, či konanie správne a v súlade s právnymi a etickými princípmi. A práve takéto situácie dokonale preveria naše etické a morálne zásady, ktoré v sebe máme a neustále ich môžeme zdokonaľovať. Ako uvádza Rapčíková (2007), etika by nemala stáť v centre nášho záujmu iba vtedy, keď sa my sami stávame obeťou neetického konania a správania. Aplikácia základných etických princíпов by mala byť neoddeliteľnou súčasťou celkového hodnotenia pacienta počas celého obdobia v priebehu diagnostických a liečebných procesov (Ševčík, 2014)

Literatúra

BUŽGOVÁ, R. (2008). *Etika ve zdravotnictví*, 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2008, 104 s. ISBN 978-80-7368-501-0.

HAŠKOVCOVÁ, H. (2007). *Thanatologie*, 2. vyd. Praha: Galén, 2007, 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.

KUTNOHORSKÁ, J. (2007). *Etika v ošetrovatelství*, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007, 164 S. ISBN 978-80-247-2069-2.

PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. (2011). *Etika a komunikace v medicíně*, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011, 528 s. ISBN 978-80-2473-976-2.

RAPČÍKOVÁ, T. (2007). Etický rozmer práce zdravotníckeho záchranára. *In Urgentní medicína*, 2007, roč. 10, č. 2, s. 26-30. ISSN 1212-1924.

ŠEVČÍK, P. et al. (2014). *Intenzivní medicína*, 3. vyd. Praha: Galén, 2014, 1195 s. 978-80-7492-066-0.

VAGOVIČOVÁ, E., PUTEKOVÁ, S. (2013). Etické aspekty starostlivosti o seniorov v ošetrovatelstve. *In Diagnóza v ošetrovatelství*, 2013, roč. 9, č. 6, s. 18-19. ISSN 1801-1349.

ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. (2007). *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2007, 229 s. ISBN 8024720685.

OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ, INFORMOVANOSŤ A ANESTÉZIA

^{1,3}Andrea Bratová, ^{2,3}Helena Gondárová – Vyhničková, ⁴Emília Plavčanová

¹2. lekárska fakulta, Univerzita Karlova

²Ústredná vojenská nemocnica SNP - Fakultná nemocnica, Ružomberok

³Sekcia sestier pracujúcich v anestéziológii a intenzívnej starostlivosti, SK SaPA, Bratislava

⁴FN Trnava

Abstrakt:

Príspevok približuje informácie o informovanosti pri ošetrovateľskej starostlivosti u pacientov v celkovej anestézii. Informácie, periooperačná starostlivosť, kompletný multidisciplinárny zohratý tím a rodina počas periooperačného obdobia sú veľmi dôležité na pochopenie, podporu, zvládnutie a rekonvalescenciu pacienta.

Kľúčové slová: *Sestra. Pacient. Ošetrovateľská starostlivosť. Celková anestézia. Komunikácia. Informovanosť.*

NURSING CARE, KNOWLEDGEABLENESS AND ANAESTHESIA

Abstract:

The contribution brings informations of knowledgeableness in patient at pre-operational care total anaesthesia. Information, peri-surgical care, complex multidisciplinary team and family during peri-surgical period are very important for understanding, support, management and reconvelescence of the patient.

Key words: *Nurse. Patient. Nursing care. Total anaesthesia. Communication. Knowledgeableness.*

Úvod

Základným predpokladom úspechu efektívnej informovanosti o anestézii s následným navodením celkovej pohody sú primerane a zrozumiteľne podané informácie s dôrazom na kvalitu a kvantitu poskytovaných informácií a následným rozširovaním vedomostí.

Vlastný text

Predoperačná príprava a vyšetrenie pacienta je veľmi dôležitou činnosťou, vďaka ktorej môžeme predísť vzniku rôznych predoperačných komplikácií (1). Predoperačná starostlivosť sa začína rozhodnutím sa pacienta pre operáciu, ako jedinou možnosť vyriešenia jeho zdravotného problému. Predoperačná fáza sa končí prevozom na operačnú sálu, kde ho prevezme operačná alebo anestéziologická sestra (2). Cieľom predoperačnej prípravy je pripraviť pre pacienta čo najpriaznivejšie podmienky k zvládnutiu operačnej záťaže, ktorá ho počas operácie čaká a zabezpečiť nekomplikované pooperačné zotavenie (3; 4). Bezprostredná príprava zahŕňa pred celkovou anestéziou skontrolovanie totožnosti pacienta a formulár informovaného podpísaného súhlasu s anestéziou. Pri neodkladnej akútnej anestézii je rozdiel v tom, že pri akútnej predoperačnej príprave sme limitovaní časom, kedy je potrebné vyšetrenie pacienta, získanie laboratórnych výsledkov a nepriaznivé faktory (5). Predoperačná príprava okrem bezprostrednej, plánovanej, urgentnej alebo akútnej obsahuje neodkladné výkony z vitálnej indikácie, napríklad rozsiahle krvácanie ohrozujúce život pacienta (1). Získanie pacientovho informovaného súhlasu s anestéziou je neodčleniteľnou súčasťou anestéziologickej starostlivosti pri plánovaných diagnostických

a terapeutických výkonoch operačnej a neoperačnej povahy. Informovaný súhlas je dokladom o poskytnutí informácii pacientovi alebo jeho zákonnému zástupcovi o povahe, rizikách, a možných komplikáciách súvisiacich s plánovanou zdravotnou starostlivosťou alebo výkonom. Získanie informovaného súhlasu je dôležitým predpokladom poskytnutia anestéziologickej starostlivosti u všetkých odkladných výkonov (výkon, ktorý je plánovaný a jeho realizáciu je možné odložiť do doby získania informovaného súhlasu pacienta alebo jeho zákonného zástupcu bez zvýšenia rizika zhoršenia zdravotného stavu alebo ohrozenia života). Neodkladnosť výkonu znemožňujúca získanie informovaného súhlasu by mala byť uvedená a zdôvodnená v zdravotnej dokumentácii lekárom vyžadujúcim poskytnutie anestéziologickej starostlivosti. Podstatný nie je samotný text poučenia ale dôkaz toho, že pacient mal možnosť získať všetky informácie, ktoré sú dôležité, prípadne ktoré chcel sám vedieť (6). Ošetrovateľská starostlivosť o pacienta v predoperačnej príprave zahŕňa klinické vyšetrenia, pri ktorých sa určia operačné riziká. Mladí a starí jedinci predstavujú väčšie operačné riziko, ako deti a dospelí. Sestra získava údaje o pacientovi na pooperačné hodnotenie a vedenie skriningových testov (7). Predoperačnú starostlivosť môžeme rozdeliť na fyzickú a psychickú prípravu. Fyzická príprava zahŕňa starostlivosť sestry o pacienta. Sestra edukuje pacienta pred operáciou nasledovne: pred operáciou nesmie aspoň 6-8 hodín jesť, piť a fajčiť. Ak je to pacient, u ktorého by mohlo dôjsť k riziku dehydratácie, podávajú sa pacientovi tekutiny intravenóznou cestou. Tesne pred operáciou je potrebné, aby sa pacient vymočil. Pri náročnejších a dlhších operáciách sa vykonáva katetrizácia močového mechúra a klyzma. Deň pred operáciou sa podávajú lieky podľa ordinácie lekára napr. sedatíva a hypnotiká, pomáha to pacientovi zvládnuť stres pred operáciou. Ako prevencia tromboembolickej komplikácie sa robí bandáž alebo sú vhodné antiembolické pančuchy (potrebné vziať mieru). Ďalej sa môže podávať nízkomolekulový heparin podľa ordinácie lekára (1). Aby sme u pacienta znížili riziko aspirácie žalúdočného obsahu, malo by uplynúť aspoň 6 hodín od posledného príjmu pevnej stravy (vrátane mlieka), 8 hodín od príjmu tučných alebo smažených jedál a 2 – 4 hodiny od požitia čírych tekutín (voda, slabý čaj). Medzi nevhodné tekutiny radíme alkoholické nápoje a nápoje sytené oxidom uhličitým. Avšak dlhodobé lačnenie vedie k tomu, sa v žalúdku hromadí veľmi kyslý žalúdočný obsah a pacienti sú paradoxne viac ohrození aspiráciou, ako lačnenia doporučenú dobu. Niektoré pracoviská z tohto dôvodu podávajú 2 hodiny pred operáciou 200 ml hypoosmolárnej tekutiny. Podanie tekutiny vedie jednak k nariedeniu žalúdočnej šťavy a tým k zvýšeniu pH, jednak ku spusteniu pylorického reflexu a dokonalejšiemu vyprázdneniu žalúdku. Kde je však riziko aspirácie vyššie, je potrebné dodržiavať niektoré preventívne opatrenia (6). Pred operáciou je potrebná dôkladná hygiena pacienta, ostrihanie a odlakovanie nechťov, odlíčenie. Večer pred operáciou sa oholí miesto operácie, ráno alebo pred operáciou sa vyberie zubná protéza. Všetky šperky, cennosti je potrebné odovzdať do trezora na podpis. Oblečenie, protetické pomôcky sa označia menom. Úlohou sestry je naučiť pacienta vykonávať pasívne a aktívne cvičenia, monitorovať tlak krvi najmä so zreteľom na hypertenziu, získať základne údaje o množstve moču za 24 hod (7). K psychickej starostlivosti patrí citlivý prístup k pacientovi. Je potrebné, aby sestra vysvetlila pacientovi výkon podľa jej kompetencií a zodpovedala otázky, ktoré pacient má. Nikdy nebagatelizovať kladné ani záporné otázky, ktoré sa týkajú operácie či nepriaznivé výsledky imobilizácie. Sestra poskytuje pomoc aj príbuzným (8).

Ďalšie sesterské intervencie pri posúdení predoperačného výkonu sú posudzovanie druhu, rozsahu, naliehavosti ochorenia, poranenia, pridružených ochorení, veku, stavu výživy, abúzu, dlho užívané lieky, psychosociálny stav. Potrebné je odstrániť rušivé elementy z prostredia. Veľmi nápomocný je aj kontakt pacienta s osobou rovnakej diagnózy (2). K predoperačným vyšetreniam, ktoré pacient musí mať, zaraďujeme anamnézu, fyzikálne vyšetrenia, screeningové vyšetrenia krvi a moču, EKG, RTG srdca a pľúc, interné vyšetrenie, predanestetické vyšetrenie. U žien, ak je to potrebné pre podozrenie problému, aj gynekologické vyšetrenie (4). Pred podaním predovšetkým celkovej anestézie je potrebná kontrola pacientovej totožnosti a vždy formulár obsahujúci informovaný súhlas s anestéziou. Pacienti by nemali mať už na sebe šperky, snímacie zubné náhrady či iné odstrániteľné pomôcky (6). Za prechod pacienta operačnou sálou zodpovedá anestéziologický tím. Ošetrojúci personál kontroluje identitu pacienta, overí druh a stranu výkonu. Je potrebné aby pacient vchádzal

na operačnú sálu so zabezpečením periférnej žily, fľašou infúzneho roztoku a výsledkami neinvazívneho monitorovania EKG, tlaku krvi a satO₂ (9).

Vedenie celkovej anestézie je obdobím, ktoré si vyžaduje starostlivé sledovanie klinického stavu pacienta a jeho životných funkcií, hĺbky a kvality anestézie a jej dopĺňovania. Súčasne je potrebné sledovať dianie v operačnom poli a včas reagovať na eventuálne komplikácie, samozrejme, je potrebné neustále vedenie záznamu o anestézii. Ukončenie anestézie a prebudenie je dané ukončením prívodu anestetík, ich odbúravaním a vylúčením, prípadne podaním antidot. V rámci pooperačnej anestéziologickej starostlivosti si pacient vyžaduje po operačnom zákroku starostlivý dohľad anestéziológa do návratu obranných reflexov, plného návratu vedomia, stabilizáciu kardiovaskulárneho aparátu, vyrovnanie stabilizácie vnútorného prostredia a obnovy dostatočnej spontánnej pľúcnej ventilácie (10).

Pooperačné obdobie je čas medzi prebudením pacienta po anestézii až po prepustenie pacienta domov do domácej starostlivosti. Cieľom je zistiť základne životné funkcie pacienta po operácii najmä v prvej hodine po operácii. Je potrebné ho pozorovať, aby nedošlo ku komplikáciám vyplývajúcich z celkovej anestézie. Pacient ostáva na prebudzacej miestnosti, kým nedôjde k návratu obranných reflexov, spontánneho dýchania, stabilizácie krvného tlaku. Bezprostrednú operačnú starostlivosť vykonáva anestéziologická sestra (2). Pooperačná anestéziologická starostlivosť v sebe zhrňuje i otázku zaistenia pooperačnej analgézie. Optimálne je, ak je pacient na prebudzacej miestnosti, spravidla 30 min., pri trvalom monitorovaní. V prebudzacej miestnosti sa podáva pooperačná analgézia, aby pacient po prebudení nemal strednú a silnú bolesť. Po operácii je pacient buď premiestnený na štandardné oddelenie, pokiaľ je celkom pri vedomí, má stabilné základné vitálne funkcie a nemá žiadne významné komplikácie (odovzdáva sestra sestre), na jednotku intenzívnej starostlivosti, pokiaľ je potrebné niektoré funkcie (obeh, dýchanie) trvale sledovať, aby neprišlo k ohrozeniu (odovzdáva lekár lekárovi), alebo na resuscitačné oddelenie, pokiaľ je niektoré funkcie potrebné nahradzovať (umelá pľúcna ventilácia), odovzdáva lekár lekárovi (10). Pacienta môže odovzdať anestéziologická sestra inej sestre na oddelení alebo na JIS, ak je potrebné ešte niektoré funkcie pacienta sledovať, aby nedošlo k zhoršeniu (5). Po operácii sestra na oddelení plní ordinácie lekára (1). Sestra edukuje pacienta o výžive po operácii. Je potrebné aby pacient dodržiaval intervencie sestry. Neprestajná kontrola presakovania rany je veľmi dôležitá, kontroluje sa funkčnosť drénu, množstvo tekutín a odchod plynov. Sestra zabezpečí nácvik dychovej gymnastiky a odkašľanie hlienu u pacienta, rehabilitáciu, bandáže a postupnú aktivizáciu pacienta. Pooperačné prebudzacie skóre obsahuje 5 príznakov a to sú obeh, aktivita, vedomie a farba kože (8). Intervencie sestry v pooperačnom období. Do zdravotnej dokumentácie zapisuje záznam času prevzatia a stav pacienta, jeho fyziologické funkcie, ktoré sleduje každých 15 min. V indikovaných situáciách môže sestra napájať pacienta na zariadenia intenzívnej starostlivosti ako sú EKG, satO₂, O₂ a iné. Sestra posudzuje stav vedomia u pacienta napríklad podľa škály Glasgow coma skóre, taktiež zabezpečuje pacientovi vhodnú polohu podľa druhu operácie. Podľa úrovne vedomia pacienta je vhodné, aby sestra myslela na bezpečnosť a dvihla na posteli bočnice, fixovala alebo len mala zvýšený dohľad. Sledovala periférne prekrvenie, stav kože, kapilárny návrat, pulzáciu artérii, bilanciu tekutín. Napájala a starala sa o zberné vrecko ak má pacient PK. Taktiež sestra aplikuje ordinované lieky podľa ordinácie lekára, zabezpečuje kontrolné laboratórne vyšetrenia. Udržiava s pacientom kontakt, vysvetlí mu potrebu pokoja, odpočinku, zabezpečí, aby mal pacient poruke signalizačné zariadenie. Stará sa o osobnú čistotu aj čistotu posteľnej bielizne. Klasifikuje bolesť podľa škál, monitoruje bolesť na základe verbalizácie a prejavov pacienta (2). Sestra sa stará o ústnu dutinu, keďže pacient prijíma tekutiny. Ako následok anestetík sa môže objaviť vracanie, nevoľnosť. Pooperačná starostlivosť je veľmi dôležitá, len na nás záleží, v akom stave pacient odíde z nemocnice. Úlohou je previesť pacienta týmto pooperačným obdobím pri prevencii, ošetrovaní a liečbe komplikácií a kontroly čo najlepšie (11).

Sestra používa stratégie proti bolesti. Verí pacientovi, že pociťuje bolesť, komunikuje o bolestiach s pacientom, popisuje ich. Navedie pacienta na správne vnímanie a názor na bolesť, aplikuje teplo alebo chlad. Sestra spolu s pacientom bojuje proti strachu a úzkosti, používa odpútačacie techniky

(ako je dýchanie, spev, vyklepkávanie, počúvanie hudby, regulovanie predstavy). Stimuluje kožu pomocou studených obkladov, masti s analgetickým účinkom. Sestra podáva analgetiká podľa ordinácie lekára (12). Následná pooperačná starostlivosť zahŕňa rehabilitáciu a návrat k životu, ktorý mal pacient pred operáciou (4). Choroba nezasiahne len pacienta, ale aj celú jeho rodinu. Rodina sa podieľa nielen na starostlivosti o pacienta zo stránky psychickej, fyzickej podpory, ochrany chorého ale aj poskytnutia veľmi cenných informácií zdravotníckeho tímu (13).

Záver

Sestry reprezentujú najväčšiu profesijnú skupinu pôsobiacu v ošetrovatelstve, stoja po boku lekárov, pacientov, taktiež aj ich blízkych tesnejšie než ktorýkoľvek iný zdravotnícky pracovník. Práve z toho dôvodu vyplýva pre postavenie sestier mimoriadne a súčasne zložitá postavenie ich role, hlavne v komunikácii (14).

Informovanosť o anestézii u pacientov má veľmi dôležitú úlohu. Významne ovplyvňuje celkový stav pacientov. Dôležitosť primeranej komunikácie tiež veľmi vhodne vplýva i na celkový stav pacientov. Pri poskytovaní anestéziologickej starostlivosti je dôležitá spolupráca medzi všetkými zdravotníckymi pracovníkmi, hlavne v komunikačnej oblasti. Anestéziologická starostlivosť zabezpečuje bezbolestné vykonávanie diagnostických a liečebných výkonov operačnej a neoperačnej povahy. Pri týchto výkonoch je nevyhnutné vytvárať také podmienky, aby sa mohol bezpečne realizovať s čo najmenším nepriaznivým ovplyvnením zdravotného stavu chorého. Pre pacienta je dôležité zameranie na zmiernenie strachu a obáv, upokojenie, trpezlivý vypočutie, porozumenie, zrozumiteľný a priateľský rozhovor. Pretože obavy, úzkosť a strach narušujú duševnú rovnováhu pacienta, tým nepriaznivo ovplyvňujú úvod do anestézie, anestéziu, prebúdzanie i pooperačný priebeh. Všetci pacienti majú pred anestéziou a pred operáciou strach, taktiež i väčšina príbuzných. Sú však v rozličnej miere pripravený ako pred sebou, tak i pred inými tento strach a obavy pripustiť a hovoriť o nich. Z toho dôvodu je prístup, vládna komunikácia zdravotníckych pracovníkov veľmi veľkou oporou pre pacientov a ich príbuzných. Vzhľadom k tomu, že sa pacienti najčastejšie počas pobytu v nemocnici stretávajú so sestrou, predstavuje práve ona pre nich najväčšiu oporu počas pobytu v nemocnici. Každá sestra, ktorá svoju profesiu vykonáva zodpovedne, tak adekvátne naslúcha pacientovým otázkam, je empatická voči pacientovi a jeho rodine. V rámci poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti sestra podporuje a edukuje pacienta, zaujíma sa o jeho potreby, dodržiava etický kódex sestry a zároveň rešpektuje práva pacienta. Potrebné je však dodať, že je na celom multidisciplinárnom zdravotníckom tíme, aby spoločne s pacientmi tento strach a obavy prekonávali s pomocou kvalitnej informovanosti i komunikácie. Dobrá schopnosť komunikácie je vždy našim najväčším aktívom, či už ide o pacienta alebo pracovný život. Pre pacienta je dôležité aktívne načúvanie hlavne zo strany sestier, pretože má k pacientom užší vzťah ako lekár. Komunikovanie je síce časovo náročná no stále je účinná metóda nevyžadujúca si žiadne špeciálne zásahy. Vyžaduje iba kúsok teplých a srdečných slov, ktoré sú pre pacienta najlepším balzomom na dušu. Žijeme v krehkom, ohrozenom ľahko zraniteľnom a vzájomne prepojenom svete. My zdravotníci načúvame tlkotu ľudských srdc a tie bijú na celom svete rovnako. V rytme života nás všetkých, či už pacientov i nás sestier a všetkých zdravotníckych pracovníkov, prevažuje túžba po zdraví, láske, porozumení a spokojnosti.

Zoznam bibliografických odkazov:

SLEZÁKOVÁ, L. *Ošetrovatelství v Chirurgii I.* 1. Vyd. Praha : Grada publishing, a.s., 2010. 264 s. ISBN: 978-80-247-3129-2.

KUBICOVÁ, Ľ. a kol. *Chirurgické ošetrovatelstvo.* Martin : Osveta, 2005. 152 s. ISBN 80-8063-176-X.

ZEMAN, M., KRŠKA, Z. a kol. *Chirurgická propedeutika*. 3 přepr vyd., Praha : Grada Publishing a. s., 2011. 512 s. ISBN 978-80-247-3770-6.

JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R. 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii*. Praha : Grada Publishing a. s., 2013. 249 s. ISBN 978-80- 247- 4412- 4.

MÁLEK, J. a kol. *Praktická anestéziologie*. Praha : Grada Publishing a. s., 2011. 188 s. ISBN 978-80-247-3642-6.

KURZOVÁ, A. Informovaný souhlas pacienta s anestézií. In Málek, J. a kol. *Praktická anestéziologie*. 2. přepr. a dopl. vydání. Praha : Grada Publishing a.s., 2016. s. 72 - 85, ISBN 978- 80- 247- 5632-5.

KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVEROVÁ, R. *Ošetrovatelstvo 2*. 2. vyd. Martin : Osveta, 2004. 1474 s. ISBN 80-2170-528- 0.

BYDŽOVSKY, J. *Akutní stavy v kontextu*. Praha : Triton, 2008. 450 s. ISBN 978- 80- 7254- 815- 6.

WICHSOVÁ, J., PŘIKRYL, P., POKORNÁ, R. a kol. *Sestra a perioperační péče*. Praha : Grada Publishing a. s., 2013. 192 s. ISBN 978-80-247-3754-6.

MÁLEK, J. Průběh celkové anestézie. In Málek, J. a kol. *Praktická anestéziologie*. 2. přepr. a dopl. vydání. Praha : Grada Publishing a.s., 2016. s. 103 - 104, ISBN 978- 80- 247- 5632-5.

KALA, Z.; PENKA, I. a kol. *Perioperační péče o pacienta v obecné chirurgie*. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických odborů, 2010. 145 s. ISBN 978- 80- 7013-518-1.

BOROŇOVÁ, J. *Základy ošetrovatelstva*. Trnava : Slovak Academic Press, spol. s.r.o, 2004. 160 s. ISBN 80-89104- 50- 9.

KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha : Grada Publishing a.s., 2007. 350s. ISBN 978- 80- 247- 1830-9.

JURÁSKOVÁ, D. Etika a komunikace v ošetrovatelství. In Ptáček, R., Bartůněk, P. a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha : Grada Publishing a.s., 2011. s. 239, ISBN 978- 80- 247- 3976-2.

Kontaktná adresa:

PhDr. Andrea Bratová, PhD.
Ústav ošetrovatelství 2. LF UK a FN Motol
V Úvalu 84
150 06 Praha 5 – Motol
E-mail: andrea.bratova@lfmotol.cuni.cz

OŠETROVATEĽSKÝ MANAŽMENT PRI PODÁVANÍ CELKOVEJ ANESTÉZIE

¹Zuzana Rybárová, ²Andrea Bratová

¹Slovenská zdravotnícka univerzita, FOaZOŠ

²2. lekárska fakulta, Univerzita Karlova

Súhrn:

I keď pacient zotrúva v anestézii krátke časové obdobie, anestézia prináša so sebou mnoho ohrození a rizík. Z toho dôvodu je nevyhnutné aby spoluprácu pri celkovej anestézii vykonávali kvalifikované sestry, ktoré dokonale ovládajú postupy anestézie, riziká a úskalia ktoré anestézia pre pacienta prináša. V príspevku poukazujeme na špecifiká a zásady ošetrovateľskej starostlivosti pri podávaní anestézie.

Kľúčové slová: Anestézia. Ošetrovateľský proces. Anestetický manažment. Aktivizujúci akcent.

MANAGEMENT OF NURSES IN THE TREATMENT OF GENERAL ANESTHETICS

Summary:

Although the patient remains in anesthesia for short time, anesthesia brings many threats and risks. For this reason, it is essential that cooperative anesthesia is performed by qualified nurses who perfectly control the procedures of anesthesia, the risks and the difficulties that anesthesia brings to the patient. In the paper, we point out the specifics and principles of nursing care during administering anesthesia.

Keywords: Anesthesia. Nursing process. Anesthetic management. Activating accent.

Úvod

Anestézia umožňuje chirurgovi previesť operačný výkon a pacientovi zaisťuje kľudný a bezbolestný priebeh operácie bez nepríjemných zážitkov. Anestézia prináša so sebou mnoho komplikácií a rizík. Na to aby sme im predišli je nevyhnutné vykonať zdravotnú starostlivosť, ktorú dosiahneme dodržiavaním zásad a špecifik ošetrovateľskej starostlivosti počas anestetického výkonu.

Vlastný text

Slovo manažment je pomerne často používané. Je odvodené od slova „to manage“, čo znamená viesť, riadiť. Je to proces plánovania, organizovania, a využívania zdrojov tak, aby sa dosiahol vopred určený cieľ. Všeobecne ho chápeme ako riadenie zamerané na dosiahnutie cieľa, ako teóriu a prax riadenia. Manažment sa dá chápať aj ako systém princípov, názorov, skúseností, overených postupov a metód, ktoré manažéri používajú na rôznych stupňoch riadenia s cieľom dosiahnuť postavené ciele.

Anestézia (z gréčtiny *an-* „bez“ + *aisthesis* „vnímanie“) znamená stav blokovanej percepcie (vnímania) bolesti a iných pocitov. To pacientom umožňuje podstúpiť chirurgické a iné procedúry bez stresu a bolesti, ktoré by inak zažili. Termín zaviedol Oliver Wendell v roku 1846. Prvá sestra poskytujúca anestéziu bola Catherine S. Lawrence, a pravdepodobne spolu s ďalšími zdravotnými sestrami, podávali anestéziu za občianskej vojny v rokoch 1861 - 1865. Každá anestézia je výkon, ktorý narúša homeostázu, čo je spojené s určitým rizikom pre život pacienta (Larsen, 2004).

Ošetrovateľská starostlivosť je zdravotná starostlivosť, ktorú poskytuje sestra a za ktorú si je sestra právne zodpovedná. Kompetencie a rozsah starostlivosti poskytovanej sestrou upravuje vyhláška 364/2005 Z.z. Ošetrovateľská starostlivosť sa poskytuje formou ošetrovateľského procesu. Pri

poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti spolupracujú aj nižší zdravotnícki pracovníci, sestra riadi ich činnosti pri poskytovaní starostlivosti. Ošetrovateľský proces má aktivizujúci prístup sestry. Vyhláška č.364/2005 určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne. V tejto fáze ošetrovateľského procesu je dôležité zohľadňovať dislokáciu kompetencií, poverenie sestry lekárom vykonávať výkony samostatne. Vedenie anestéziologického záznamu počas anestézie spadá do kompetencie anestéziológa. V rámci ošetrovateľského procesu v priebehu anestézie sestra vedie dokumentáciu – anestetický záznam na základe dislokácie kompetencie – poverenia lekárom.

Aktivizujúci princíp ošetrovateľského procesu je viazaný na úroveň špecializačného vzdelávania. Ide o hlavný pozitívny celok. Vzdelaná sestra, nie len pasívny zber informácií ale aj aktívne zapájanie sa do riešenia procesu. Informácie má vo výstupe skôr ako lekár. A preto sa kladie dôraz na dôležitosť odovzdania informácií.

Sestra pracujúca na úseku anestézie tvorí spolu s lekárom anestéziológom anestéziologický tím. Na komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta počas anestézie sa podieľa sestra oddelenia anestéziológie a intenzívnej medicíny. Zúčastňuje sa na ošetrovaní pacienta pomerne krátky, ale veľmi dôležitý čas. V rámci podávania celkovej anestézie vyplývajú pre sestru povinnosti ako príprava a zabezpečenie pomôcok, liečiv, nástrojov a prístrojov potrebných na uskutočnenie anestézie, a spolupráca s anestéziológom pri podávaní anestézie, ale i v sledovaní a starostlivosti o pacienta pred, počas a po anestézii, tak ako aj o starostlivosť o pomôcky v celom období počas anestézie. Počas celého operačného procesu musí celý anestetický tím niesť zodpovednosť za bezpečie pacienta. Manažment ošetrovateľského procesu na úseku anestézie je rozličný pred, počas a po anestézii. V každej časti má sestra rozdielne povinnosti a kompetencie.

Anestetický manažment pozostáva z ošetrovateľského manažmentu pred anestéziou, ošetrovateľského manažmentu počas anestézie a ošetrovateľského manažmentu po anestézii. Dislokácia kompetencií umožňuje sestru aktívne vstupovať do procesu – podávanie anestetík, premedikáciu.

Anestetický manažment sa vykonáva v dvoch polohách – horizontálnej a vertikálnej. V horizontálnej polohe ide o vedomostnú časť. Je tu spolupráca na úrovni anestéziológ a špecializovaná sestra v odbore anestéziológie a intenzívna starostlivosť, sú si rovnocenní. Do procesu môže vstúpiť aj prednosta alebo primár oddelenia. Je viazaná na toho, kto určil výkon činnosti. Vertikálnou polohou je myslená organizačná časť. Podieľa sa na nej riaditeľ, primár chirurgického oddelenia a všetci ostatní, ktorí sa podieľajú na zdravotnej starostlivosti. Sestra musí komunikovať aj s tým kto indikuje výkon (chirurg).

Anestetický manažment

Príprava pacienta pred operáciou spočíva vo všeobecnej predoperačnej príprave, príprave so zreteľom na základné ochorenie pacienta, prípravy so zreteľom na pripojené a komplikujúce ochorenia a vlastnej anestéziologickej prípravy.

Všeobecná predoperačná príprava spadá do kompetencie sestry z príslušného oddelenia, na ktorom je pacient hospitalizovaný. Anestéziologická sestra sa na nej zúčastňuje len pri neodkladných výkonoch. Spočíva v celkovej hygiene pacienta, odstránení zubnej protézy, kontaktných šošoviek, šperkov, odlakovaní nechtov, odlíčení, v oholení a dezinfekcii operačného poľa, vo vyprázdnení čriev a močového mechúra, bandáži dolných končatín, zabezpečení prázdneho žalúdka ako aj v zavedení centrálného venózneho katétra.

Príprava so zreteľom na základné ochorenie pacienta je podmienená špecifickými požiadavkami plánovanej operácie a poruchami, ktoré vyvolalo základné ochorenie napríklad úprava anémie alebo nácvik dýchania.

Príprava so zreteľom na pripojené a komplikujúce ochorenia. Jej úlohou je normalizovať, alebo upraviť funkcie orgánov, postihnutých komplikujúcim ochorením, znížiť nepriaznivý vplyv anestézie a operácie na tieto poruchy, predísť prípadným komplikáciám, upraviť zistené poruchy vnútorného prostredia, zabrániť vyčerpaniu funkčných rezerv organizmu.

Vlastná anestéziologická príprava zohľadňuje úskalia a riziká anestézie. Začína sa vlastným anestéziologickým vyšetrením a končí sa úvodom do anestézie. Skladá sa z prípravy psychologickej, medikamentóznej a technickej.

Ošetrovateľský manažment pred anestéziou pozostáva z prípravy prístrojovej techniky, prípravy pomôcok k anestézii, prípravy medikamentov a prípravy pacienta pred anestéziou. Bezprostrednú predoperačnú fázu, t.j. čas od príchodu pacienta na operačnú sálu až do začiatku anestézie, prežívajú pacienti veľmi rozdielne. Podľa osobnosti, atmosféry a druhu premedikácie pociťujú pokoj, ľahostajnosť až strach a paniku (Jecková- Tholeová, 1998). V tejto fáze ošetrovateľského procesu je nesmierne dôležitá komunikácia s pacientom. Sestra sa podieľa na poučení pacienta o spôsobe a rizikách celkovej a regionálnej anestézie. Súhlas pacienta so spôsobom anestézie potvrdzuje pacient podpisom tzv.reverz. Po rozhovore s pacientom nesmie dôjsť k znekludneniu pacienta a zvýšeniu úzkosti! Sestra pacienta informuje o typických rizikách prevádzaných anestézií, voľbe spôsobu a prevedenia anestézie s prihliadnutím k praniu pacienta, zahájení predoperačného hladovania 6-8 hodín pred plánovaným výkonom, zákaze fajčenia aspoň 1 deň pred operáciou, stanovení správnej doby operácie, premedikácii (k čomu, kedy, ako: i.m., i.v., p.os), o opatreniach pred operáciou (manžeta na meranie TK žilový, popr. arteriálny katéter), o spôsobe úvodu do anestézie (EKG, kyslíková maska), o pooperačných opatreniach (OAIM, JIS, intubácia, riadené, podporné dýchanie, monitorovanie, drenáž). Dôležitou zásadou je aby sestra informovala pacienta v rámci svojich kompetencií.

Ošetrovateľský manažment počas anestézie. Počas samotnej anestézie sestra podáva intravenózne anestetiká a svalové relaxanciá podľa pokynov anestéziológa, asistuje pri zabezpečení priechodnosti dýchacích ciest a napojení pacienta na anestetický prístroj, kontroluje polohu pacienta a polohu hadíc dýchacieho okruhu, ošetrí oči pacientovi, zabezpečuje transfúzne prípravky, odoberá vzorky krvi na potrebné vyšetrenia, monitoruje pacienta počas anestézie. Počas anestézie je potrebné sa zamerať na dôležitosť komunikácie s lekárom.

Po ukončení anestézie prichádza bezprostredné pooperačné obdobie. **Ošetrovateľský manažment po skončení anestézie** spočíva v podávaní antidót podľa pokynov anestéziológa, asistencii pri extubácii, sledovaní pacienta, tlmení bolesti po operácii, dekontaminácii a uprataní použitých pomôcok, nástrojov a prístrojov. V tejto časti ošetrovateľskej starostlivosti majú veľké uplatnenie vzdelané sestry v odbore anestéziológie a intenzívnej starostlivosti nakoľko môžu nastať rôzne komplikácie. Sestra nie je len pasívnym vykonávateľom a nie je možné ju nahradiť sestrou z príslušného oddelenia na ktorom je pacient hospitalizovaný.

Aktivizujúci akcent k napísaniu tohto príspevku bol hlavne fakt, že v súčasnej dobe sa v ošetrovateľskej starostlivosti apeluje hlavne na zabezpečovanie systému kvality ošetrovateľskej starostlivosti, bezpečnosť pacienta, poskytnutie zdravotnej starostlivosti lege artis, zohľadňovanie práv pacienta – právo na tíšenie bolesti, poskytovanie starostlivosti na úrovni súčasných medicínskych poznatkov, správne vedenie zdravotnej dokumentácie a ďalšie vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov.

Záver

Pacient zotrúva v anestézii len krátke časové obdobie, no prináša so sebou rôzne komplikácie a riziká. V súčasnosti sa kladú vysoké nároky na kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti. V každej fáze anestetického manažmentu je dôležité dodržiavať špecifické zásady s cieľom zabezpečiť kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť. Nesmierne potrebné je uvedomiť si, že kvalitnú anestetickú starostlivosť vie poskytnúť len vzdelaná sestra. Týmto chceme poukázať na význam vzdelávania sestier v odbore anestéziológia a intenzívna starostlivosť.

Zoznam bibliografických odkazov

BOHUŠ, O. 1992. *Anestéziológia, resuscitológia a intenzívna starostlivosť*. Martin : Osveta, 1992. 416 s. ISBN 80-217-0436-5.

JECKOVÁ-THOLEOVÁ, S. - HALLBAUMOVÁ, I. - PICHLMAYROVÁ, I. 1998. *Anestéziológia praktická príručka*. Martin : Osveta, 1998. 312 s. ISBN 80-88824-81-8.

KAPOUNOVÁ, G. 2007. *Ošetrovatelství v intenzívni péči*. Praha : Grada. 2007. 350s. ISBN 978-80-247 1830-9.

LARSEN, R. 2004. *Anestezie*. Praha : Grada Publishing, 2004. 1392 s. ISBN 80-247-0476-5-

Kontaktná adresa

PhDr. Zuzana Rybárová, PhD.
Katedra anestéziológie a intenzívnej starostlivosti
SZU Bratislava
Limbová 12
833 03 Bratislava
zuzana.rybarova@szu.sk

VÝZNAM A VYUŽITIE AUTOMATICKÉHO EXTERNÉHO DEFIBRILÁTORA

Zuzana Rybárová

Slovenská zdravotnícka univerzita, FOaZOŠ

Súhrn:

Odporúčania ERC 2015 zdôrazňujú veľký význam súčinnosti medzi operátorom operačného strediska, záchrancom, ktorý poskytuje KPR a včasným použitím automatického (automatizovaného) externého defibrilátora (AED). Efektívna, koordinovaná odpoveď, ktorá zahŕňa všetky tieto zložky, je kľúčová pre zlepšenie prežívania pri náhlom zastavení obehu (NZO) mimo nemocnice. V príspevku uvádzame odporúčania pre defibriláciu s použitím automatických externých defibrilátorov (AED). Odborníci poukazujú na veľký význam používania AED v prednemocničnej starostlivosti. V odporúčaníach 2015 prišlo iba k minimálnym zmenám voči odporúčaniam z roku 2010. Všetci zdravotníci a laickí záchranovia môžu používať AED v rámci základnej neodkladnej resuscitácie.

Kľúčové slová: Defibrilácia. Automatizovaný externý defibrilátor. Laici. Zdravotníci.

IMPORTANCE AND USE OF THE AUTOMATIC EXTERNAL DEFIBRILATOR

Summary:

The ERC 2015 Recommendations emphasize the great importance of interoperability between the Operator Center Operator, the CPR rescuer, and the well-timed use of the Automated External Defibrillator (AED). An effective and coordinated response that includes all of these components is a key to improvement of survival by stopping circulation (NZO) outside of hospitals. In the paper we present recommendations for defibrillation using automatic external defibrillators (AED). Experts point to the great importance of using AED in prenatal care. Recommendations in 2015 made only minimal changes to the recommendations in 2010. All medical and emergency rescuers can use the AED as a basic emergency resuscitation.

Key words: Defibrillation. Automated external defibrillator. Laymen. Medics.

Úvod

Defibrilácia je definovaná ako prechod elektrického prúdu cez myokard v takej intenzite, ktorá vyvolá depolarizáciu svaloviny srdca, čo vytvára podmienky na obnovenie koordinovanej elektrickej aktivity. Defibrilácia je taktiež definovaná ako ukončenie fibrilácie, alebo presnejšie neprítomnosť komorovej fibrilácie a komorovej tachykardie po 5 sekundách od aplikácie výboja. Za konečný cieľ defibrilácie sa považuje obnovenie organizovaného rytmu a spontánneho obehu. Z technického hľadiska je súčasťou AED hlasová komunikácia AED so záchrancom. Významným pokrokom vo vývoji schopností defibrilátorov je zhodnotiť rytmus počas vykonávania KPR, pretože umožňuje záchrancom zhodnotiť rytmus bez prerušenia stláčania hrudníka.

Vlastný text

V odporúčaníach 2010 sa zdôrazňuje význam včasnej defibrilácie s minimálnym časovým zdržaním. Schopnosť vykonať včasnú defibriláciu, ktorá je považovaná za jeden z najdôležitejších faktorov určujúcich prežívanie po zastavení obehu. Každá minúta odkladu defibrilácie, ak laici neposkytujú KPR, znižuje prežitie po komorovej fibrilácii so svedkami o 10 - 12 %. a to preto, že Vzhľadom na to, že záchranári ZZS vo väčšine prípadoch nie sú schopní prísť na miesto príhody a vykonať defibriláciu v priebehu niekoľkých minút po výzve, sa v súčasnosti podporuje alternatívne využitie školených laikov na vykonanie včasnej defibrilácie s použitím AED (SSAIM, 2015).

Je známe, že prežívanie pacientov so zastavením obehu klesá s každou minútou trvania zastavenia. Ak prítomní laici začnú s KPR, počet pacientov, ktorí prežijú, je o niečo vyšší. To znamená, že KPR vykonávaná prítomnými laikmi môže zvýšiť prežívanie pacientov so zastavením obehu mimo nemocnice. Defibrilácia do 3 - 5 min od kolapsu môže zabezpečiť prežívanie až 50 - 70 %. Včasná defibrilácia môže byť dosiahnutá poskytovateľmi KPR, ak použijú verejne dostupný AED alebo AED

2 v mieste. Programy verejne dostupných AED by mali byť aktívne implementované na verejných miestach, kde sa sústreďuje veľa ľudí.

Všetci zdravotnícki pracovníci majú byť trénovaní, vybavení a povzbudzovaní, aby vykonávali defibriláciu a KPR. Včasná defibrilácia by mala byť dostupná vo všetkých nemocniciach, poliklinikách a verejných priestranstvách, kde sa zhromažďuje väčší počet ľudí.

Automatické externé defibrilátory (AED) sú zložené a spoľahlivé, počítačom riadené zariadenia, ktoré používajú hlasové a zrkové výzvy na vedenie laických záchrancov a zdravotníckych záchranárov s cieľom bezpečného vykonania defibrilácie u pacientov so zastavením obehu. Niektoré AED kombinujú pokyny na defibriláciu s pokynmi na vykonávanie optimálneho stláčania hrudníka. Mnoho AED je prispôbených na prácu ručným, ale aj poloautomatickým spôsobom. Najlepší spôsob defibrilácie však závisí od zručností a vyškolenia záchrancu. Kratšia pauza pred výbojom a kratšie obdobie bez stláčania hrudníka zvyšuje perfúziu životne dôležitých orgánov a taktiež pravdepodobnosť obnovenia spontánneho obehu.

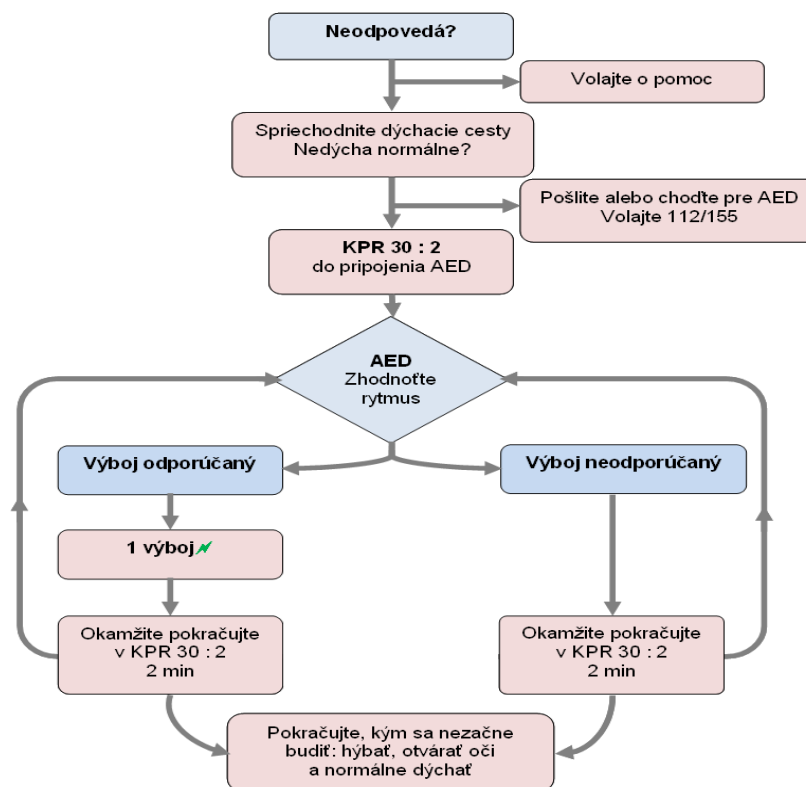
Automatická analýza rytmu. Automatické externé defibrilátory majú mikroprocesory, ktoré analyzujú niekoľko znakov na EKG, vrátane frekvencie a amplitúdy. Súčasné prístroje sú schopné analyzovať rytmus srdca s mimoriadnou presnosťou. Hoci väčšina AED prístrojov nie je prispôbená na podávanie synchronizovaného výboja, všetky AED odporúčajú výboj pri komorovej tachykardii, ak frekvencia, tvar a trvanie R vlny presiahne vopred stanovené hodnoty. Väčšina AED si vyžaduje, aby sa počas analýzy rytmu prístrojom nikto nedotýkal hrudníka, alebo AED prístroja, lebo by mohlo prísť k porušeniu písomného záznamu.

Prístup verejnosti k AED. Automatické externé defibrilátory by sa mali podľa odporúčaní dostupné na vhodných verejných miestach ako napríklad na letiskách, športových areáloch, úradoch, lietadlá, železničných staniciach ako aj v obchodných centrách. V podstate sú myslené miesta, kde sa pri zastavení obehu vyskytujú pravidelne svedkovia a v blízkosti sú trénovaní záchrancovia. Štúdie poukazujú hlavne na význam školenia polície ako prvých záchrancov na mieste náhlej príhody. Prístup verejnosti k defibrilácii a výučba používania AED pre laických záchrancov môže zvýšiť počet postihnutých, ktorí budú mať prínos z včasnej KPR a defibrilácie lepším prežívaním po náhlych príhodách v prednemocničných podmienkach. Pridelenie AED na individuálne použitie v domácnosti sa zatiaľ neukázalo ako účinné, a to ani u pacientov s vysokým rizikom

Používanie AED v nemocnici. Význam využívania AED sa popisuje v niekoľkých štúdiách. Ide hlavne o situácie kedy môže prísť k oneskoreniu resuscitácie a to u pacientov, ktorí nie sú na monitorovaných lôžkach v nemocnici alebo ambulancii. Na týchto miestach môže uplynúť niekoľko minút do príchodu resuscitačného tímu s defibrilátorom a do aplikácie výboja. Napriek obmedzeným dôkazom, používanie AED v nemocnici treba považovať za spôsob, ako umožniť včasnú defibriláciu (do 3 minút od kolapsu), najmä na miestach, kde poskytovatelia zdravotnej starostlivosti nemajú žiadne skúsenosti s určovaním rytmu, alebo kde sa defibrilátory používajú zriedkavo. Na základe odporúčaní by mali nemocnice monitorovať čas od kolapsu do prvého výboja a výsledný stav pacienta po resuscitácii.

Použitie automatického externého defibrilátora. Automatické externé defibrilátory môžu bezpečne a účinne obsluhovať aj laici. Ich dostupnosť umožní vykonať defibriláciu skôr, ako príde profesionálna pomoc. Záchranca by mal na základe odporúčaní pokračovať v KPR s minimálnym prerušovaním stláčaní hrudníka počas napojenia AED a počas jeho použitia. Záchrancovia musia vykonávať hlasové pokyny okamžite, zvlášť pokyn pre pokračovanie v stláčaní hrudníka.

Automatické externé defibrilátory sú bezpečné a úspešné aj pri použití u detí starších ako jeden rok. U detí vo veku 1 - 8 rokov je však odporúčané použitie detských elektród a softvéru prispôbenaému deťom do 1 roka (50 - 75 J). Ak nie je odstupný manuálne nastaviteľný defibrilátor, môže sa u detí starších ako jeden rok použiť bežný AED pre dospelých, ale musí byť jeho použitie zvážené. Výskyt defibrilovateľného rytmu u detí je však veľmi nízky. Výnimkou je hlavne ochorenie srdca u detí.



Obrázok 1 Algoritmus defibrilácie s použitím AED

V odporúčaní Európskej resuscitačnej rady pre resuscitáciu 2015 (SSAIM, 2015) v kapitole Špeciálne prostredia sú zahrnuté odporúčania pre liečbu NZO na špeciálnych miestach. Zahŕňa aj nové odporúčania pri použití automatizovaného externého defibrilátora. Na palube všetkých civilných lietadiel v Európe, vrátane regionálnych a nízko nákladových spoločností, by mal byť povinne umiestnený AED, ako aj primerané zariadenia pre KPR. Zvážte techniky KPR cez hlavu, ak obmedzený prístup bráni použitiu konvenčných postupov.

Záver

Medzi kľúčové faktory prežitia pri náhlom zastavení obehu patrí rýchlosť a kvalita poskytnutej resuscitačnej a poresuscitačnej starostlivosti. Potrebné je klásť dôraz na včasnú defibriláciu, optimálne do 3 minút, ktorá je súčasťou reťaze prežitia a je jedným z mála postupov, pri ktorých bolo dokázané, že zlepšujú prežívanie u pacientov po zastavení obehu v dôsledku komorovej fibrilácie a komorovej tachykardie. Vzhľadom na to, že použitie AED je veľmi jednoduché, nielen zdravotníci ale aj laici vedia jeho použitím prispieť k zvýšeniu kvality prednemocničnej starostlivosti.

Literatúra

CPR – Guidelines. 2015. [online]. European Resuscitation Council. [cit.26.7.2017]. Dostupné na internete: https://www.erc.edu/index.php/guidelines_download/enchangeMode=view/

DOBIÁŠ, V. 2006. *Prednemocničná zdravotná starostlivosť*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2006. 157 s. ISBN 80-8063-214-6.

DOBIÁŠ, V. 2007. *Prednemocničná urgentná medicína*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2007. 381 s. ISBN 978-80-8063-255-7.

TRENKLER, Š. 2010. *Odporúčania Európskej resuscitačnej rady pre resuscitáciu 2010*. [online]. [citované 13.06.2010]. Dostupné na: <http://www.ssaim.sk/>.

Slovenská spoločnosť anestéziológie a intenzívnej medicíny. *Odporúčania Európskej resuscitačnej rady pre resuscitáciu 2015*. [online]. [citované 26.07.2017]. Dostupné na: <http://www.ssaim.sk/>.

Kontaktná adresa

PhDr. Zuzana Rybárová, PhD.
Katedra anestéziológie a intenzívnej starostlivosti
SZU Bratislava
Limbová 12
833 03 Bratislava
zuzana.rybarova@szu.sk

RESUSCITAČNÍ TÝM

Eliška Beranová, Šárka Sedláčková

Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny 2. LF UK a FN v Motol

Souhrn:

Autorky příspěvku prezentují činnost resuscitačního týmu v dospělé části nemocnice, který je tvořen personálem Resuscitačního oddělení pro dospělé, Kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, 2. LF UK a FN v Motole.

Klíčová slova: *Resuscitační tým, resuscitace, Guidelines, Česká resuscitační rada, zdravotník, nouzová telefonní linka*

RESUSITING TEAM

Summary:

The authors of the paper present the activity of the resuscitation team in the adult part of the hospital, which is made up of the staff of the Resuscitation department for adults, Clinic of Anaesthesiology, Resuscitation and Intensive Medicine, 2. LF UK a FN in Motol.

Keywords: *Resuscitation Team, Resuscitation, Guidelines, Czech Resuscitation Council, Medical Officer, Emergency telephone line*

Úvod

Při vzniku zástavy v prostorách nemocnice je povinen každý zdravotnický pracovník okamžitě zahájit základní neodkladnou resuscitaci. Srdeční zástava se v lůžkových zdravotnických zařízeních vyskytuje s četností přibližně jeden až pět případů na 1000 přijatých pacientů. Aktérem kardiopulmonální resuscitace v nemocničním prostředí se tedy může stát každý z nás a je jen na nás, jak situaci vyhodnotíme a jak se v dané situaci zachováme.

Vlastní text

Lůžkové resuscitační oddělení pro dospělé funguje ve Fakultní nemocnici v Motole již od roku 1996 a vzhledem ke zvyšujícím se požadavkům na počet lůžek bylo v roce 2002 otevřeno i druhé resuscitační oddělení. V současné době nabízí Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny 2. LF UK a FN v Motole specializovanou intenzivní a resuscitační péči na 22 lůžkách jednoho společného oddělení a zajišťuje KPR v případě potřeby v dospělé části nemocnice. Personální obsazení resuscitačních lůžek nelékařskými zdravotníky tvoří v současné době 107 sester specialistek pro intenzivní péči, všeobecných sester a zdravotnických záchranářů, kteří jsou pravidelně proškolení dle platných doporučení České resuscitační rady a metodiky Guidelines, aby byly vždy schopni co nejerudovaněji a nejprofesionálněji poskytnout maximální možnou péči při záchraně lidského života. Resuscitační tým je tvořen lékařem, nelékařským zdravotnickým pracovníkem a sanitářem s nezbytným komplexním vybavením k zajištění vitálních funkcí postiženého poruchou srdečního rytmu či poruchou dýchání. Personál resuscitačního oddělení je tak připraven kdykoli během 24 hodin přijmout výzvu na speciální nouzovou linku a poskytnout rozšířenou neodkladnou resuscitaci tam, kde je třeba.

Ročně přijmeme na nouzové telefonní číslo určené pro KPR kolem 100 výzev vyžadujících zásah resuscitačního týmu. Zhruba ve 2/3 případů se jedná o zajištění postiženého v rámci základní neodkladné resuscitace a pokračování v rozšířené neodkladné resuscitaci v rámci nemocniční péče. Na nouzovou linku ovšem přijmeme i výzvy potřeby konzultace zhoršujícího se stavu pacienta na lůžku intenzivní péče či jinak nepřesně vyhodnocenou situaci.

Zkolabuje-li nebo je-li pacient nalezen bez známek života v rámci nemocnice nejdříve přivolejte pomoc.

Reaguje-li pacient výzvu (jemné zatřesení rameny či slovní výzvu) zavolejte resuscitační tým. Během doby, než dorazí, podejte kyslík, zajistěte cévní vstup a napojte pacienta na monitor.

Pokud pacient nereaguje, otočte jej na záda, zprůchodněte dýchací cesty, zkontrolujte dýchání a zkontrolujte známky funkčního oběhu. Pokud nejsou známky funkčního oběhu, zahajte KPR a pokračujte v ní do příchodu resuscitačního týmu.

Závěr

Společným cílem nás všech je záchrana lidského života. A tak adekvátní jednání, reflexe a přehled o postupech v takto vypjaté situaci, jakou KPR a organizace další pomoci bezesporu je, zvyšuje naši šanci na úspěch.

Literatura

EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL A ČESKÁ RESUSCITAČNÍ RADA (2015), Doporučené postupy pro resuscitaci ERC 2015: Souhrn doporučení. *In urgentní medicína*, 2015, roč. 18, s 74. ISSN 1212-1924

IOS 11 2009-4 Kardiopulmonální resuscitace a první pomoc

Kontaktní adresa

Mgr. Šárka Sedláčková

Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny 2. LF UK a FN Motol

V Úvalu 84

150 06 Praha 5 – Motol

sarka.sedlackova@fnmotol.cz

OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ O DEKUBITY - LÔŽKOVÉ ZDRAVOTNÍCKE ZARIADENIA VS. AGENTÚRY DOMÁCEJ OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI

¹Katarína Gerlichová, ²Júlia Krehlíková

¹Fakulta zdravotníctva, Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne

²Fakultná nemocnica Trenčín

Súhrn:

Hlavným cieľom práce bola snaha porovnať špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s dekubitmi v lôžkových zdravotníckych zariadeniach a v agentúrach domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ďalej ADOS) na Slovensku, s cieľom stanoviť rozdielnosť postupov v prevencii, diagnostike a ošetrovaní dekubitov. Vzorku prieskumu tvorilo 103 respondentov, 52 sestier pracujúcich v lôžkových zdravotníckych zariadeniach a 51 sestier pracujúcich v ADOS na Slovensku. Použili sme dotazník vlastnej konštrukcie so zámerom zmapovať rozdiely v ošetrovateľskej starostlivosti o dekubity v lôžkových zdravotníckych zariadeniach a v ADOS. Výsledky realizovaného prieskumu umožnili identifikovať niektoré zásadné rozdiely v ošetrovateľských postupoch realizovaných pri liečbe dekubitov v lôžkových zariadeniach a v ADOS. Zistili sme, že v ADOS 78% respondentov preferuje pri liečbe dekubitov prevažne systém vlhkého hojenia rán a v lôžkových zariadeniach 64% respondentov preferuje prevažne klasické postupy. Ošetrovateľská starostlivosť o dekubity sa odlišuje nielen v postupoch pri liečbe dekubitov, ale aj v používaní rozdielneho materiálu. Za najpoužívanejší materiál v ADOS 82% respondentov označilo hydrogély a v lôžkových zariadeniach 77% respondentov označilo sterilné krytie. Predpokladom zlepšenia ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s dekubitom je zlepšenie materiálneho vybavenia nemocníc, ako aj poskytnutie antidekubitárnych pomôcok do domáceho ošetrovania. Základným právom pacienta je uplatňovať v liečbe postupy, ktoré sú v súlade s najnovšími poznatkami.

Kľúčové slová: Dekubit; Ošetrovanie dekubitu; Lôžkové zdravotnícke zariadenia; Agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti; Prieskum

NURSING CARE OF DECUBITUS ULCERS – HOSPITAL HEALTHCARE FACILITIES VERSUS NURSING HOME CARE AGENCIES

Summary:

The aim of the paper was comparison of specifics of nursing care for patients with decubitus ulcers in hospital health care facilities and home care nursing agencies in Slovakia, in order to determine the differences in procedures in prevention, diagnosis, and treatment of decubitus ulcers. Sample of the research consisted of 103 respondents, 52 nurses working in hospital health care facilities, and 51 nurses working in home care nursing agencies in Slovakia. We used our own design questionnaire to map out the differences in nursing care for decubitus ulcers in hospital health care facilities and in home care nursing agencies. The results of the research made it possible to identify some fundamental differences in nursing practices performed in the treatment of decubitus ulcers in hospital health care facilities and in home care nursing agencies. We found out that in home care nursing agencies 78% of respondents preferred the system of wet wound healing in the treatment of decubitus and 64% of respondents in hospital health care facilities prefer mostly classical procedures. Nursing care for decubitus ulcers differs not only in the treatment, but also in the use of various material. Of the most used material in home care nursing agencies 82% of respondents identified hydrogels, and 77% of respondents in hospital health care facilities identified sterile coverage. The prerequisite for improvement of nursing care for a patient with decubitus ulcers is improving the hospital equipment, as well as providing antidecubital devices for home treatment. The patient's basic right is to apply treatments which are in accordance with the current state of the art.

Keywords: *Decubitus Ulcer; Treatment of decubitus ulcer; Hospital health care facilities; Home care nursing agencies; Research*

Úvod

Dekubit (synonymum preležanina, tlakový vred) vzniká pôsobením lokálneho tlaku na tkanivá a je v súčasnosti veľmi vážnym problémom, ktorý môže signifikantne skomplikovať zdravotný stav pacienta, pričom jeho riešenie si vyžaduje značné náklady. Európsky poradný výbor pre dekubity (European Pressure Ulcer Advisory Panel, EPUAP) v spolupráci s Americkým národným poradenským výborom pre dekubity (National Pressure Ulcer Advisory Panel, NPUAP) vydali referenčnú príručku, podľa ktorej je dekubit „*lokalizované poškodenie kože a podkožných štruktúr, ktoré je spôsobené tlakom a trením na kostné výčnelky*“. Dekubit je často považovaný za dôsledok nedostatočnej ošetrovateľskej starostlivosti, avšak komplexnosť tejto problematiky a špecifiká jedincov nútia neposudzovať dekubity ako izolovaný problém ošetrovateľskej starostlivosti, ale pozerať naň ako na fenomén vyžadujúci multidisciplinárny prístup (Hlinková et al., 2015, s. 176).

V USA, podľa nedávnych odhadov, má 1,3 milióna až 3 milióny dospelých jednotlivcov dekubity. Náklady na liečenie jedného dekubitu sa odhadujú do výšky 500 až 40 000 dolárov. V roku 2007 sa na Slovensku vyskytli dekubity na geriatrických oddeleniach u 11,5% pacientov a u 15,1% pacientov na oddeleniach pre dlhodobu chorých. Medzi rizikové skupiny patria seniori, malé deti, ale aj pacienti pripútaní na invalidný vozík. Seniori nad 70 rokov boli najviac ohrození a dekubity sa u nich vyskytovali až v 70% (sakrum 34%, päty 26%, členky 10%). Reálny výskyt dekubitov je pri aktívnom pátraní 20-krát vyšší, ako uvádzajú štatistiky (Krajčík, Bajanová, 2012, s. 10).

Za najčastejšie miesta výskytu dekubitov sa považuje sakrálna oblasť, gluteálna oblasť, päty, členky, lýtka, lakte, lopatky, trochanterická oblasť a temeno hlavy.

Na vzniku dekubitov sa podieľajú faktory :

- prolongovaný tlak na mäkké tkanivá (v závislosti od intenzity tlaku, doby pôsobenia, od odolnosti organizmu a od vonkajších podmienok),
- imobilita (porucha citlivosti, vedomia, psychické poruchy, vynútená poloha úrazom),
- strata ochranných reflexov (depresia, intoxikácia farmakami, alkoholom, bezvedomie),
- stav výživy (hypoproteinémia, anémia, deplécia vitamínov),
- trenie a strižné sily (skĺzavanie po podložke),
- inkontinencia moču a stolice,
- pokročilý vek,
- terapeutické a diagnostické zariadenia (nazogastrické sondy, močové katétre, bočnice) (Krajčík, Bajanová, 2012, s. 58).

Medzinárodná prax zaraďuje dekubity do jednej zo štyroch tried, ktoré sa od seba odlišujú predovšetkým podľa hĺbky a charakteru spodiny rany (klasifikácia dekubitov podľa NPUAP a EPUAP):

- I.štádium - neblednúci erytém bez narušenia celistvosti kože,
- II.štádium - čiastočná strata kože alebo pľuzgier,
- III.štádium - úplná strata kože a podkožia, nekróza,
- IV.štádium - strata kože s rozsiahlym poškodením hlbokých a funkčných štruktúr, fascií, ciev, nervov, svalov, kostí, nekróza tkanív
- neklasifikovateľné štádium - stupeň a hĺbka dekubitu sa nedá určiť, na spodine rany mŕtve tkanivo.
- suspektné postihnutie hlbokých tkanív - poškodenie tkanív v blízkosti periostu (NPUAP, EPUAP, 2014, s. 15 - 16).

Liečba chronických rán - dekubitov - je zložitý komplex opatrení týkajúcich sa komplexného stavu daného jednotlivca. Na základe posúdenia stupňa dekubitu a základného ochorenia pacienta volíme liečbu. S cieľom zlepšenia komplexného stavu pacienta sa pri konzervatívnej liečbe zameriavame na elimináciu tlaku, výživu, odstránenie nekrózy, bojujeme proti infekcii, podporujeme granuláciu a epitelizáciu a odstraňujeme bolesť (Hlinková et al., 2015, s. 191 - 192).

V oblasti problematiky ošetrovania dekubitov je najúčinnším spôsobom starostlivosti prevencia. Stryja (2011, s. 86) uvádza, že *„dobře organizovaná a vysoko profesionálna ošetrovateľská starostlivosť zohráva zásadnú úlohu nielen pri terapii dekubitov, ale predovšetkým v ich prevencii“*.

V rámci komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti má prevencia zásadný význam. K základným okruhom prevencie vzniku dekubitov patrí dôsledné posúdenie pacienta (odber anamnézy od pacienta, rodiny), identifikácia rizikového pacienta (vyhodnotenie rizika vzniku dekubitu za pomoci škál), posúdenie stavu predilekčných miest denne a pri zmene polohy pacienta (nemasírovanie začervenaných miest), posúdenie hydratácie a nutricie (sledovanie príjmu a výdaja tekutín), monitorovanie, posudzovanie a vyhodnocovanie liečby bolesti, zabezpečenie profesionálnej hygienickej starostlivosti (ochranná kozmetika, výmena osobnej a posteľnej bielizne), eliminovanie tlaku polohovaním pacienta (využitie antidekubitárnych pomôcok), edukovanie a rehabilitácia pacienta (Hlinková et al., 2015, s. 195 - 200).

Zvýšenie kvality zdravotnej starostlivosti znamená minimalizovanie počtu dekubitov. Liečba už vzniknutého dekubitu môže trvať týždne i mesiace, podľa stupňa a rozsahu postihnutia, no predovšetkým má negatívny vplyv na psychický i sociálny stav pacienta. Zodpovednosť za hodnotenie, realizovanie intervencií v prevencii dekubitov závisí od sestier a vyžaduje si multidisciplinárny prístup (NPUAP, EPUAP, 2014, s. 86 - 87).

Liečba dekubitov je náročný a zložitý komplex opatrení, ktoré sa týkajú ako úpravy celkového zdravotného stavu, tak ošetrovateľskej starostlivosti o vlastný defekt. Najčastejšie sa terapia zameriava na kompenzáciu srdcového zlyhania, anémie, hypoproteinémie, diabetu, liečbu infekcie a úpravu homeostázy vnútorného prostredia. Všetky preventívne opatrenia sú málo účinné a vzniknuté dekubity sa zle hoja v prípade, že nedôjde k normalizácii celkového zdravotného stavu pacienta.

Sestry pracujúce v ADOS vykonávajú u klientov preväzy, polohovanie a prevenciu dekubitov, odbery biologického materiálu na laboratórne vyšetrenia, podávajú injekčnú i infúziu terapiu. Sestry sa snažia zaučiť rodinných príslušníkov v starostlivosti o člena rodiny, edukujú príbuzných v oblasti stravovania, hygieny, polohovania, podávania stravy i liekov. Ošetrovanie dekubitov je veľmi náročné. Vyžaduje si zručnosť sestry, podporu rodiny, ale aj systémovosť opatrení. V domácom prostredí má dekubit ošetrovať kvalifikovaná sestra. V ADOS prácu riadi a koordinuje sestra - manažérka, ktorá má na starosť režim agentúry, prideluje pacientov sestrám. Liečba dekubitov je individuálna a určuje ju lekár (Cibulková, 2013).

V lôžkových zdravotníckych zariadeniach sestry ošetrojú dekubity podľa ordinácie dermatológa alebo dekubitovej sestry. Cieľom sestry je podporovať obnovenie zdravia u pacienta zhojením dekubitov, získaním sebestačnosti, ako aj pôsobiť preventívne na následky choroby z imobility a dostupnými prostriedkami zabrániť vzniku ďalších komplikácií a sekundárnych zmien u pacienta, čím sa zvýši jeho kvalita života.

V terapii sa volí prístup konzervatívny, chirurgický alebo alternatívny, neraz sa tieto prístupy kombinujú. Medzi hlavné princípy v liečbe dekubitov patrí eliminácia tlaku, odstránenie nekrózy, boj proti infekcii, odstránenie bolesti, podpora granulácie, krytie rany a minimalizácia rizikových faktorov.

Konzervatívna liečba dekubitov sa využíva u pacientov, ktorí nie sú indikovaní k operácii. Tento typ terapie spočíva v systematickom vykonávaní preventívnych postupov, v lokálnej antiseptickej liečbe, vo vlhkom hojení rán, v debridemente, v priebežnom hodnotení rany a následne v psychoterapii a liečbe bolesti. Preväz rany sa vykonáva z dôvodu kontroly rany pri presiaknutí krytia, k aplikácii terapeutických materiálov a k naplánovaniu ďalšieho liečebného postupu. Každé zdravotnícke

pracovisko má tzv. štandard ošetrovateľskej starostlivosti, ktorý presne stanovuje podmienky a postup pri preväzoch (Stryja, 2011, s. 58).

Cieľom každého preväzu rany je zaistenie vhodných podmienok na povrchu rany, ktoré povedú ku skorému zhojeniu defektu, zmierneniu bolesti a zabezpečeniu psychickej pohody pacienta. Preväz musí prebiehať za prísne sterilných podmienok, aby nedochádzalo k prenosu nozokomiálnych nákaz.

Fázy ošetrovania (Pejznochová, 2010; McInnes et al., 2011, s. 8):

- ošetrovanie vo fáze čistenia - cieľom je vyčistenie spodiny rany. Malo by byť odstránené nekrotické tkanivo chirurgickým debridementom, ak to nie je možné, možno vykonať vlhkú terapiu.
- ošetrovanie vo fáze granulácie - používa sa pri čistení spodiny rany, dochádza k tvorbe granulačného tkaniva. Ak rana vyschne, bunky odumierajú a dôjde k strate tkaniva. Tkanivo musí byť chránené pred poškodením pri výmene obväzu. Hydroaktívne krytie chráni tkanivo pred vyschnutím a pred traumatizáciou, obsahuje vysoký podiel vody, tým udržuje vlhké prostredie.
- ošetrovanie vo fáze epitelizácie - všetky chronické rany sa vyznačujú zlou tendenciou k spontánnej epitelizácii. Ak sa na povrchu vredu vytvorí suchá chrasta, proces hojenia sa preruší, preto je nutné predchádzať tejto chraste skrz vlhké prostredie. Čistú ranu so zdravým granulačným tkanivom možno uzavrieť pomocou transplantácie kožným štepom alebo plastikou. V niektorých prípadoch je úspešná lokálna aplikácia rastových faktorov.

Chirurgická liečba dekubitov vyžaduje komplexnú starostlivosť o pacienta. Vedľa samotného chirurgického zákroku je viazaná aj na adekvátnu liečbu a prevenciu infekcií, nielen rany, ale aj ďalších systémov napríklad respiračného, urogenitálneho. Okrem kontroly a zabezpečenia stálej mikrocirkulácie postihnutej oblasti, ktorá je daná aj vhodným polohovaním pred operáciou a po operácii, obväzové techniky a zabezpečenie všetkých vitálnych funkcií je dôležitým faktorom aj prísun základných nutričných substrátov, tekutín, vitamínov a minerálov. Pre chirurgickú liečbu sú indikované dekubity III. a IV. štádia (Stryja, 2011, s. 56).

Existuje aj niekoľko alternatívnych spôsobov liečba dekubitov – systémom V.A.C. (Vacuum Assisted Closure - uzavretým podtlakovým systémom), ozónová terapia, fototerapia, larválna terapia, ale aj využitie hyperbarickej oxygenoterapie (Stryja, 2013, s.141).

Cieľ práce

Hlavným cieľom nášho príspevku je porovnať ošetrovateľskú starostlivosť o dekubity v lôžkových nemocničných zariadeniach a v ADOS a zistiť prípadné rozdiely.

Stanovili sme si nasledovné čiastkové ciele:

- Zistiť, aké sú dostupné materiály na ošetrovanie dekubitov v lôžkových zdravotníckych zariadeniach a v ADOS.
- Zistiť, či sestry poznajú a do akej miery využívajú systém vlhkého hojenia rán.
- Zistiť, či majú sestry na pracovisku vypracovaný štandard ošetrovateľskej starostlivosti o dekubity.

Metodika

Na zber údajov sme použili dotazník vlastnej konštrukcie, ktorý pozostával z 26 dichotomických a polytomických otázok a jednej hodnotiacej škály. Prieskum sme realizovali v 12 agentúrach domácej ošetrovateľskej starostlivosti z rôznych krajov Slovenska a v 2 nemocniciach z Trenčianskeho kraja.

Súbor

Základný súbor tvorili sestry pracujúce v lôžkových zdravotníckych zariadeniach a v ADOS. Celkovo sa prieskumu zúčastnilo 103 respondentov, z toho 51 respondentov z ADOS a 52 respondentov z nemocníc.

Súbor respondentov z ADOS tvorili prevažne ženy v počte 44 (86%) a 7 mužov (14%). Vek respondentov v tomto súbore sa pohyboval v rozpätí od 24 do 59 rokov, priemerný vek respondentov bol 40 rokov. Dĺžka praxe respondentov sa pohybovala v rozpätí od 2 do 41 rokov, priemerná dĺžka praxe bola 17 rokov.

Súbor respondentov z lôžkových zdravotníckych zariadení tvorili ženy v počte 48 (92%) a 4 muži (7%). Vek respondentov sa pohyboval v rozpätí od 21 do 58 rokov, priemerný vek respondentov bol 35 rokov. Dĺžka praxe sa pohybovala v rozpätí od 1 do 38 rokov, priemerná dĺžka praxe bola 12 rokov.

Výsledky a diskusia

Respondentov sme sa pýtali, či je na ich pracovisku vedené dokumentovanie (písomné alebo elektronické) dekubitov. Zistili sme, že dokumentácia dekubitov je vedená ako v ADOS (100%), tak i v nemocnici (96%). Ďalej sme sa respondentov pýtali, či zaznamenávajú dekubity na pracovisku pomocou fotografií. Zaznamenávanie dekubitov na pracovisku pomocou fotografie potvrdilo 73% respondentov v ADOS a 75% respondentov v nemocniciach. Daumann (2009, s. 23) považuje vedenie ošetrovateľskej dokumentácie za garanciu poskytovania kvalitnej zdravotnej starostlivosti spolu s odbornou vykonaným ošetrením rany. Tiež považuje vedenie dokumentácie dekubitu za neoddeliteľnú súčasť ošetrovateľskej dokumentácie. Systematickú fotodokumentáciu dekubitov považuje Lipták (2008, s. 372) za dôležitú najmä v komunikácii so špecialistami, ale aj so zdravotnými poisťovňami. Podľa Chamanga a Warda (2015, s. 57) je fotodokumentácia alebo videodokumentácia pri prijatí pacienta dôležitá a pomáha neskôr vyhodnotiť, či sa dalo zabrániť vzniku dekubitu preventívnymi opatreniami.

Respondentov sme sa ďalej pýtali, čo všetko hodnotia pri vzniknutom dekubite. Respondenti mohli označiť aj viac odpovedí, podrobne výsledky zobrazuje tabuľka 1.

Tabuľka 1 Parametre hodnotenia dekubitu

	ADOS		Nemocnica	
	n	%	n	%
Stupeň dekubitu	51	100%	49	94%
Miesto vzniku dekubitu	20	39%	47	90%
Lokalizácia rany	51	100%	50	96%
Tvar rany	45	88%	49	94%
Veľkosť rany	17	33%	41	79%
Sekrét rany	22	43%	38	73%
Sekrécia rany	34	66%	43	83%
Okolie rany	45	88%	47	90%
Spodina rany	33	64%	37	71%
Fáza hojenia rany	42	82%	43	83%
Iné	2	4%	0	0%

Pri hodnotení dekubitu ako prioritné parametre respondenti z ADOS a uviedli stupeň dekubitu a lokalizáciu rany (100% respondentov). Respondenti z nemocničných zariadení taktiež uviedli lokalizáciu rany (96%), stupeň dekubitu a tiež tvar rany (94%). Najväčší rozdiel bol v hodnotení miesta vzniku (hodnotí 39% respondentov z ADOS a 90% respondentov z nemocnice) a veľkosti rany (hodnotí 33% respondentov z ADOS a 79% respondentov z nemocnice). Hodnotenie rany je prvým zásadným krokom k úspešnej liečbe dekubitu, pretože ošetrovanie rany sa líši v závislosti od stupňa hojenia. Balková a Vincze (2016, s. 29) uvádzajú, že maximálnu pozornosť treba venovať pri posudzovaní rany spodine rany, pretože podmieňuje výber prostriedkov k lokálnemu ošetrovaniu rany. Kontinuum hojenia rany je založené na rozpoznaní farby, ktorá na spodine prevažuje a je pre hojenie rany najdôležitejšia. V našom prieskume fázu hojenia rany posudzuje 82% respondentov z ADOS a 83% respondentov z nemocnice a spodinu rany posudzuje 64% respondentov z ADOS a 71% respondentov z nemocnice. Hodnotenie spodiny rany bolo medzi respondentmi v nemocnici najmenej častou odpoveďou.

Ďalej sme zisťovali, či majú respondenti z ADOS a nemocníc na jednotlivých pracoviskách vypracovaný štandard ošetrovateľskej starostlivosti o dekubity. Vypracovaný štandard ošetrovateľskej starostlivosti o dekubity na pracovisku uviedlo 78% respondentov z ADOS a 86% respondentov z nemocnice.

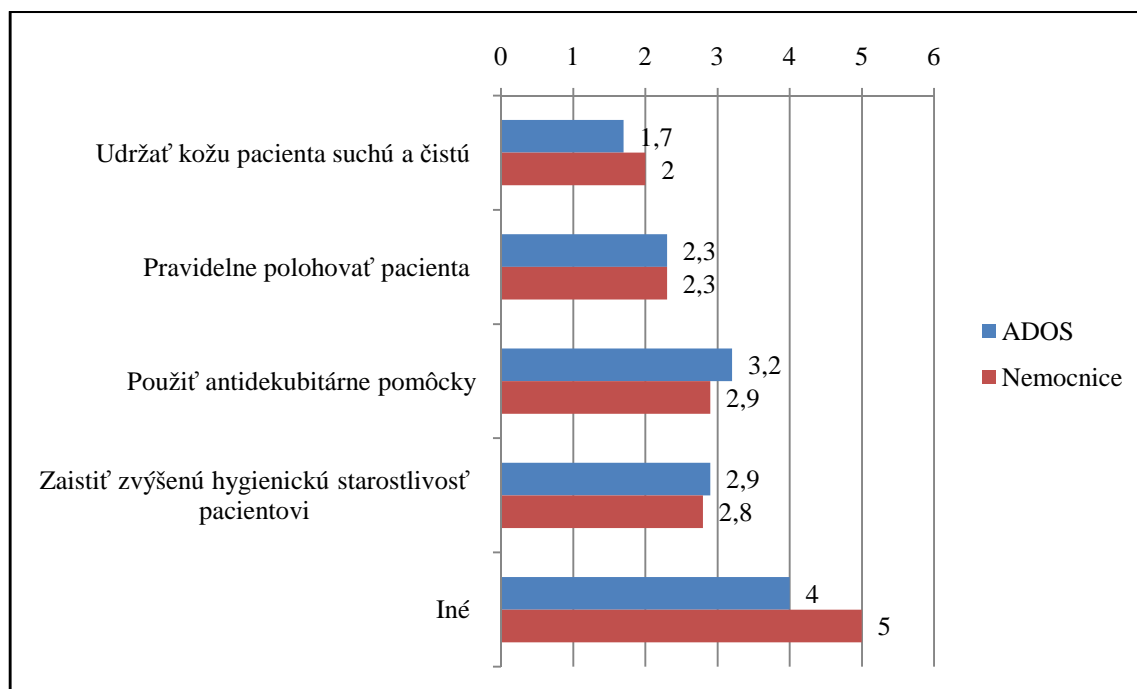
Respondentov sme sa pýtali, ktoré ošetrovateľské intervencie si zvolia, keď u pacienta vyhodnotia riziko vzniku dekubitu. Respondenti mali priradiť k uvedeným možnostiam číslo od 1 do 5, kde 1 = najdôležitejšie, 2 = veľmi dôležité, 3 = sčasti dôležité, 4 = menej dôležité a 5 = najmenej dôležité. Výsledky sú zobrazené v tabuľkách 2 a 3 a priemerné hodnoty sú porovnané v grafe 1.

Tabuľka 2 Ošetrovateľské intervencie v ošetrovateľskom pláne pri riziku vzniku dekubitov - ADOS

ADOS	1		2		3		4		5		Priemer	Modus
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Udržať kožu pacienta suchú a čistú	25	50%	19	37%	5	10%	2	3%	0	0%	1,7	1
Pravidelne polohovať pacienta	9	18%	19	37%	20	39%	3	6%	0	0%	2,3	2
Použitie antidekubitárnych pomôcky	6	12%	4	8%	18	35%	22	43%	1	2%	3,2	4
Zaistiť zvýšenú hygienickú starostlivosť pacientovi	10	20%	9	17%	8	16%	24	47%	0	0%	2,9	3
Iné	1	2%	0	0%	0	0%	0	0%	3	6%	4,0	5

Tabuľka 3 Ošetrovateľské intervencie v ošetrovateľskom pláne pri riziku vzniku dekubitov - nemocnice

NEMOCNICA	1		2		3		4		5		Priemer	Modus
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Udržať kožu pacienta suchú a čistú	19	36%	15	29%	14	27%	4	7%	0	0%	2,0	1
Pravidelne polohovať pacienta	13	25%	16	31%	17	32%	6	12%	0	0%	2,3	2
Použiť antidekubitárne pomôcky	11	21%	6	12%	14	27%	21	40%	0	0%	2,9	4
Zaistiť zvýšenú hygienickú starostlivosť pacientovi	9	17%	15	29%	7	14%	21	40%	0	0%	2,8	3
Iné	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	4%	5,0	5



Graf 1 Ošetrovateľské intervencie v ošetrovateľskom pláne pri riziku vzniku dekubitov – porovnanie ADOS a nemocnice

Grancová (2008, s. 28) uvádza, že základom preventívnych opatrení je odhad rizika vzniku dekubitu u pacienta a určiť ošetrovateľský plán a realizáciu terapie. Kožu pacienta je nutné udržiavať v čistote

umývaním hydratačným maslom a osušením tlakom. Kožu je nutné chrániť pred vlhkosťou. Ďalšou nevyhnutnosťou je aj polohovanie pacienta v posteli, aby sme zabránili tlaku na jedno miesto.

Smolíčková, Matišáková (2016, s.73) vo svojom prieskume realizovanom v zdravotníckych a sociálnych zariadeniach zistili, že sestry ako najdôležitejšie intervencie v prevencii dekubitov uviedli pravidelné polohovanie, používanie antidekubitárnych pomôcok a udržiavanie suchej a čistej kože.

Respondentov sme sa pýtali, ktoré postupy pri liečbe dekubitov používajú. Výsledky sú uvedené v tabuľke 4.

Tabuľka 4 Postupy používané pri liečbe dekubitov

	ADOS		Nemocnica	
	n	%	n	%
Prevažne klasické postupy	11	22%	33	64%
Prevažne systém vlhkého hojenia rán	40	78%	19	36%
Spolu	51	100%	52	100%

Zistili sme, že sestry v ADOS preferujú prevažne systém vlhkého hojenia rán pri liečbe dekubitov (78%) a v nemocnici sestry preferujú prevažne klasické postupy (64%). Kráľová a Kulašníková (2013, s.52) uvádzajú, že súčasným moderným štandardom všetkých sekundárne sa hojajúcich defektov je metóda vlhkého hojenia rán. Vlhké hojenie má v liečbe tkanivových defektov viacero výhod. Spoľahlivo absorbuje exsudáty, podporuje granulačný a epitelizačný proces, pridané substancie môžu mať spoľahlivý dezinfekčný a analgetický efekt, chráni ranu pred infekciou a stimuluje samočistenie rany. Výhodou je aj bezbolestnosť preväzu pri absencii adherencie obväzu na ranu.

Zisťovali sme tiež, ktoré druhy materiálov používajú pri liečbe dekubitov. Respondenti mohli označiť viac odpovedí a výsledky uvádzame v tabuľke 5.

Tabuľka 5 Druhy materiálov používané pri liečbe dekubitov

	ADOS		Nemocnica	
	n	%	n	%
Algináty	12	24%	10	19%
Algináty so striebrom	35	69%	32	62%
Aktívne uhlie	19	37%	14	27%
Aktívne uhlie so striebrom	14	28%	10	19%
Hydrogély	42	82%	37	71%
Koloidy, hydrofiber	29	57%	24	46%
Peny	26	51%	29	56%
Peny so striebrom	8	16%	9	17%
Sterilné krytie	40	78%	40	77%
Iné	4	8%	1	2%

Respondenti z ADOS uviedli ako najpoužívanejší druh materiálov pri liečbe dekubitov hydrogély (82%) a sterilné krytie (78%). Respondenti z nemocníc ako najpoužívanejší druh materiálov pri liečbe dekubitov uviedli taktiež sterilné krytie (77%) a hydrogély (71%). Pri preferovaných materiáloch v systéme vlhkého hojenia, ako aj najčastejších materiáloch používaných pri liečbe dekubitov sme nenašli medzi zariadeniami významné rozdiely. Preferencia systému vlhkého hojenia dekubitov pravdepodobne súvisí aj s materiálnym vybavením, ktoré majú sestry k dispozícii. Po prepustení pacienta z hospitalizácie a ošetrovaní prostredníctvom ADOS sú k dispozícii rôzne modernejšie materiály po predpise všeobecným lekárom, prípadne špecialistom.

Respondentov sme sa taktiež pýtali, či majú záujem o semináre týkajúce sa problematiky starostlivosti o dekubity. Záujem o tieto semináre prejavilo 92% respondentov z ADOS a 83% respondentov z nemocníc.

Záver

Ošetrovateľská starostlivosť o pacienta s dekubitom predstavuje finančne aj personálne náročnú časť zdravotnej starostlivosti. Rešpektovanie prirodzeného sociálneho prostredia pacienta vedie k zvyšujúcemu sa počtu pacientov ošetrovaných v domácom prostredí kvalifikovanými pracovníkmi ADOS. Výsledky realizovaného výskumu umožnili identifikovať niektoré zásadné rozdiely medzi ošetrovateľskými postupmi pri liečbe dekubitov medzi lôžkovým nemocničným zariadením a formou ADOS. Analýza zistených rozdielov a faktorov, ktoré na ne pôsobia umožňuje aplikáciu do praxe najmä lokálne v jednotlivých zariadeniach. Plošná zmena manažmentu pacienta s dekubitom si vyžaduje systematické zmeny v oblasti legislatívy a financovania zdravotnej starostlivosti.

Literatúra

BALKOVÁ, H., VINCZE, O. (2016) Chronické rany a možnosti ich terapie. In *Revue medicíny v praxi*. 2016, roč. 14, č. 1, s. 29-30, ISSN 1336-202X.

CIBULKOVÁ, M. (2013) *Ošetrovanie dekubitov patrí do rúk sestier*. [online]. 2013. [citované 2017-01-22]. Dostupné na internete: <<https://www.slovenskypacient.sk/phdrcibulkova-osetrovanie-dekubitov-patri-do-ruk-sestier>>

DAUMANN, S. (2009) *Wundmanagement und Wunddokumentation*. 3. Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag, 2009, 145 s. ISBN 978-3-17-020558-1.

EPUAP (2014) National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. In *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*. Cambridge Media: Osborne Park, Western Australia; 2014, 75 p. ISBN 978-0-9579343-6-8.

GRANCOVÁ, K. (2008) Prevencia a liečba dekubitov. In *Paliatívna medicína a liečba bolesti*. 2008, roč. 1, č. 1, s. 26-29, ISSN 1337 – 6896.

HLINKOVÁ, E., NEMCOVÁ, J., MIERTO VÁ, M. a kol. (2015) *Nehojace sa rany*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2015, 284 s. ISBN 978-80-8063-433-9.

CHAMANGA, E., WARD, R. (2015) Dokumentation and record – keeping. [online]. 2015. [citované 2017-01-30] In: *pressure ulcer management*. Dostupné na internete: <<http://journals.rcni.com/doi/pdfplus/10.7748/ns.29.36.56.e9674>>

KRAJČÍK, Š., BAJANOVÁ, E. (2012) *Dekubity prevencia a liečba v praxi*. 1. vyd. Bratislava: Herba, 2012, 85 s. ISBN 978-8089171-95-8.

KRÁĽOVÁ, E., KULAŠNÍKOVÁ, Z. (2013) Možnosti prevencie a terapie dekubitov. *In Praktický lékař*. 2013, roč. 3, č. 3, s. 51-54, ISSN 1338-3132.

LIPTÁK, P. (2008) Liečba chronických rán a dekubitov - kazuistiky z praxe všeobecného lekára. *In Via Practica*, 2008, roč. 5, č. 9, s. 372-375, ISSN 1336-4790.

McINNES, E. et al. (2011) Support surfaces for pressure ulcer prevention. [online]. 2011. [citované 2016-12-17]. *In Cochrane Database of Systematic Reviews*. ISSN 1469-493X, 2011, vol. 43, no. 9. Dostupné z: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26333288>>

PEJZNOCHOVÁ, I. (2010) *Lokální ošetřování ran a defektů na kůži*. Praha: Grada, 2010, 76 s. ISBN 978-802-4726-823.

SMOLÍČKOVÁ, L., MATIŠÁKOVÁ, I. (2016). Dekubity ako ošetrovateľský problém v geriatrici. *In Zdravotnícke listy*, 2016, roč. 4, č. 3-4, s. 72-76, ISSN 1339-3022.

STRYJA, J. (2013) Nové trendy v antimikrobiální terapii. [online]. 2013. [citované 201610-06]. *In Interní medicína*. ISSN 1212-7299, 2013, vol. 15, 3-4, p. 139-141. Dostupné z: <<http://www.internimedica.cz/pdfs/int/2013/03/13.pdf>>

STRYJA, J. et al. (2011) *Repetitorium hojení ran 2*. 1. vyd. Semily: Geum, 2011, 371 s. ISBN 978-80-86256-79-5.

Kontaktná adresa

PhDr. Katarína Gerlichová, PhD.
Fakulta zdravotníctva
Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne
Študentská 2
911 50 Trenčín
katarina.gerlichova@tnuni.sk

BEZPEČNÉ PŘEDÁNÍ – BEZPEČÍ PACIENTA

¹Petr Snopek, ²Mária Popovičová, ³Lada Cetlová, ¹Barbora Plisková, ⁴Pavel Kůřil

¹Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd

²Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety

³Vysoká škola polytechnická Jihlava, Katedra zdravotnických studií

⁴Fakultní nemocnice Brno

Souhrn:

Předávání služby mezi sestrami je potencionálním nebezpečím pro kvalitu poskytované péče. Příchozí sestry do služby potřebují přesné informace o současném stavu pacienta. Předávání těchto informací v rámci týmu je však často turbulentní a časově omezené. Autoři příspěvku předkládají parciální výsledky kvalitativního výzkumného šetření, jehož cílem bylo analyzovat proces předávání služby mezi sestrami a identifikovat rušivé elementy při procesu předávání informací. Sledovaným souborem byli sestry pracující na čtyřech standardních odděleních, ve čtyřech vybraných zdravotnických zařízeních. Sestry pracovali ve 12 hodinových směnách a pečovali v průměru o 12 pacientů. Analýza získaných dat ukázala, že během sledovaných předání služeb bylo zaznamenáno 136 rušivých elementů. V rámci přechodu z noční na denní směnu (předání trvalo podstatně kratěji než večerní) bylo zaznamenáno 49 (36 %) narušení, v rámci přechodu na noční službu 87 (64 %) rozptýlení. Při 29 (36 %) předání nedošlo k žádnému narušení. Nejčastějším rušivým činitelem byl lidský faktor, vyzvánění telefonu a hluk v pozadí.

Klíčová slova: komunikace, bezpečné předání, všeobecná sestra, management kvality

SAFE HANDOVER – SAFE PATIENTS

Summary:

End-of-shift handover among nurses presents a potential hazard to the quality of care provided. The oncoming nurses need accurate information about the current state of the patient. However, passing such information within the team is often turbulent and time-limited. The authors of the paper present partial results of a qualitative research survey aimed at analysing the process of end-of-shift handover among nurses and identifying disruptive factors in the information transmission process. The sample group were nurses working in four standard departments in four selected medical facilities. The nurses worked 12 hour shifts and cared for an average of 12 patients. The analysis of the data obtained showed that there were 136 disruptive factors recorded during the end-of-shift handover. In the night-to-day shift handover (the information transmission was much shorter than the day-to-night shift handover) 49 (36%) disruptive factors were recorded, while there were 87 (64%) disruptive factors within the day-to-night shift handover. In 29 (36%) handovers there were no interfering factors recorded. The most common interfering or disruptive factors were the human factor, phone ringing and background noise.

Key words: Communication, Safe handover, Nurse, Quality management

Úvod

Poskytování korektní a bezpečné zdravotní péče je pro zdraví pacientů velmi důležité. V současné době řada otázek zpochybňuje poskytování bezpečné péče, a proto je vyvíjeno mnoho osobních a organizačních strategií na podporu bezpečnosti pacientů.

Před několika lety lidé absolutně věřili, že nemocnice je bezpečné místo pro léčbu. Začátkem devadesátých let vzbudily výsledky studie provedené Harvardskou univerzitou ve Velké Británii první obavy týkající se bezpečnosti pacientů. Výsledky této studie ukázaly, že v průběhu její realizace bylo 98 000 pacientů způsobeny vážné komplikace nebo újma v důsledku pochybení zdravotníků. Padesát sedm procent těchto pacientů se o měsíc později zotavilo ze zranění, sedm procent se setkala s dlouhodobými komplikacemi a čtrnáct procent zemřelo. Důležitým faktem bylo, že 69 % těchto chyb bylo možné předejít (Cullen, Bates, Leape, 2000).

V návaznosti na tuto studii vydal Institut medicíny, Výbor pro kvalitu zdravotní péče v Americe (2000) zprávu, která výrazně překvapila poskytovatele zdravotní péče a zvláště pacienty. Ve zprávě s názvem "Mýlit se je lidské - budování bezpečnějšího zdravotního systému" bylo prezentováno, že lékařské chyby způsobují každoročně v nemocnicích ve Spojených státech cca v 98 000 případech úmrtí. Tato statistika změnila postoj veřejnosti k bezpečnosti léčebných postupů a vyvolala mnoho politických snah nejen v Americe, aby našla rizikové faktory pro lékařské chyby a zlepšila tak bezpečnost pacientů.

Podle nové studie jsou lékařské chyby třetí nejčastější příčinou smrti ve Spojených státech. Ve Spojeném království nedávné odhady ukazují, že v průměru každých 35 sekund je hlášena jedna incidence poškození pacienta (World Health Organization, 2017). Rovněž studie prováděné Joint Commission International (JCI) ukázaly, že špatná komunikace byla hlavním rizikovým faktorem pro 65 % kontrolních událostí (World Health Organization, 2009). Informační komunikace je opakující se proces mezi poskytovateli zdravotní péče. Jedním z příkladů takové komunikace ve zdravotnických zařízeních je „předávání služby“ mezi sestrami. Efektivní předání usnadňuje kontinuitu péče a zvyšuje bezpečnost pacienta. Předání služby mezi odcházející a nastupující směnou je společnou tradicí mezi sestrami a klíčovým momentem v práci sestry. Je velmi důležité vědět a předat, co pacient dělal v předchozích osmi nebo dvanácti hodinách.

Primárním cílem předání směny je sdělení klinických informací o pacientech pro zajištění kontinuální, bezpečné a vysoce kvalitní péče. Špatná informační komunikace během nestandardního a neúčinného předání směny může ohrozit bezpečnost pacienta. Standardní a efektivní dovednosti v oblasti předávání a komunikace v oblasti informovanosti se v průběhu kvalifikačního vzdělávání formálně bohužel neučí. Sestry se naučí tyto dovednosti až během své každodenní praxe.

Efektivní komunikace v oblasti informací je tak významná, že už v roce 2005 americký výbor pro bezpečnost odkazoval na standardizaci informačního komunikačního procesu v systému zdravotní péče jako na druhý národní bezpečnostní cíl (Hardey, Payne, Coleman, 2000). Tento cíl zdůraznil sdělování aktuálních a věrohodných informací s minimálním narušením procesu předávání směny. Pro dosažení tohoto cíle bylo vytvořeno mnoho nástrojů jako je např. „SHARQ“, "5P" a "SBAR".

Typ, forma a rozsah předávání se odvíjí od požadavků zdravotnického zařízení a charakteru onemocnění pacientů. K neformální výměně informací dochází v ošetrovatelském týmu neustále. Pracovníci si mezi sebou sdělují nejen informace o nemocných, ale také jejich zkušenosti s ošetřováním těchto pacientů.

Cíl práce

Cílem výzkumného šetření bylo popsat a analyzovat proces předávání služby mezi sestrami a identifikovat rušivé elementy při procesu předávání informací.

Metodika

Pro realizaci výzkumného šetření byl zvolen kvalitativní přístup a současně bylo toto šetření pojato jako pilotní studie. Pro získání co nejobjektivnějších a nejvalidnějších dat byla zvolena metoda skrytého zúčastněného pozorování. Před sběrem dat proběhla schůzka pozorovatelů, na které byla diskutována a ujasněna problematika samotného šetření. Výsledky pozorování byly zaznamenávány do pozorovacího archu, který obsahoval 10 položek. Při zpracování výsledků šetření jsme vycházeli z 80 kompletně vyplněných pozorovacích archů. Všechna data byla získána při předávání služby v rámci cyklu 12 hodinových směn. 40 pozorování proběhlo v ranních hodinách a 40 při převzetí noční služby.

Soubor

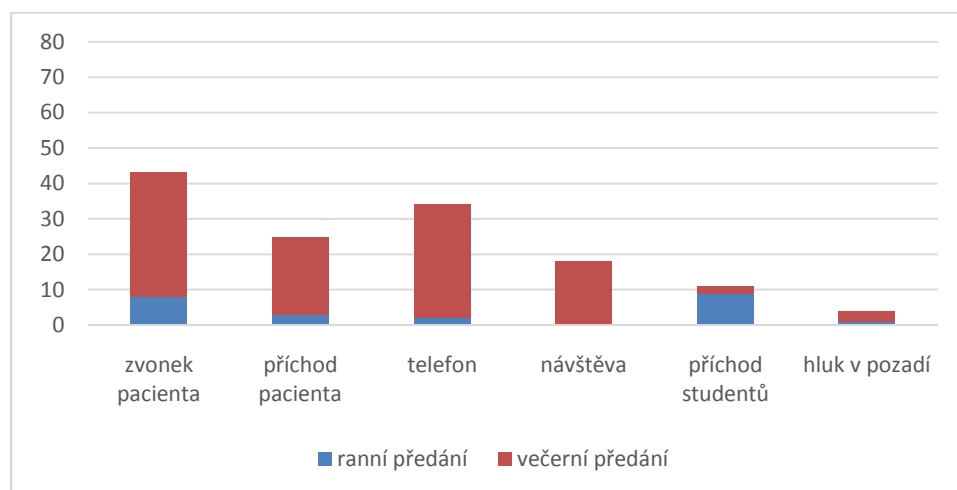
Sledovaným souborem byly sestry pracující na čtyřech standardních odděleních, ve čtyřech vybraných zdravotnických zařízeních. Sestry pracovaly ve 12 hodinových směnách a pečovaly v průměru o 12 pacientů.

Výsledky výzkumu

Níže jsou prezentovány výsledky na úrovni první analýzy. Vzhledem k omezeným možnostem příspěvku budou níže prezentovány pouze parciální výsledky výzkumného šetření.

Charakteristickým rysem procesu předávání služby byla skutečnost, že všechna předání (100 %) proběhla „tváří v tvář“. Během předání bylo zaznamenáno 136 (100 %) rušivých elementů viz Tab.1. V rámci přechodu z noční na denní směnu (předání trvalo podstatně kratěji než večerní) bylo zaznamenáno 49 (36 %) narušení, v rámci přechodu na noční službu 87 (64 %) rozptýlení. Při 29 (36 %) předání nedošlo k žádnému narušení. Nejčastějším rušivým činitelem byl lidský faktor (příchod či zvonek pacienta, zvonění návštěvy, příchod studentů), vyzvánění telefonu (pracovní i soukromý) včetně příchodu SMS a dále hluk v pozadí (v jednom případě dokonce zvuk rádia).

Obr. 1 Zdroj rozptýlení



Místem výměny informací byla ve 100 % pracovní sestry. V jednom případě došlo k předání části informací také u lůžka pacienta. Tento způsob převzetí informací považujeme za efektivnější, neboť sestra přebírající službu se může doptat na informace samotného pacienta. Takto může získat nejaktuálnější informace z „přímého zdroje“.

Počet osob přítomných při výměně služby byl průměrně 6,5 osoby. V poměru ranní/večerní předání byl větší počet osob přítomen rannímu předávání služby.

Kromě částečně strukturované prezentace informací, docházelo také k neformální výměně informací, které poskytovaly kontextuální informace pro kontinuální průběh péče. Službu končící sestra např. požádala příchozí sestru, aby odeslala po úpravě lékařem opravený formulář pro překlad pacienta.

Pouze v necelých 10 %, konkrétně u 7 předání došlo výhradně ke sdělení ošetřovatelské diagnózy pacienta. Přitom pro sestru přebírající službu by to měly být klíčové informace o aktuálních problémech, které bude muset pravděpodobně během své nadcházející pracovní doby řešit.

Zapisování si poznámek během předávání služby v rámci sběru dat, bylo zaznamenáno u všech sester pouze na jednom pracovišti. Na ostatních pracovištích pouze u velmi malého počtu sester. Poznámky si zapisovaly především ty sestry, které měly delší časový prostor mezi jednotlivými službami. Ve všech pozorovaných případech došlo k předání informací formou ústní a písemnou.

Diskuse

Výsledky šetření analyzovaly proces předávání služby mezi sestrami a identifikovaly rušivé elementy při procesu předávání informací. Zjistili jsme, že rozptýlení bylo častější při výměně služby ve večerních hodinách. Nejvíce rušivým elementem byl lidský faktor (pacienti, návštěvy). Doporučení jak omezit rozptýlení osob během předávání informací není jednoduché. Pezzolesi et al. (2013) zdůrazňuje, že týmová práce a situační uvědomění přispívají ke kvalitě předání. Jeden člen týmu by tedy mohl převzít za předávajícího člena týmu jeho roli během předávání informací.

Přenos informací během předávání služby mezi sestrami bývá primárně charakterizován jako jednosměrný přenos informací. Naše analýza prokázala, že předání těchto informací je částečně také interaktivní proces. Velmi často došlo k neverbálnímu či minimálnímu verbálnímu potvrzení příjmu informace (slovo „OK“).

Rozsypalová a Šafránková (2002) uvádí, že forma předávání služby může být různá, vždy však písemná i ústní. Ve všech námi sledovaných případech tomu tak bylo. Vzhledem k současnému poznání a možnostem v rámci informačních technologií by bylo určitě prospěšné využívat při procesu předávání informací i těchto elektronických nástrojů. Vedení ošetřovatelské dokumentace prostřednictvím výpočetní techniky samozřejmě nenahradí ostatní významné složky léčebné péče, ale informační technologie moderní medicíny jsou důležité tím, že umožňují a zkvalitňují rutinní prvky mentální práce (Popovičová, 2015). Písemná forma komunikace ať už prostřednictvím informačních technologií nebo standardním zápisem v dokumentu řízené dokumentace může pomoci zdravotníkovi při organizaci svých myšlenek, při předávání klinických informací a prezentaci důležitých detailů. Umožňuje také přijímající straně, aby měla papírovou nebo počítačem vygenerovanou kopii informací. Nicméně, písemná komunikace postrádá subjektivní interpersonální aspekt verbální komunikace. Nejúčinnější přenos informací o pacientech zahrnuje jak slovní tak písemné komponenty.

Neadekvátní organizace informací předávajícím a nedostatečná pozornost přijímajícího jsou dvě významné překážky pro efektivní přenos zásadních informací. Z tohoto důvodu by bylo vhodné využívat jasně strukturované formy komunikace, které lze dosáhnout prostřednictvím mnoha nástrojů jako je např. „SHARQ“, „5P“ a „SBAR“. Komunikace za pomoci těchto nástrojů může být verbální i písemná. V našich podmínkách využívání těchto nástrojů není obvyklé. Jistě by však stálo za to pokusit se implementovat tyto nástroje bezpečnější komunikace do reality ošetřovatelské péče.

Závěr

Efektivní klinická praxe zahrnuje mnohé případy, kdy podstatné a rozhodující informace musí být sděleny přesně. Pokud nebudou zdravotníci efektivně komunikovat, bezpečnost pacientů je ohrožena z několika důvodů. Např. z nedostatku podstatných informací, z nesprávné interpretace informací aj. Zajištění bezpečného zdravotnického prostředí pro pacienty se musí stát charakteristickým znakem poskytované péče. Zlepšením procesu přenosu informací mezi členy týmu lze optimalizovat péči, kterou pacienti přijímají. V ideálním případě bude proces bezproblémový. Všichni zdravotníci nejen sestry se musí snažit udržovat a zlepšovat své komunikační schopnosti a kompetence a to nejen ve vztahu k pacientovi, ale také při interakci s ostatními členy týmu. Znalost a uvědomování si významu efektivní komunikace a implementace efektivních komunikačních procesů, je rovněž podstatná pokud se jedná o předávání informací.

Literatura

ARORA, V. M, MANJARREZ, E., DRESSLR, D. D., BASAVIAH, P., HALASYAMANI, L., KRIPALAMI, S. 2009. Hospitalist handoffs: a systematic review and task force recommendations. In *J Hosp Med* 2009;4:433–40. [citované 2017-07-17] Dostupné z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3575739/>.

CULLEN, D. J., BATES, D. W., LEAPE, L. L. 2000. Prevention of adverse drug events: a decade of progress in patient safety. In *Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic and Related Surgery*.12(8):600–614.[citované 2017-07- 01] Dostupné z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4134157/>.

HARDEY, M., PAYNE, S., COLEMAN, P. 2000. „Scraps“: hidden nursing information and its influence on the delivery of care. In *Journal of Advanced Nursing*. 32(1):208–14. [citované 2017-07- 01] Dostupné z <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.2000.01443.x/full>

PEZZOLESI, C., MANSER, T., SCHIFANO, F. et al. 2013. Human factors in clinical handover: development and testing of a “handover performance tool” for doctors’ shift handovers. In *J Qual Health Care* 2013;25:58–65. [citované 2017-07-17] Dostupné z <https://academic.oup.com/intqhc/article-lookup/doi/10.1093/intqhc/mzs076>.

POPOVIČOVÁ, M., WICZMÁNDYOVÁ, D., KYSELOVÁ, E. 2015. Informačný manažment sestier pracujúcich v ambulantných zariadeniach. In *Forum statisticum Slovacum*. Bratislava: Slovenská štatistická a demografická spoločnosť, 2015, č. 3, s. 31-39. ISSN 1336-7420.

ROZSYPALOVÁ, M., ŠAFRÁNKOVÁ, A. 2002. Ošetrovatelství I. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2002. 231 s. ISBN 80-86073-96-3

World Health Organization. Patient Safety Making health care safer 2017. [citované 2017-06-10] Dostupné z <http://www.who.int/patientsafety/publications/patient-safety-making-health-care-safer/en/>

World Health Organization. Nine Patient Safety Solutions. 2009. [citované 2017-03-03] Dostupné z <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/Preamble.pdf>.

Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America; Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000. [citované 2017-07-17] Dostupné z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/>.

Kontaktní adresa

PhDr. Petr Snopek
Ústav zdravotnických věd, Fakulta humanitních studií
Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Mostní 5139
760 01 Zlín
snopek@utb.cz

OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE POHLEDEM SESTER V ČESKÉ REPUBLICE, NA SLOVENSKU A UKRAJINĚ

^{1,2} Petr Snopek, ²Mária Popovičová, ²Tatiana Hrindová

¹Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd

²Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety

Souhrn:

Ošetřovatelská dokumentace je nedílnou, avšak samostatnou součástí zdravotnické dokumentace. Její vedení je neoddělitelnou součástí práce sester. Autoři příspěvku předkládají parciální výsledky výzkumného šetření zaměřeného na ošetřovatelskou dokumentaci a názory sester na ni ve vybraných zdravotnických zařízeních v České a Slovenské republice, a na Ukrajině. Výběrový soubor tvořilo 210 sester ve všech věkových kategoriích pracujících na ošetrovacích jednotkách ve třech zemích. Pro získání dat byla zvolena technika dotazníku vlastní konstrukce, který kromě popisných a demografických údajů obsahoval 19 položek. Dotazník byl distribuován v české, slovenské a ukrajinské verzi. Na základě získaných dat lze konstatovat, že časová náročnost vedení ošetřovatelské dokumentace u osloveného vzorku sester souvisí s místem (zemí) jejich působení. Ve vedení ošetřovatelské dokumentace mezi jednotlivými zeměmi existují rozdíly. V názorech sester na význam ošetřovatelské dokumentace jsme nezjistili žádné signifikantní rozdíly.

Klíčová slova: *Ošetřovatelská dokumentace, Všeobecná sestra, Česká republika, Slovenská republika, Ukrajina*

THE NURSES' VIEW OF THE NURSING DOCUMENTATION IN THE CZECH REPUBLIC, IN THE SLOVAK REPUBLIC AND IN UKRAINE.

Summary:

Nursing documentation is an integral but independent part of medical documentation. Keeping such documentation is an inseparable part of nurses' work. The authors of the paper submit partial results of a research survey focused on nursing documentation and opinions of nurses in the selected health care facilities in the Czech Republic, in the Slovak Republic and in Ukraine. The sample comprised 210 nurses in all age categories working in nursing units in three countries. To obtain the data, a technique of a questionnaire of authors' own design was selected, which included 19 items in addition to descriptive and demographic data. The questionnaire was distributed in the Czech, Slovak and Ukrainian version. On the basis of the data obtained, it is possible to state that the time devoted to managing nursing documentation in the research sample is related to the place (s) of their nursing activity. There are differences in the management of nursing documentation among the selected countries. In the nurses' opinions on the importance of nursing documentation, we did not find any significant differences.

Key words: *Nursing documentation, Nurse, The Czech Republic, The Slovak Republic, Ukraine*

Úvod

Ošetřovatelská dokumentace je pracovním nástrojem, který odborníci v oblasti zdravotní péče využívají k zajištění bezpečné a přiměřené péče o pacienty. Dokumentované informace musí být strukturované a systematizované tak, aby zajistily kontinuitu léčby a péče.

Důkladně a správně vedená dokumentace je zároveň považována za bezpečný komunikační nástroj k výměně informací uložených v záznamech mezi sestrami, ale také dalšími osobami v rámci týmu

zdravotnických pracovníků. S ošetřovatelskou dokumentací velmi úzce souvisí ošetřovatelský proces, na jehož principu by měla sestra pracovat.

Několik studií prokázalo, že záznamy v ošetřovatelské dokumentaci byly obvykle nízké kvality a údaje nebyly jasně a stručně definovány (Wan Ning et al., 2011).

Výsledky výzkumných šetření také dokládají, že až 50 % času na pracovišti, stráví setra činnostmi spojenými s dokumentováním poskytnuté péče (Gugerty et al., 2007). Ošetřovatelská, respektive zdravotnická dokumentace plní řadu důležitých funkcí včetně komunikace mezi zdravotníky pro zajištění kontinuity léčby a poskytované péče. Je známo, že špatná komunikace v širším smyslu, významně přispívá k výskytu nežádoucích událostí (The Joint Commission 2012), a proto je důležitým cílem iniciativ zaměřených na zlepšení bezpečnosti pacientů. Kromě toho je dokumentace velmi důležitá pro vzdělávání, výzkum a zajištění kvality. Podle Wilsona et al. (2012) může ošetřovatelská dokumentace sloužit jako ukazatel kvality ošetřovatelské praxe.

Podle některých autorů (Jefferieson, Johnson, Griffith, 2010) kvalitní ošetřovatelská dokumentace splňuje několik kritérií:

- je zaměřená na pacienta,
- obsahuje vlastní ošetřovatelskou práci,
- odráží klinický úsudek ošetřujících,
- je posloupná,
- je vytvářena v reálném čase,
- zaznamenává odchylky v péči,
- splňuje zákonné požadavky.

Lze tvrdit, že kvalita ošetřovatelské dokumentace v mnoha zemích zůstává na ne příliš ideální úrovni, a to z mnoha důvodů jako je např. nedostatek zdravotnického personálu, přetíženost sester, fluktuace zdravotníků a mnoho dalších důvodů.

Studie provedená v Nizozemí popisuje nedostatečnou dokumentaci podstatných aspektů hodnocení včetně nepřesností v dokumentaci (Paans et al., 2010). Švýcarská studie uváděla nesrovnalost mezi tím, co je dokumentováno a skutečným fyzickým stavem pacienta (Gunningberg, Ehrenberg, 2004).

Vnímání a postoje všeobecných sester k dokumentaci ovlivňují kvalitu toho, jak a co dokumentují. Studie v různých prostředích zjistily, že zatímco sestry považují důležitost dokumentace pro ošetřovatelskou profesionalizaci, zároveň pokládají její zpracování za zatěžující sekundární úkol, který je odvádí od přímé péče o pacienty (Blair. Smith, 2012). Negativně ovlivněno může být také dokumentování činností vzhledem ke zvyšující se odpovědnosti za svou praxi. Bylo také zjištěno, že znalost a omezené přijetí ošetřovatelského procesu, který je základem ošetřovatelské dokumentace, je nedostatečná (Ofi, Sowunmi, 2012).

V neposlední řadě rovněž prostředí může přispět k neefektivní práci se zdravotnickou dokumentací. Těžké pracovní zatížení, náročné dokumentační formy, fragmentární jazyk, nedostatečné zdroje a nemocniční kultura mají vliv na kvalitu dokumentace sester (Prideaux 2011).

V současnosti podle výzkumné studie HULW/UFPB, není používán žádný specifický ošetřovatelský systém pro dokumentování ošetřovatelské péče. Tato skutečnost tak neumožňuje prezentaci ošetřovatelské praxe systematizovaným způsobem, čímž je ohrožena větší „viditelnost“ sester v souvislosti s péčí o pacienty a komunikace se sestrami z různých dalších oddělení v nemocnici, které se podílejí na ošetřovatelské péči (Tkáčová, 2017).

Cíl práce

Cílem výzkumného šetření bylo zmapovat a porovnat vnímání a postoj všeobecných sester k ošetrovatelské dokumentaci a na práci s ní ve vybraných zdravotnických zařízeních ve třech vybraných zemích.

Metodika

Pro výzkumné šetření byla zvolena technika dotazníku vlastní konstrukce, který kromě popisných a demografických údajů obsahoval 19 položek. Dotazník byl distribuován v české, slovenské a ukrajinské verzi. Výběr respondentů byl záměrný a byl realizován v první polovině roku 2017. Celkem bylo distribuováno 210 dotazníků. V České republice byla návratnost 90 %, tzn. 63 dotazníků. 77% návratnost na Slovensku představovala vyhodnocení 54 dotazníků. Ze 70 distribuovaných dotazníků na Ukrajině byla návratnost 73 % tj. 51 vyplněných dotazníků.

Dotazníky byly vyhodnoceny a následně zpracovány v programu MS Excel. Statistickému vyhodnocení předcházelo korektní formulování nulové hypotézy a hypotézy alternativní. Obě zmíněné hypotézy jsou vůči sobě ve vzájemném rozporu. K ověření a testování hypotéz byl použit Pearsonův Chí-kvadrát test nezávislosti při zvolené hladině významnosti alfa 0,05, který je vhodný na porovnání kvalitativních veličin.

Soubor

Výběrový soubor tvořili všeobecné sestry ve všech věkových kategoriích, pracujících na ošetrovacích jednotkách v České a Slovenské republice a na Ukrajině.

Výsledky výzkumu

Vzhledem k omezeným možnostem příspěvku budou níže prezentovány pouze parciální výsledky výzkumného šetření.

Hypotéza 1

1H₀: Ve vedení ošetrovatelské dokumentace (čitelnost) mezi jednotlivými zeměmi existují rozdíly.

1H_A: Ve vedení ošetrovatelské dokumentace (čitelnost) mezi jednotlivými zeměmi neexistují rozdíly.

Tab. 1 Pozorované hodnoty rozdílů v čitelnosti ošetrovatelské dokumentace mezi jednotlivými zeměmi

země	ano, vždy	obvykle ano	zřídka
Slovenská republika	39	14	1
Česká republika	28	29	6
Ukrajina	8	15	28
celkem	75	58	35

$$p = 3,51177E-13, \chi^2 = 64,35883$$

Popsané rozdíly považujeme za signifikantní neboť p-hodnota testu 3,51177E-13 je velmi nízká. Je o mnoho nižší než všechny běžné hladiny významnosti. Proto zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme platnost alternativní hypotézy o souvislosti mezi zkoumanými proměnnými. Konstatujeme, že

hypotéza 1 se potvrdila. **Ve vedení ošetrovatelské dokumentace mezi jednotlivými zeměmi existují rozdíly.**

Hypotéza 2

1H₀: Místo působení sester nesouvisí s včasným rozpoznáním potencionálně vznikajících problémů prostřednictvím ošetrovatelské dokumentace.

1H_A: Místo působení sester souvisí s včasným rozpoznáním potencionálně vznikajících problémů prostřednictvím ošetrovatelské dokumentace.

Tab. 2 Pozorované hodnoty rozpoznání potencionálně vznikajících problémů prostřednictvím ošetrovatelské dokumentace.

země	ano	ne
Slovenská republika	50	4
Česká republika	57	6
Ukrajina	37	14
celkem	144	24

$$p = 0,005321, \chi^2 = 10,47204$$

Při analýze vztahů mezi zemí působení sester a včasným rozpoznáním potencionálně vznikajících ošetrovatelských problémů prostřednictvím ošetrovatelské dokumentace byl zjištěn statisticky významný rozdíl **p = 0,005321, $\chi^2 = 10,47204$** . Vypočítaná p-hodnota je nižší než zvolená signifikance 0,05. Na základě výsledků testování můžeme zamítnout H₀ a přijmout alternativní hypotézu. **Místo působení sester souvisí s včasným rozpoznáním potencionálně vznikajících problémů prostřednictvím ošetrovatelské dokumentace.**

Hypotéza 3

4H₀: Časová náročnost vedení dokumentace souvisí se místem (zemí) působení sester.

4H_A: Časová náročnost vedení dokumentace nesouvisí se místem (zemí) působení sester.

Tab. 3 Pozorované hodnoty rozdílů mezi zeměmi v časové náročnosti vedení ošetrovatelské dokumentace.

země	ano	ne
Slovenská republika	48	6
Česká republika	43	20
Ukrajina	45	6
celkem	136	32

$$p = 0,005122, \chi^2 = 10,54844$$

Výsledky testu zobrazuje tabulka 4. Hodnota Pearsonova chi-kvadratu $\chi^2 = 10,54844$ je vyšší než stanovená kritická hodnota 5,991 pro df stupeň volnosti, což vyjadřuje závislost mezi proměnnými. Je

tedy možné konstatovat, že **časová náročnost vedení ošetrovatelské dokumentace u osloveného vzorku sester souvisí se zemí jejich působení**. Významnost chi-kvadrátu potvrzuje také vypočítaná p-hodnota **p = 0,005122**, která je pod hladinou významnosti **0,05**.

Hypotéza 4

Mezi sestrami pracujícími v jednotlivých zemích existují rozdíly v subjektivních názorech na význam ošetrovatelské dokumentace.

Tab. 4 Pozorované hodnoty rozdílů v subjektivních názorech na význam ošetrovatelské dokumentace

země	pouze administrativní význam	administrativní i klinický význam	nedokáži posoudit
Slovenská republika	10	41	3
Česká republika	11	40	12
Ukrajina	13	32	6
celkem	34	113	21

$$p = 0,186752, \chi^2 = 6,170782$$

Na základě vypočítaných pravděpodobností mezi jednotlivými zeměmi působení sester existují rozdíly v subjektivních názorech o významu ošetrovatelské dokumentace, která je vyšší než zvolená hladina významnosti 0,05. **Nejistili jsme žádné signifikantní rozdíly, tudíž nemáme dostatek podkladů pro přijetí této hypotézy**. Nemůžeme zamítnout nulovou hypotézu a přijmout alternativní o neexistujících rozdílech v subjektivních názorech sester pracujících v jednotlivých zemích o významu ošetrovatelské dokumentace.

Diskuse

Ošetrovatelská dokumentace slouží ke shromažďování údajů o pacientovi a jemu poskytované ošetrovatelské péče. Je nezbytná pro budování a rozvíjení vztahu mezi sestrou a pacientem. Ošetrovatelská péče, která není zdokumentována, jako by nebyla poskytnuta. Vedení dokumentace nemůže být samoučelné. Požadované standardy na vedení dokumentace je potřebné pravidelně přehodnocovat, kontrolovat a současně přijímat opatření na jejich zlepšování. Z hlediska kvality musí být dokumentace úplná, objektivní, srozumitelná, stručná a v neposlední řadě čitelná.

Cílem naší práce bylo poukázat na rozdíly v práci s ošetrovatelskou dokumentací mezi Českou republikou, Slovenskem a Ukrajinou. Zároveň chceme poukázat na časovou náročnost vedení ošetrovatelské dokumentace a z toho vyplývající potřebu elektronizace dokumentace. V našem šetření jsme zjistili rozdíly ve vedení ošetrovatelské dokumentace mezi jednotlivými zeměmi. Taktéž byl zjištěn rozdíl ve využívání standardu ošetrovatelské dokumentace v jednotlivých zemích. Vedení ošetrovatelské dokumentace je časově náročné také v závislosti na zemi působení sester. Podle Gulášové a Jurčákové (2007) jsou v ošetrovatelské dokumentaci na Slovensku rezervy a často není přizpůsobena podmínkám oddělení. Pro sestry je nepřehledná a rozsáhlá. Vzhledem k aktuálním zkušenostem z klinické praxe autorů příspěvku, je toto tvrzení stále aktuální. Potřebné standardy, které by měly sestram práci s dokumentací ulehčit, se stále nevyužívají na všech odděleních. Ošetrovatelská dokumentace se vyplňuje ve spěchu a mnohdy ne kontinuálně ale až téměř na konci pracovní směny. Na podkladě výsledků šetření je vhodné apelovat na manažery ošetrovatelské péče v jednotlivých zdravotnických zařízeních na zavedení elektronické ošetrovatelské dokumentace.

Organizovat edukační semináře pro zdravotníky zaměřené na elektronickou ošetrovatelskou dokumentaci. Neinformovanost zdravotníků o elektronizaci zdravotnictví byla jedním z hlavních důvodů neúspěchu implementace elektronického zdravotnictví Velké Británie, i když byl jejich systém na vysoké úrovni. Tady vidíme důležitost získání názorů a postřehů z praxe, protože mnohé výzkumy z oblasti elektronizace zdravotnictví přinášejí globální řešení této problematiky a na získávání názorů přímo od koncových uživatelů se zapomíná i přes to, že právě oni budou plniteli databázových registrů (Popovičová, 2015). Zároveň je taktéž potřebné motivovat sestry k aktualizaci ošetrovatelských standardů, které tvoří základ pro monitorování kvality poskytované péče. Zvýšit kompetence sester podle stupně vzdělání, aby mohli poskytovat pacientům legálně to, co i prakticky dělají a v neposlední řadě zabezpečovat vybavení jednotlivých pracovišť dostatečným množstvím moderních informačně-komunikačním technologií.

Závěr

Poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči znamená zejména chtít, vědět a moct. Podmínky na to jsou však v jednotlivých zemích velmi rozdílné. Postupné zavádění moderních výukových technologií do vzdělávání a jejich další implementace v odborných činnostech sester – to jsou společné cíle zaměřené na zlepšení kvality ošetrovatelské péče a tím i vedení ošetrovatelské dokumentace. Špatně vedená dokumentace komplikuje práci zdravotníkům, ale může svým způsobem i zkomplikovat zdravotní stav pacienta a průběh jeho léčby. Správně a pečlivě vedená ošetrovatelská dokumentace může zároveň ochránit zdravotníky i pacienta před újmou a jejími následky na zdraví. Vedení ošetrovatelské dokumentace prostřednictvím výpočetní techniky samozřejmě nenahradí významné složky léčebné péče jako je např. rozhovor lékaře či sestry s pacientem, ale technologie moderní medicíny je důležitá tím, že umožňuje a zkvalitňuje rutinní prvky duševní práce (Popovičová, 2015).

Literatura

- BLAIR, W., SMITH, B., 2012. Nursing documentation: Frameworks and barriers. In *Contemporary nurse* 41(2), 160–168. [citované 2017-07-07] Dostupné z <http://dx.doi.org/10.5172/conu.2012.41.2.160>
- GUERTY, B., MARANDA, M. J., BEACHLEY, M., NAVARRO, V. B., NEWBOLD, S., HAWK, W. et al., 2007. Challenges and Opportunities in Documentation of the Nursing Care of Patients', Baltimore, Documentation Work Group, Maryland Nursing Workforce Commission, [citované 2017-07-07] Dostupné z http://www.mbon.org/commission2/documenation_challenges.pdf
- GUNNINGBERG, L., EHRENBERG, A., 2004. Accuracy and quality in the nursing documentation of pressure ulcers: a comparison of record content and patient examination. In *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing* 31(6), 328–335. [citované 2017-07-07] Dostupné z <http://dx.doi.org/10.1097/00152192-200411000-00004>
- GULÁŠOVÁ, I., JURČÁKOVÁ, B. 2007. Prieskum postojov sestier k súčasným zmenám v ošetrovateľskej praxi. In *Kontakt*, 2007, roč. 11, č. 1, s. 17-31, ISSN 1212-4117.
- JEFFERIES, D., JOHNSON, M., GRIFFITHS, R., 2010. A meta-study of the essentials of quality nursing documentation. In *International Journal of Nursing Practice* 16, 112–124. [citované 2017-07-07] Dostupné z <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-172X.2009.01815.x>
- WANG, N., YU, P., HAILEY, D., OXLADE, D. (2011). Developing measurements of the quality of electronic versus paper-based nursing documentation in Australian aged care homes. In *Electronic Journal of Health Informatics*, 6 (1), 1-6. [citované 2017-07-07] Dostupné z <http://ro.uow.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=9586&context=infopapers>.

The Joint Commission, 2012. Sentinel Event Data: Root causes by event type 2004–2012., [citované 2017-07-07] Dostupné z http://www.jointcommission.org/assets/1/18/Root_Causes_Event_Type_04_4Q2012.pdf

OFI, B., SOWUNMI, O., 2012. Nursing documentation: Experience of the use of the nursing process model in selected hospitals in Ibadan, Oyo state, Nigeria. In *International Journal of Nursing Practice* 18, 354–362. [citované 2017-07-07] Dostupné z <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-172X.2012.02044.x>

PAANS, W., SERMEUS, W., NIEWAG, R. M. B., VAN DER SCHANS, C. P., 2010. Prevalence of accurate nursing documentation in patient records. In *Journal of Advanced Nursing* 66(11), 2481–2489. [citované 2017-07-07] Dostupné z <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05433.x>

PRIDEAUX, A., 2011. Issues in nursing documentation and record-keeping practice. In *British Journal of Nursing* 20(22), 1450–1454. [citované 2017-07-07] Dostupné z <http://dx.doi.org/10.12968/bjon.2011.20.22.1450>

POPOVIČOVÁ, M., WICZMÁNDYOVÁ, D., KYSELOVÁ, E. 2015. Informačný manažment sestier pracujúcich v ambulantných zariadeniach. In *Forum statisticum Slovacaum*. Bratislava: Slovenská štatistická a demografická spoločnosť, 2015, č. 3, s. 31-39. ISSN 1336-7420.

TKÁČOVÁ, Ľ. 2017. Caring for the chronically ill in community nursing. In *Community social work and community nursing*, s. 188-204, 1. vyd. Kraków: Towarzystwo Slowaków Polsce, 2017, ISBN 978-83-7490-995-2.

WILSON, S., HAUCK, Y., BREMNER, A., FINN, J., 2012. Quality nursing care in Australian paediatric hospitals: A Delphi approach to identifying indicators. In *Journal of Clinical Nursing* 21, 1594–1605. [citované 2017-07-07] Dostupné z <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.04004.x>

Kontaktní adresa

PhDr. Petr Snopek
Ústav zdravotnických věd, Fakulta humanitních studií
Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Mostní 5139
760 01 Zlín
snopek@utb.cz

OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ O PACIENTOV S PORUCHAMI DUŠEVNÉHO ZDRAVIA

Darina Šimovcová

Fakulta zdravotníctva, Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne.

Súhrn:

Práca prezentuje spracovanie problematiky ošetrovateľskej starostlivosti u pacientov s poruchami duševného zdravia. Cieľom bolo zistiť, či sestry pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti dokážu posúdiť náročné špecifické situácie pri zmene psychického stavu u pacientov s poruchami duševného zdravia. Výsledky ukazujú že signifikantne vyššie dokážu zmeny psychického stavu pacienta s poruchami duševného zdravia posúdiť sestry pracujúce na psychiatrických oddeleniach ako sestry pracujúce na somatických oddeleniach. Osobitosť psychiatrického ošetrovateľstva je hlavne v schopnosti sestier rozumieť správaniu pacienta, precítiť emocionálne ale aj myšlienkové pochody človeka v konkrétnej situácii. Odporúčame podporovať sústavné vzdelávanie sestier v oblasti ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov s poruchami duševného zdravia.

Kľúčové slová: Psychiatrické ošetrovateľstvo. Duševné zdravie. Sestra. Ošetrovateľská starostlivosť.

Summary

This work presents problems of hospital care for patients with mental disorder. The main aim was to find out if nurses providing hospital care manage to judge hard specific situations while the mental health of patient with mental disorder is changing. Results are showing that nurses working in psychiatric hospitals are able to judge changes of mental health of patient with mental disorder more significantly than nurses working in somatic hospitals. The peculiarity of nursing care is based mainly on ability of sisters to understand the patient's behaviour, to understand emotional and also mental processes of the human in the specific situation. We recommend to support constant education of nurses in the area of hospital care for patients with mental disorder.

Key words: Psychiatric care. Mental health. Nurse. Hospital care.

Úvod

Duševná choroba môže narušiť kritickosť, úsudok, vôľu a konanie chorého. Niektorí pacienti majú prejavy správania, ktoré nás dráždia. Starostlivosť o nich zvyšuje nároky na toleranciu, ovládanie, trpezlivosť sestry, a to najmä pri vypočutí psychotických zážitkov. Pacient postihnutý náhlou duševnou chorobou môže navyše ohroziť nielen svoje okolie, ale aj seba. Sestra preto musí mať pokojný a otvorený prístup k pacientovi. Sestra by sa mala vo svojej práci vyhnúť nesprávnemu jednaniu voči pacientovi, ako je bagatelizácia, ironické sa správanie, nedostatok zdvorilosti. Často sa opakujúce príznaky môžu vyvolať u personálu podráždenosť a naopak pacienti sa cítia nepochopení, strácajú dôveru. Nervozita, či nepokoj sa prenášajú na pacientov, rušia atmosféru na oddelení a môžu zabrániť pacientovi osloviť sestru. Naopak, prehnaná starostlivosť môže viesť pacienta k pasivite a závislosti na sestre a zariadení. Súčasným trendom v ošetrovaní psychiatrických pacientov je zachovanie alebo navrátenie čo najväčšej sebestačnosti (Marková et al., 2006). Úlohou sestier, ktoré pracujú so psychiatrickými pacientmi, je nielen pomáhať pacientom pri riešení ich ťažkostí či problémového správania, ale počas terapeutickú intervenciu neustále monitorovať aj svoje vlastné správanie a svoje reakcie (Janosiková et al., 1999). Ošetrovanie psychiatrických pacientov je náročné z hľadiska času a kladie dôraz na schopnosti a osobnosť ošetrujúcich. Všetky činnosti spojené so starostlivosťou o pacienta sú založené na budovaní terapeutického vzťahu medzi pacientom a ošetrovateľským tímom. Takýto vzťah sa musí zakladať na dôvere, empatii a na úprimnom vzťahu

k týmto pacientom. Sestra, ktorá pracuje s psychiatrickými pacientmi si musí osvojiť postupy rozhovoru a komunikácie, aby získala kvalitné informácie potrebné k posúdeniu stavu pacienta.

Výskumný problém

Výskumný problém bol v súvislosti s danou témou formulovaný do otázky: Aký je prístup sestier pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti k pacientom s poruchami duševného zdravia v ústavnej starostlivosti?

Výskumný problém je vymedzený nasledovnou otázkou a hypotézou.

Aká je schopnosť sestier rozpoznať zmeny v správaní u pacientov s poruchou duševného zdravia?

H Predpokladáme, že sestry, ktoré pracujú na psychiatrických oddeleniach, vedia lepšie rozpoznať zmeny v správaní pacienta s poruchami duševného zdravia ako sestry pracujúce na somatických oddeleniach.

Súbor a metodika

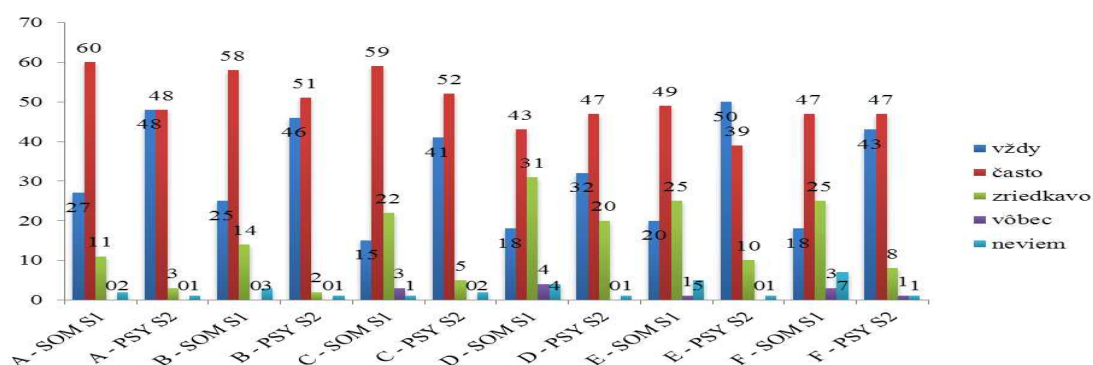
Pre získanie údajov bola použitá metóda anonymného dotazníka. Dotazník obsahoval 28 položiek zameraných na výskum a 3 kategorizačné položky (vek, vzdelanie, dĺžka ošetrovateľskej praxe). Pripravili sme dve sady dotazníkov. Jedna sada dotazníkov v počte 125 bola určená pre sestry pracujúce na somatických oddeleniach, ktoré sme označili ako súbor SOM S1. Druhá sada dotazníkov v počte 125 bola určená pre sestry pracujúce na psychiatrických oddeleniach, ktoré sme označili ako súbor PSY S2. Nasledovne sme rozdali 250 dotazníkov v čase od augusta 2010 do októbra 2010. Dotazníky sme administrovali osobne a sprostredkované, na základe žiadosti o vykonanie výskumu v zdravotníckych zariadeniach, prostredníctvom námestníčok pre ošetrovateľstvo. Návratnosť dotazníkov bola v súbore SOM S1 – 88 %, v súbore PSY S2 – 82 %. Konečný stav dotazníkov, ktoré sme analyzovali bol 212. Na vytvorenie súboru dát z dotazníka sme použili tabuľkový a grafový editor Microsoft Office Excel 2007. Základné štatistické charakteristiky číselných premenných oboch súborov respondentiek sme hodnotili neparametrickým poradovým Mann-Whitneyovým U testom. Za štatisticky významné rozdiely medzi odpoveďami oboch skupín sme považovali číselné hodnoty hladiny významnosti výsledkov testu $p < 0,05$.

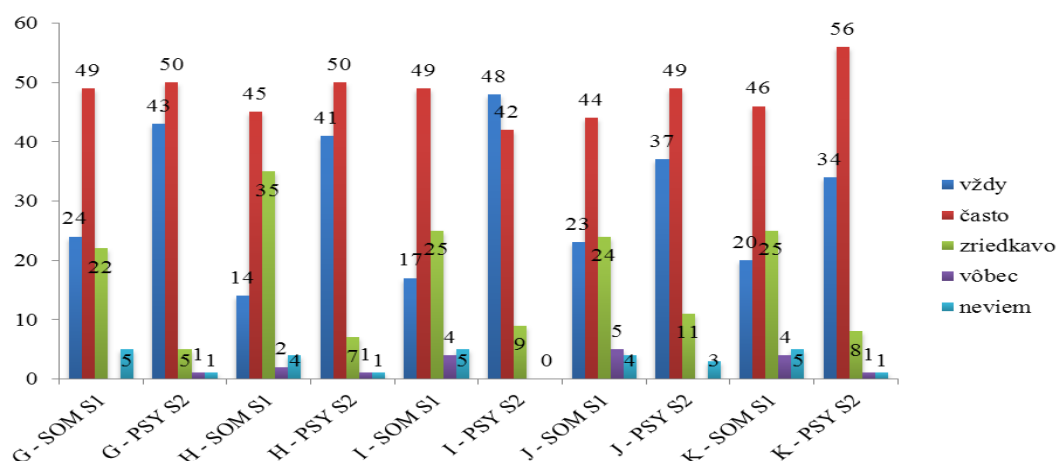
Výsledky

Nasledujúce grafy prezentujú získané informácie zamerané na výskumný cieľ.

V cieľi sme zisťovali: Aká je schopnosť sestier rozpoznať zmeny v správaní u pacientov s poruchou duševného zdravia?

Graf 1a Posúdenie špecifických situácií u pacienta sestrou



Graf 1b Posúdenie špecifických situácií u pacienta sestrou

Poznámky: A – odmietanie komunikácie, B – nesúhlas pacienta s hospitalizáciou, C – nesúhlas pacienta s terapiou, D – každodenné záchvaty plaču, E – zvýšená motorická aktivita, F – poruchy koncentrácie, G – halucinácie, H – bludy, I – bezcieľne prechádzanie sa sem a tam, J – zníženie/zvýšenie chuti do jedla, K – strata prejavu radosti

Pri porovnaní súborov v schopnosti posúdenia špecifických situácií sestrou, vždy, uviedlo v súbore SOM S1 odmietanie komunikácie 30 (27%), nesúhlas pacienta s hospitalizáciou 28 (25%), nesúhlas pacienta s terapiou 17 (15%), každodenné záchvaty plaču 20 (18%), zvýšená motorická aktivita 22 (20%), poruchy koncentrácie 20 (18%), halucinácie 26 (24%), bludy 15 (14%), bezcieľne prechádzanie sa sem a tam 19 (16%), zníženie/zvýšenie chuti do jedla 25 (23%), strata prejavu radosti 22 (20%) respondentov. V súbore PSY S2 uviedlo odmietanie komunikácie 49 (48%), nesúhlas pacienta s hospitalizáciou 47 (46%), nesúhlas pacienta s terapiou 42 (41%), každodenné záchvaty plaču 33 (32%), zvýšená motorická aktivita 51 (50%), poruchy koncentrácie 44 (43%), halucinácie 44 (43%), bludy 42 (41%), bezcieľne prechádzanie sa sem a tam 50 (48%), zníženie/zvýšenie chuti do jedla 38 (37%), strata prejavu radosti 35 (34%) respondentov.

Verifikácia hypotézy výskumu

V hypotéze H sme predpokladali, že sestry, ktoré pracujú na psychiatrických oddeleniach, vedia lepšie rozpoznať zmeny v správaní pacienta s poruchami duševného zdravia ako sestry pracujúce na somatických oddeleniach.

Tabuľka 1 Spôsobilosť sestry rozoznať zmeny v správaní pacienta

Otázka/položka	Mann – Whitneyov U test		
	SOM-S1	PSY-S2	p
Počas komunikácie považujete za dôležité si na pacientovi všímať aj neverbálne prejavy ako - plač	12046	10532	0,44
Počas komunikácie považujete za dôležité si na pacientovi všímať aj neverbálne prejavy ako - smiech	12724	9854	0,02
Počas komunikácie považujete za dôležité si na pacientovi všímať aj neverbálne prejavy ako - gestá	12688	9890,5	0,03

Otázka/položka	Mann – Whitneyov U test		
	SOM-S1	PSY-S2	p
Počas komunikácie považujete za dôležité si na pacientovi všímať aj neverbálne prejavy ako - mimiku tváre	12751	9827	0,02
Dokážete posúdiť náročné špecifické situácie pri zmene psychického stavu pacienta - Odmietanie komunikácie zo strany pacienta	13088	9490	0,002
Dokážete posúdiť náročné špecifické situácie pri zmene psychického stavu pacienta - Nesúhlas pacienta s hospitalizáciou	13240	9358,5	<0,001
Dokážete posúdiť náročné špecifické situácie pri zmene psychického stavu pacienta - Nesúhlas pacienta s terapiou	13656	8922,5	<0,001
Dokážete posúdiť náročné špecifické situácie pri zmene psychického stavu pacienta - Každodenné záchvaty plaču	13075	9503	0,002
Dokážete posúdiť náročné špecifické situácie pri zmene psychického stavu pacienta - Zvýšená motorická aktivita	13802	8776	<0,001
Dokážete posúdiť náročné špecifické situácie pri zmene psychického stavu pacienta - Poruchy koncentrácie- extrémna nesústredenosť	13787	8791,5	<0,001
Dokážete posúdiť náročné špecifické situácie pri zmene psychického stavu pacienta - Halucinácie	13347	9231	<0,001
Dokážete posúdiť náročné špecifické situácie pri zmene psychického stavu pacienta - Ovplyvňovanie správania bludom	14137	8441,5	<0,001
Dokážete posúdiť náročné špecifické situácie pri zmene psychického stavu pacienta - Bezcieľne prechádzanie sa sem a tam	13965	8613	<0,001
Dokážete posúdiť náročné špecifické situácie pri zmene psychického stavu pacienta - Zvýšenie (zníženie) chuti do jedla	13058	9520	0,002
Dokážete posúdiť náročné špecifické situácie pri zmene psychického stavu pacienta - Strata záujmu a schopnosti sa z niečoho radowať	13294	9284,5	<0,001
Pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti u pacientov s poruchami duševného zdravia Ste schopná - Vcítiť sa do problému pacienta	12044	10534	0,46
Pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti u pacientov s poruchami duševného zdravia Ste schopná - Pochopiť zmenu v jeho správaní	12263	10315	0,21
Pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti u pacientov s poruchami duševného zdravia Ste schopná - Porozumieť zmenám v psychickom stave pacienta	12459	10229	0,09
Pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti u pacientov s poruchami duševného zdravia Ste schopná - Neodsudzovať, ale pomáhať	12156	10422	0,32
Pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti u pacientov s poruchami duševného zdravia Ste schopná - Pomôcť zmierniť	12385	10193	0,13

Otázka/položka	Mann – Whitneyov U test		
	SOM-S1	PSY-S2	p
úzkosť			
Pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti u pacientov s poruchami duševného zdravia Ste schopná - Pomôcť zmierniť strach	12294	10285	0,19
Pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti u pacientov s poruchami duševného zdravia Ste schopná - Nechať chorého dôjsť do fázy uspokojenia	13105	9473	0,002
Pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti u pacientov s poruchami duševného zdravia Ste schopná - Nebrať chorému vieru v lepší obrat liečenia	10871	11707	0,06

Z výsledkov uvedených v tabuľke 1 vyplýva, že sestry pracujúce na psychiatrických oddeleniach (PSY – S2) majú oveľa viac skúseností v porovnaní so sestrami somatických oddelení (SOM – S1). V odpovediach totiž vykazujú štatisticky lepšie schopnosti neverbálnej komunikácie s pacientom. Rovnaký trend platí aj pre efektivitu sestier psychiatrických oddelení v posudzovaní náročných špecifických situácií pri zmene psychického stavu pacienta. Signifikantné rozdiely sú v tabuľke 1 vyznačené farebne (zelená).

Diskusia

V **hypotéze** sme predpokladali, že sestry, ktoré pracujú na psychiatrických oddeleniach, vedia lepšie rozpoznať zmeny v správaní pacienta s poruchami duševného zdravia ako sestry pracujúce na somatických oddeleniach. V našej práci sme skúmali, či sestry dokážu posúdiť náročné špecifické situácie pri zmene psychického stavu pacienta. Výsledky ukazujú, že sestry pracujúce na psychiatrických oddeleniach dokážu posúdiť odmietanie komunikácie zo strany pacienta v dôsledku poruchy psychických zmien signifikantne vyššie ($p=0,002$) ako sestry pracujúce na somatických oddeleniach. Pri odmietaní komunikácie pacienta so sestrou prichádza aj k iným atypickým situáciám, ktoré pri porovnaní oboch súborov ukazujú, že sestry pracujúce na somatických oddeleniach dokážu menej posúdiť situácie ako nesúhlas pacienta s hospitalizáciou ($p<0,001$) a nesúhlas pacienta s terapiou ($p<0,001$) ako sestry, ktoré pracujú na psychiatrických oddeleniach a liečebniach. Z nášho pohľadu sa javí, že sestry pracujúce na psychiatrických oddeleniach dokážu pri prijíme pacienta lepšie posúdiť jeho psychický stav a zmeny, ktoré vedú pacienta k takémuto správaniu. Sestry dokážu pri svojej práci s chorým brať do úvahy všetky reálne pôsobiace súvislosti, vrátane psychologických a sociálnych. Výsledky potvrdzujú dôležitosť práce sestry s chorým, predovšetkým aby sestra neprehliadla jeho subjektívne prežívanie. Aj literárne pramene kladú dôraz na schopnosť sestry pozorovať, komunikovať s pacientom, získať jeho dôveru a na schopnosť spracovať získané údaje (Zacharová 2007). Interakcia, ktorá vzniká medzi sestrou a pacientom môže mať zásadný vplyv na priebeh a liečbu ochorenia (Zacharová et al., 2007, s. 75). To, že sestry pracujúce na somatických oddeleniach nedokážu situáciu posúdiť do takej miery ako sestry pracujúce na psychiatrických oddeleniach môžeme usudzovať na základe toho, že sestry pracujúce na somatických oddeleniach sa zameriavajú pri prijíme pacienta na biologické potreby ako je bolesť, zmena polohy a iné. Aj Savage (1999) uvádza, že väčšina sesterských posúdení je zameraná na zhromažďovanie údajov vyplývajúcich z biologických potrieb. Psychosociálne problémy a potreby sú ignorované, na čo poukázal aj náš výskum. Sestry pracujúce na somatických oddeleniach nedokážu v takej miere ako sestry pracujúce na psychiatrických oddeleniach posúdiť zmeny v správaní pacienta. Majú pocit, že pacienti nechcú s nimi komunikovať, odmietajú hospitalizáciu a liečbu. Ako uvádzajú Dušek, Večeřová-Procházková

(2005), príznaky duševných porúch nevystupujú v klinickom obraze náhodne, ale majú svoje zákonitosti. Posúdenie a vyšetrenie psychického stavu je podrobný popis všetkých oblastí pacientovej psychiky, ktorý vyplýva z rozhovoru, pozorovania jeho správania, zhodnotenia psychických funkcií a stanovenia prítomných príznakov (Svoboda, 2006). Pre každého pacienta je dôležité, aby sestra adekvátne zhodnotila jeho zdravotný stav tak, že na základe systematického postupu vytipuje najdôležitejšie alebo potencionálne problémy, ktoré je potrebné riešiť. Preto v našom výskume ďalšou úlohou bolo overenie schopností sestier pri posudzovaní špecifických situácií pri zmene psychického stavu pacienta. Naše výsledky ukazujú, že signifikantne vyššie dokážu posúdiť tieto zmeny sestry pracujúce na psychiatrických oddeleniach. Pri porovnaní údajov oboch súborov sme zistili, že výsledky v špecifických situáciách ako každodenné záchvaty plaču ($p=0,002$), zvýšená motorická aktivita ($p<0,001$), poruchy koncentrácie – extrémna nesústredenosť ($p<0,001$), halucinácie ($p<0,001$), ovplyvňovanie správania bludom ($p<0,001$) a bezcieľne prechádzanie sa sem a tam ($p<0,001$) a strata záujmu a schopnosti sa z niečoho radowať ($p<0,001$) dokážu lepšie posúdiť sestry pracujúce na psychiatrických oddeleniach. Súhlasíme s tézami Barkera (2004), podľa ktorého je dôvodom takýchto výsledkov samotná práca sestry v psychiatrickom ošetrovatelstve, ktorá je zameraná predovšetkým na sledovanie, hodnotenie odpovedí, reakcií pacienta, teda v oveľa väčšej miere na psychosociálne, než na biologické potreby. Sestry v rámci posudzovania celkového zdravotného stavu pacienta s duševnou poruchou musia mať na zreteli, že pacientovi chýba alebo má nedostatočný náhľad na svoj stav. Náhľad pacienta na svoj stav zahŕňa tri prekrývajúce sa dimenzie. 1. rozpoznanie a uvedomenie si jedinca, že trpí duševnou poruchou, 2. schopnosť posúdiť, že nezvyčajné duševné zážitky, napríklad halucinácie a bludy, sú patologické, 3. akceptovanie liečby a kompliance (Forgáčová, 2009). Ako uvádza Čerňanová (2009), skoro 10% pacientov sa pri prijatí do psychiatrického zariadenia nachádza v emočne vypätej situácii. Mnoho akútne chorých najmä psychotických pacientov sa kvôli udalostiam predchádzajúcim prijatiu do nemocnice nachádza v stave zvýšeného stresu. Pre svoju chorobu nie sú ani schopní príliv informácií zodpovedajúco spracovať. Pozitívnym výsledkom nášho výskumu je zistenie, že oba súbory sestier sú schopné posúdiť stav pacienta v niektorých špecifických situáciách rovnako profesionálne. Nelíšia sa pri schopnosti vcítania sa do problému pacienta ($p=0,46$), pri pochopení zmeny v jeho správaní ($p=0,21$), porozumieť zmenám v psychickom stave pacienta ($p=0,09$), neodsudzovať, ale pomáhať pacientovi ($p=0,32$), sú schopné pomôcť zmierniť pacientovi úzkosť ($p=0,13$), strach ($p=0,19$) a nebrať chorému vieru v lepší obrat liečby ($p=0,06$). Ošetrovateľské zhodnotenie zdravotného stavu pacienta má byť zamerané na hodnotenie stavu pacienta na základe odborných vedomostí a zručností sestry v ošetrovateľskej diagnostike (Archalousová, Slezáková, 2005). Každá sestra pri vykonávaní svojej práce si musí uvedomiť, že duševne chorý môže mať do veľkej miery pozmenený vzťah k realite. Jeho schopnosť správne hodnotiť vzťahy medzi vlastnou osobou a sociálnym okolím je narušená. Duševnou poruchou je narušený i jeho vzťah k sebe samému. Nepochopené problémy a ťažkosti, hľadanie stratenej rovnováhy môžu u chorého vyústiť do agresivity alebo úniku a trpiteľstva. Vonkajšie znaky vnútorných emócií sa odrážajú v ich mimike, pohyboch tela, v gestách, hlasových podnetoch a v ďalšom správaní (Lizáková, 2008). „Pocity sa vyjadrujú ľahšie v neverbálnych posolstvách“ (Borg, 2007, s. 52). Naše zistenia ukazujú taktiež v prospech sestier, ktoré pracujú na psychiatrických oddeleniach. Tie sú pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti schopné signifikantne vyššie nechať chorého dôjsť do fázy uspokojenia ($p=0,002$) ako sestry pracujúce na somatických oddeleniach. **Po porovnaní našich zistení medzi oboma súbormi sestier môžeme skonštatovať, že sestry pracujúce na psychiatrických oddeleniach dokážu lepšie posúdiť stav pacienta s poruchami duševného zdravia ako sestry zo somatických oddelení, čo potvrdzuje našu hypotézu .**

Záver

Duševné zdravie je dôležitá hodnota, ktorá ovplyvňuje kvalitu života človeka. Duševné poruchy začínajú v detstve, majú tendenciu pretrvávajúť celý život, spôsobujú chorým utrpenie, vedú ich k stálej závislosti na poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Od sestry sa vyžaduje neustála psychická vyrovnanosť, sebaovládanie, trpezlivosť, tolerancia, láskavosť, ľudský prístup k chorému. Sestra má

vždy najbližšie k chorému. Od jej správania sa a vzťahu k jeho potrebám závisí v podstate celá atmosféra a úspech ošetrovateľskej starostlivosti. Predovšetkým sestra svojim kultivovaným vystupovaním a citlivým usmerňovaním môže účinne pôsobiť na psychiku pacienta. Sestra musí nevyhnutne uplatňovať v práci psychologické princípy. Premieňa živelný, náhodný prístup k chorému na psychologicky erudovaný, ktorého cieľom je poznať mechanizmy vyrovnania sa človeka s chorobou.

Literatúra

ARCHALOUSOVÁ, A., SLEZÁKOVÁ, Z. (2005). *Aplikace vybraných ošetrovateľských modelů do klinické a komunitní praxe*. 1. vyd. Hradec Králové : Nucleus HK, 2005. 108 s. ISBN 80-86225-63-1.

BARKER PH. J. (2004). *Assesment in psychiatric and mental helth nursing: In search of the whole person*. Cheltenham : Nelson Thornes, Ltd., 2004. 366 s. ISBN 0-7487-7801-2.

BORG, J. (2007). *Umění přesvědčivé komunikace. Jak ovlivňovat názory, postoje a činy druhých*. Praha : Grada Publishing, a. s., 2007. 184 s. ISBN 978-80-247-1971-9.

ČERŇANOVÁ, A. (2009). Prevencia agresie pacientov v psychiatrickom ošetrovateľstve. In *Ošetrovateľský obzor*. ISSN 1336-5606, 2009, roč. 6, č. 2, s. 58-61.

DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. (2005). *První pomoc v psychiatrii*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2005. 176 s. ISBN 8024701979.

FORGÁČOVÁ, L. (2009). Posudzovanie náhľadu u pacientov s psychózou. In *Psychiatria psychoterapia psychosomatika*. ISSN 1335-423X, 2009, roč. 16, č. 4. s. 217 – 221

JANOSIKOVÁ, E., DAVISOVÁ, L. (1999). *Psychiatrická ošetrovateľská starostlivosť*. Martin Osveta, 1999. 544 s. ISBN 80-8063-017-8.

LIZÁKOVÁ, L. et al. (2008). *Psychiatrické ošetrovateľstvo*. Ružomberok : Fakulta zdravotníctva Katolícka univerzita v Ružomberku, 2008. 130 s. ISBN 978-80-80-84-347-8.

SAVAGE, P. (1999). Patient assesment in psychiatric nursing. In *Journal of Advance Nursing*. 1999, Vol. 16, no. p. 311-166.

SVOBODA, M. et al.(2006). *Psychopatologie psychiatrie*. Praha : Portál, 2006. 320 s. ISBN 80-7367-154-9.

ŠIMOVCOVÁ, D. (2011): *Etické problémy ošetrovateľskej starostlivosti u pacientov s poruchami duševného zdravia*. [Dizertačná práca]. Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave. Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií. Bratislava: FOaZOŠ SZU, 2011. 146 s.

ZACHAROVÁ, E. et al. (2007). *Zdravotnícka psychologie*. Praha : Grada Publishing a. s., 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

Kontaktná adresa

PhDr. Darina Šimovcová, PhD.

Fakulta zdravotníctva Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne.

Študentská 2

911 50 Trenčín

darina.simovcova@tnuni.sk,

SPECIFIKA VZDĚLÁVÁNÍ SESTER V UROLOGII

Pavla Kordulová

1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova a Urologická klinika 3. LF UK a FNKV

Souhrn:

Hlavním stimulem pro tvorbu krátkého textu bylo nejen vědomí mimořádně náročné ošetrovatelské péče v urologii, jenž se během posledních let etablovala do vysoké specifikace, ale současně i předložit možnost získání specifických vědomostí pro sestry a jejich praktický rozvoj dovedností v klinické praxi.

Klíčové slova: Ošetrovatelská péče; vědomosti; dovednosti; vzdělávání

SPECIFICS OF NURSES EDUCATION IN UROLOGY

Summary:

The main stimulus for creating a short text was not only the awareness of the extremely demanding nursing care in urology, which has become established in the high specification during the last years, but also presents the possibility of acquiring specific knowledge for nurses and their practical development of skills in clinical practice.

Key words: Nursing care; knowledge; skills; education

Úvod

Šíře lidského snažení by měla tedy zahrnovat všechny oblasti medicínských věd včetně ošetrovatelství a konfrontace s dobou, ve které žijeme. Na lékaře a sestry pracující v tomto oboru jsou kladeny velké požadavky z hlediska teoretických znalostí, praktických dovedností, ale především v oblasti lidských kvalit. Na jedné straně jsou viditelné pokroky lékařských věd, možnosti nových technologií a na straně druhé musí být tyto aspekty podpořeny týmy dobře připravených nelékařských pracovníků. Příprava těch, kteří pečují o pacienty, nikdy nekončí.

Střípky z historie a dělení vzdělávání sester

Obecně dělíme vzdělávání sester na **kvalifikační** a **celoživotní**.

Kvalifikační vzdělávání – z historického pohledu je vždy určována délka studia dle společenské doby. První komplexní právní regulace Diplomované ošetrovatelky, užívání titulu a povinné praxe je tedy zakotveno **ve vládním nařízení č. 139/1914 ř. z., o ošetřování nemocných z povolání provozovaném**. Po druhé světové válce jako reakci poválečné doby a převzetí vzorů tehdejší SSSR přineslo **vládní nařízení č. 77/1951 Sb., o středních zdravotnických pracovnících**, které určovalo, kdo jsou střední zdravotničtí pracovníci a jaké jsou jejich povinnosti. Mezi střední zdravotnické pracovníky se řadili: zdravotní sestry, dětské sestry, ženské sestry, dietní sestry, rehabilitační pracovníky, zdravotní laborant, rentgenologický laborant, lékařský laborant, oční optik. Vědecký a technologický pokrok v medicíně přinesl i nutnost celoživotně se vzdělávat. V roce 1960 **Institut pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně a v Bratislavě (později NCO NZO)**, který se věnoval soustavnému a celoživotnímu vzdělávání sester v ošetrovatelské praxi. Jeho nejvyšším stupněm je specializační studium zakončené atestační zkouškou. Díky doporučení Evropské unie se v roce **2004** změnila podmínky pro vzdělávání sester. **Evropská unie, WHO a dokumenty Mnichovské deklarace jednotně podporují akademickou úroveň vzdělávání**. Kvalifikační studium Všeobecná sestra lze tedy

vystudovat v bakalářské formě na lékařských fakultách nebo na fakultách zdravotnických studií. Současně také na Vyšších odborných školách, kdy jsou absolventi označeni jako Diplomovaná všeobecná sestra. (**Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání.**) Nyní probíhá plánovaná **novela zákona 96/2004 Sb. v systému vzdělávání sester tzv. 4+1** na základě mnoha faktorů. Mezi faktory se řadí nedostatek sester ve zdravotnických zařízeních, složitosti ve vzdělávacím systému aj. Přijetím této novely se dostaneme do situace, kdy jdeme proti zásadám ve vzdělávání sester v EU viz. **Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2013/55/EU o uznávání odborných kvalifikací**, kde jsou stanoveny jasné podmínky. Budoucí absolvent 4+1 nebude splňovat podmínky EU.

Celoživotní vzdělávání – po absolvování kvalifikačního studia je vhodné absolvovat specializační studium nebo certifikovaný kurz podle zaměření oboru, kde sestra pracuje. Díky specializačnímu studiu nebo absolvováním kurzů si zvýší svoje kompetence. Úkolem sestry je tedy celoživotně se vzdělávat a podstupovat inovační kurzy, konference, e-learning dle typu svého pracoviště. Moderní technologie a věda jde do předu, a proto je vhodné reflektovat nové vývojové trendy.

Sestra pracující na urologii v ambulantní, lůžkové části a JIP

Mezi základní pojmy didaktiky praktického vyučování zdravotnických předmětů zahrnujeme pojmy jako je vědomost, znalost, schopnost, dovednost, návyk.

Vědomost i znalost chápeme jakou soubor informací, které se student osvojuje v průběhu vyučování, samostudiem aj. Je výsledkem studentova vnímání, poznávání, myšlení i životních zkušeností.

Schopnost je individuální potencionál člověka ovlivnitelná výchovou, vzděláváním i vlastním úsilím. Může být zraková, sluchová, pohybová a intelektová.

Dovednost je způsobilost člověka k provádění činnosti. Je ovlivněna vrozenými předpoklady, ale dosahuje se jí učením a výcvikem. Dovednosti dále členíme na senzomotorické a intelektuální. Příkladem **senzomotorické dovednosti** je měřit saturaci SaO₂, zavést močový katetr, natočit EKG aj. **Intelektuální dovednosti** jsou dovednosti rozumové, které úzce souvisejí s vědomostmi např. ředění intravenózních léků do lineárních dávkovačů nebo příprava vaků all in one apod.

Návyk můžeme definovat jako zautomatizovanou činnost, kterou si student osvojil opakováním např. hygienická dezinfekce rukou.

Je třeba, aby sestra pracující na urologii v ambulanci, na lůžkovém oddělení a na JIP disponovala aspekty:

- Znalostí anatomie a fyziologie horních i dolních močových cest včetně pohlavních orgánů muže i ženy
- Znalostí patofyziologie horních i dolních močových cest včetně pohlavních orgánů muže i ženy
- Dovedností monitorace fyziologických funkcí, včetně znalostí hodnotit fyziologické hodnoty
- Dovedností práce s technikou, jaké jsou dávkovače intravenózních léků, infuzní pumpy, monitory, defibrilátory, EKG, endoskopická věž (pouze při cystoskopii), automatické přístroje na měření krevních plynů apod.
- Znalostí fyziologického EKG a také schopností rozeznat patologie EKG
- Dovedností defibrilace
- Dovedností poskytovat základní a specializovanou ošetrovatelskou péči (např. péče o derivace moči – stent močovodu, transuretrální stent, močový katetr, nefrostomii, epicystostomii, ureteroileostomii, péče o nemocné s lavage, péče o rány)
- Dovedností péče o invazivní vstupy
- Znalostí specializovaných urologických výkonů, jejich přípravu, průběh a komplikace
- Dovedností péče o pacienta po kanylaci arteria radialis

- Znalostí a dovedností asistence lékaři při zajištění dýchacích cest
- Dovedností KPR
- Vědomostí v oblasti laboratorních hodnot a schopností samostatného hodnocení
- Dovedností asistovat lékaři při urodynamickém a endoskopickém vyšetření
- Vědomostí farmakologie (účinku léků, kontraindikací, související monitorace TK+P, související sledování příjmu a výdeje tekutin)
- Organizačními schopnostmi (přesuny pacientů v rámci jednotlivých jednotek urologie, schopností plánovat si priority péče)
- Schopností pracovat v týmu (lékaři, nutriční terapeut, fyzioterapeut, konziliární lékaři, anesteziologové, nižší zdravotnický personál apod.)
- Komunikační dovedností s pacienty při nácviu čisté intermitentní katetrizace
- Psychologickou, edukační a výchovnou dovedností s pacienty se zajištěnými derivacemi moči (stent močového, močovým katetrem, epicystostomií, nefrostomií, urostomií, čistou intermitentní katetrizací)
- Empatií
- Návykem v provádění hygienické dezinfekce rukou dle doporučení WHO a CDC

Celoživotní vzdělávání sester v urologii

Pro oblast urologie je určeno i kontinuální celoživotní studium formou specializačního vzdělávání, certifikovaných a inovačních kurzů, odborných stáží, účastí na školení, absolvování e-learningových kurzů. Co se týká specializačního studia je vhodné absolvování oboru Intenzivní péče pro sestry pracující na JIP zakončené atestační zkouškou. Pro perioperační sestry je určeno studium Perioperační péče opět ukončené atestační zkouškou. Díky rychlému rozvoji medicíny je třeba reflektovat nové poznatky včetně mezinárodních guidelines v urologii a vnášet je do praxe. Na základě zodpovědnosti, kterou sestra má za pacienty, je nutné disponovat všemi informacemi, aby kvalita péče byla co nejvyšší a nedošlo k ohrožení lidských životů. Výhodou je, že některé kurzy bývají financovány z Evropského sociálního fondu v Operačním programu pro zaměstnanost a konkurenceschopnost. Nabídka tedy dostupná i pro jedince, kteří nemají podporu zaměstnavatele. Dovolují si uvést současné akreditované certifikované kurzy Ministerstvem zdravotnictví určené sestram pracujícím v urologii.

Obchodní firma	Udělená akreditace	Název certifikovaného kurzu	Počet hodin/ počet kreditů
Fakultní nemocnice Ostrava, 17. listopadu 1790/5, 708 52 Ostrava - Poruba	01.01.2016 - 31.12.2020	Intermitentní katetrizace	20 hodin = 12 kreditů
Fakultní nemocnice Plzeň, Edvarda Beneše 1128/13, 305 99 Plzeň	01.11.2015 - 31.10.2020	Katetrizace močového měchýře u muže, péče o permanentní močový katetr a čistá intermitentní katetrizace	37 hodin = 22 kreditů
Fakultní nemocnice Plzeň, Edvarda Beneše 1128/13, 305 99 Plzeň	01.09.2014 - 31.08.2019	Specifická ošetrovatelská péče o chronické rány a defekty	80 hodin = 48 kreditů
Fakultní nemocnice v Motole, V Úvalu	01.07.2016 - 30.06.2021	Prevence a ošetřování dekubitů	64 hodin = 38 kreditů

84/1, 150 06 Praha 5		a ostatních nehojících se ran	
Fakultní nemocnice v Motole, V Úvalu 84/1, 150 06 Praha 5	01.05.2016 - 30.04.2021	Komplexní ošetrovatelská péče o cévní vstupy	30 hodin = 18 kreditů
Fakultní nemocnice v Motole, V Úvalu 84/1, 150 06 Praha 5	01.05.2014 - 30.04.2019	Certifikovaný kurz intermitentní katetrizace močového měchýře muže a edukace v autokatetrizaci močového měchýře	20 hodin = 12 kreditů
Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, Vinařská 6, 603 00 Brno	01.03.2017 - 28.02.2022	Ošetrování ran a stomií u novorozenců	72 hodin = 43 kreditů
Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, Vinařská 6, 603 00 Brno	01.07.2015 - 30.06.2020	Perioperační péče o pacienta v urologii a endourologii	80 hodin = 48 kreditů
Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, Vinařská 6, 603 00 Brno	01.02.2017 - 31.01.2022	Katetrizace močového měchýře u mužů	80 hodin = 48 kreditů
Thomayerova nemocnice, Václavská 800, 140 59 Praha 4 - Krč	01.05.2014 - 30.04.2019	Specifická ošetrovatelská péče o pacienty při endoskopiích zažívacího traktu, dýchacího systému a vylučovacího systému	114 hodin = 68 kreditů
Univerzita Karlova, 3. lékařská fakulta, Ruská 87, 100 00 Praha 10	01.01.2016 - 31.12.2020	Katetrizace močového měchýře u muže. Čistá intermitentní katetrizace	24 hodin = 14 kreditů
Ústřední vojenská nemocnice - Vojenská fakultní nemocnice Praha, U vojenské nemocnice 1200, Praha 6	01.01.2014 - 31.12.2018	Endoskopie a další miniinvazivní výkony v urologii	152 hodin = 91 kreditů

Tab. 1 Akreditované certifikované kurzy pro sestry v urologii

Webový portál pro sestry v urologii

Nemohu opomenout také webový portál European Association of Urology <http://uroweb.org/na> kterém jsou uvedeny doporučení pro terapii založené na důkazech. V sekci guidelines, naleznete i doporučení pro sestry – EAUN (nurses) guidelines.

Publikace

Z hlediska publikací máme na trhu především novou knihu z roku 2016 Základy obecné urologie nejen pro sestry, která vyšla v nakladatelství Solen.

Závěr

Sestra by měla být vysoce specializovaná odbornice a z tohoto jejího postavení vyplývá řada práv, ale také závazků. Vysoká odpovědnost vložená do rukou sestry vyžaduje maximální důraz na vlastnosti jako je pečlivost, spolehlivost, emoční stabilitu, trpělivost, schopnost týmové spolupráce, projevování vzájemné úcty a korektnosti v jednání v týmu, ochotě učit se novým věcem, schopností improvizovat, disponovat kreativitou. Současně i fyzickou zdatností, výdrží a zručností. Cílem práce celého **týmu je zdárně ukončený léčebný proces a spokojený pacient.**

Literatura

Prošková E. (2015) *Právní regulace k výkonu zdravotnických povolání na území České republiky*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2015, 242 s. Disertační práce.

Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání.

Nařízení vlády č. 31/2010 Sb., o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí.

Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2013/55/EU ze dne 20. listopadu 2013, kterou se mění směrnice 2005/36/ES o uznávání odborných kvalifikací a nařízení (EU) č. 1024/2012 o správní spolupráci prostřednictvím systému pro výměnu informací o vnitřním trhu

GENG, V. et al. *Male external catheters in adults – Urinary catheter management*. Verze 2017 poslední aktualizace 11.11.2016. [cit. 2017-03-03]. Dostupné na internetu <http://nurses.uroweb.org/guideline/male-external-catheters-in-adults-urinary-catheter-management/>

ROUŠALOVÁ, P. *Seznam udělených prodloužených akreditací – certifikované kurzy – aktualizováno*. Verze 2017 poslední aktualizace 27.4.2017. [cit.2017-03-03]. Dostupné na internetu https://www.mzcr.cz/obsah/certifikovany-kurz_3081_3.html

CDC. *Hand Hygiene Guideline*. Verze 2017 poslední aktualizace 25.3.2016. [cit.2017-03-03]. Dostupné na internetu <https://www.cdc.gov/handhygiene/providers/guideline.html>

WHO. *WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care*. ISBN 978 92 4 159790 6. Verze 2017 poslední aktualizace 11.1.2009. [cit.2017-03-03]. Dostupné na internetu http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44102/1/9789241597906_eng.pdf

Kontaktní adresa

Mgr. Pavla Kordulová
Ústav teorie a praxe ošetrovatelství 1. LF UK
Na Bojišti 1
Praha 2 120 00
pavla.kordulova@lf1.cuni.cz

INTEGRÁCIA CENTRA PRE HYPERBARICKÚ OXYGENOTERAPIU V RÁMCI VEDECKO-VÝSKUMNEJ BÁZY UNIVERZITNÉHO VZDELÁVANIA: DOTERAJŠIE SKÚSENOSTI, VÝSLEDKY, NOVÉ OTÁZKY A VÝZVY

Iveta Matišáková, Zdenka Krajčovičová, Vladimír Meluš

Fakulta zdravotníctva, Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne

Súhrn:

Autori v príspevku prezentujú Centrum pre hyperbarickú oxygenoterapiu, ktoré vybudovala Fakulta zdravotníctva Trenčianskej univerzity Alexandra Dubčeka v Trenčíne v spolupráci s Fakultnou nemocnicou Trenčín s využitím štrukturálnych fondov EÚ pod názvom „Dobudovanie technickej infraštruktúry pre rozvoj vedy a výskumu na Trenčianskej univerzite Alexandra Dubčeka prostredníctvom hyperbarickej oxygenoterapie“ (Grantová agentúra: Agentúra Ministerstva školstva, vedy, výskumu a športu SR pre štrukturálne fondy EÚ (ASFEU); Operačný program: Výskum a vývoj; Prioritná os: 2 Podpora výskumu a vývoja; ITMS kód projektu: 26210120019).

Cieľom projektu je využiť jedinečné možnosti hyperbarickej oxygenoterapie v komplexnej liečebno-preventívnej starostlivosti s dôrazom na multidisciplinárny personalizovaný prístup ako aj výskum v uvedenej oblasti.

Za obdobie existencie Centra pre hyperbarickú oxygenoterapiu bolo od januára 2015 do júna 2017 uskutočnených 9173 expozícií u probantov s variabilným spektrom ochorení a komorbidít, predovšetkým chronickými ranami, mozgovo-cievnymi príhodami a poruchami sluchu. Po počiatočnom náraste počtu exponovaných jedincov v jednozmennej prevádzke bola od júna 2015 zavedená dvojzmenná prevádzka. Priemerná hodnota expozícií sa v súčasnosti (v roku 2017) pohybuje v rozmedzí od 18,06 do 21,00 probantov/deň, čo predstavuje v priemere 89% kapacitného využitia komory.

Doteraz získané výsledky a numerické dáta vyhodnotené zo súboru probantov naznačujú, že doplnenie hyperbarickej oxygenoterapie v liečbe vybraných ochorení predstavuje výrazný pozitívny benefit. Úlohou do budúcna ostáva zabezpečiť udržateľnosť prevádzky zariadenia, ktorá umožní efektívnu terapiu konkrétnych ochorení, ako aj získanie a spracovanie dostatočne objemného množstva dát, ktoré dovoľia ich hodnoverné štatistické spracovanie a interpretáciu výsledkov.

Kľúčové slová: Hyperbarická oxygenoterapia; Expozícia; Projekt; Udržateľnosť; Výskum

INTEGRATION OF CENTER FOR HYPERBARIC OXYGEN THERAPY WITHIN THE SCIENCE AND RESEARCH BASE OF UNIVERSITY EDUCATION: EXPERIENCE, RESULTS, NEW QUESTIONS AND CHALLENGES

Summary:

The authors present the Center for Hyperbaric Oxygen Therapy, which was established by Alexander Dubček University of Trenčín in cooperation with the Faculty Hospital of Trenčín, using the EU structural funds entitled "Completing the Technical Infrastructure for the Development of Science and Research at the Alexander Dubček University of Trenčín by hyperbaric oxygen therapy" (Grant Agency: Agency of the Ministry of Education, Science, Research and Sport of the Slovak Republic for the Structural Funds of the EU (ASFEU), Operational Program: Research and Development, Priority Axis: 2 Research and Development Support, ITMS Project Code: 26210120019).

The aim of the project is to utilize the unique possibilities of hyperbaric oxygen therapy in complex healing and preventive care with emphasis on multidisciplinary personalized approach as well as research in the mentioned area.

Over the lifetime of the Center for Hyperbaric Oxygen Therapy, 9,173 exposures were performed between January 2015 and June 2017 in probes with a variable spectrum of diseases and comorbidities, particularly chronic wounds, cerebrovascular accidents and hearing disorders. After an initial increase in the number of exposed individuals in a one-off operation, a two-shift operation was introduced from June 2015. The average exposure value currently ranges from 18.06 to 21.00 probes per day (2017), representing an average of 89% of the capacity utilization of the chamber.

The results obtained and the numerical data evaluated from the sample of probants indicate that supplementation of hyperbaric oxygen therapy in the treatment of selected diseases presents a significant positive benefit. It is a task for the future to ensure the sustainability of the operation of the device, which will enable the effective therapy of specific diseases as well as the acquisition and processing of a sufficiently large amount of data to allow for their reliable statistical processing and interpretation of the results.

Keywords: *Hyperbaric Oxygen Therapy; Exposure; Project; Sustainability; Research;*

Úvod

Vybudovanie nového zariadenia určeného pre liečebno-preventívnu starostlivosť býva vždy náročná výzva, ktorá kladie na realizátorov náročné úlohy nielen z pohľadu dizajnovania budúceho pracoviska a jeho vybudovania, ale aj jeho prevádzky, udržateľného rozvoja a finančného zabezpečenia. V tejto pozícii bola Fakulta zdravotníctva Trenčianskej univerzity Alexandra Dubčeka v Trenčíne v roku 2012, kedy bol schválený projekt vybudovania pracoviska, ktoré by bolo špecializované na využitie hyperbarickej oxygenoterapie s dôrazom na komplexný multidisciplinárny prístup lekárskeho i nelekárskych odborov a s dôrazom na vedecko-výskumný aspekt projektu.

Hyperbarická oxygenoterapia

Hyperbarická oxygenoterapia (HBOT) je terapeutická metóda, pri ktorej pacient inhaluje 100%-ný kyslík pri tlaku vyššom ako 1 atmosféra (1,0 ATM; 1 ATA; 101,325 kPa), pričom sa nachádza v špeciálne upravenej hyperbarickej komore. Počas HBOT sa kyslík rozpúšťa vo všetkých telesných tekutinách (napr. krvná plazma, lymfa, mozgovomiechový mok) a navyše preniká do ischemických oblastí hlbšie ako pri normobarickom tlaku (Jain, 2009).

Pri niektorých ochoreniach je HBOT základom život zachraňujúcej liečby, u mnohých je významným doplnkom ďalších liečebných metód. Na HBOT sa však sústreďuje pozornosť najmä v prípadoch, kde pri liečbe niektorých ochorení zlyhávajú konvenčné terapeutické postupy. Liečebný efekt však nie je okamžitý, ale u pacientov sa začína prejavovať až po určitej dobe. Počet expozícií sa pohybuje medzi 10 - 30 a trvanie jednej expozície je spravidla indikovaný v rozsahu 60 až 90 minút. Terapia sa spravidla uskutočňuje v rozsahu aplikovaného pracovného tlaku od 1,4 – 3,0 ATA v závislosti od rôznych faktorov, u detí je rozsah aplikovaného tlaku približne 1,4 – 1,6 ATA. Efekt HBOT na organizmus jedinca sa líši vo všeobecnej závislosti od mnohých faktorov, medzi ktoré patria najmä použitý tlak, dĺžka expozície a zdravotný stav jedinca, ale aj biologická variabilita daného organizmu (Jain, 2009, Krajčovičová, et al, 2015, Sahní et al., 2003).

Mechanizmus účinku HBOT je multifaktoriálny a vyvoláva mnoho interakcií. Patria k nim napr. antibakteriálny efekt, synergický efekt s antibiotikami, zlepšenie funkcie leukocytov ovplyvnením fagocytózy a oxidačného procesu, tlmenie produkcie toxínov anaeróbov, regresia opuchu, urýchlenie demarkácie medzi nekrotickým a zdravým tkanivom, stimulácia angiogenézy, proliferácie, epitelizácie, syntéza kolagénu, zlepšenie deformability erytrocytov, zvýšenie aktivity osteoklastov, zníženie lipidovej peroxidácie a iné (Hájek, 2011).

Všetci pracovníci v HBOT komorách musia byť riadne vyškolení a oboznámení so všetkými relevantnými bezpečnostnými opatreniami a dekompresnými procedúrami. V HBOT komorách okrem

lekárov pracujú sestry a technici. Technici HBOT sa zaoberajú ochranou a bezpečnosťou komory, ale majú tiež základné vedomosti o hyperbarickej medicíne. Sestry sa zaoberajú starostlivosťou o pacientov pred, počas a po liečbe HBOT (Jain, 2009).

Vedecko-výskumné pracovisko HBO

Vedecko-výskumné pracovisko *Centrum pre hyperbarickú oxygenoterapiu* (ďalej ako „Centrum pre HBO“) bolo vybudované v rámci vedecko-výskumného projektu „*Dobudovanie technickej infraštruktúry pre rozvoj vedy a výskumu na Trenčianskej univerzite Alexandra Dubčeka prostredníctvom hyperbarickej oxygenoterapie*“ (Grantová agentúra: Agentúra Ministerstva školstva, vedy, výskumu a športu SR pre štrukturálne fondy EÚ (ASFEU); Operačný program: Výskum a vývoj; Prioritná os: 2 Podpora výskumu a vývoja; ITMS kód projektu: 26210120019) (European Commission: Research and Innovation). Centrum pre HBO je vedeckým pracoviskom Fakulty zdravotníctva Trenčianskej univerzity Alexandra Dubčeka v Trenčíne, ktoré vzniklo v spolupráci s Fakultnou nemocnicou Trenčín, kde je priamo súvisiace prístrojové vybavenie nainštalované (Centrum pre hyperbarickú oxygenoterapiu).

Východiskovou situáciou pri podávaní projektu boli niekoľkoročné skúsenosti z oblasti HBOT vo Fakultnej nemocnici Trenčín, kde pod vedením prim. MUDr. Ota Hermana v roku 2001 začala pracovať pred pavilónom Interného oddelenia mobilná hyperbarická komora a v roku 2002 vzniklo Pracovisko hyperbarickej oxygenoterapie Interného oddelenia Nemocnice s poliklinikou Trenčín, od roku 2007 Fakultnej nemocnice Trenčín. Súčasťou pracoviska sú jednomiestna hyperbarická komora BLKS-303 MK (pracovný tlak 1,8bar) a 2 miestna hyperbarická komora Aquacentrum Praha (pracovný tlak 10bar). V priebehu rokov 2002-2010 bolo exponovaných 923 pacientov, ktorí sumárne absolvovali 11 297 expozícií, pričom počet pacientov i expozícií s každým rokom narastal. Zámerom pôvodného návrhu projektu bolo o.i. zakúpenie 12 miestnej hyperbarickej komory s predpokladom zvýšenia kapacity počtu expozícií pri spustení 1 zmeny denne 2,5-násobne a pri 2 zmenách približne 4,25-násobne.

Obrázok 1 Inštalácia hyperbarickej komory Centrum pre HBO bolo následne na základe rozhodnutia Regionálneho úradu verejného zdravotníctva so sídlom v Trenčíne dňa 7. januára 2015 uvedené do prevádzky.



V Centre pre HBO TnUAD sú probanti zaradení do výskumu indikovaní lekárom na základe kritérií vyplývajúcich z vedecko-výskumného zamerania centra. V prípade, že sa nejedná o akútnu indikáciu, je potrebná komplexná edukácia každého probanta v dostatočnom rozsahu pred absolvovaním expozície HBOT a následne kontrola správnosti vedomostí a zručností. Ak sa zistia nedostatočné alebo neúplne vedomosti a zručnosti, tak je možná reedukácia. Pri zaradení do výskumu informuje

indikujúci lekár každého probanta o princípe metódy a potrebnej spolupráci, vyplývajúcej zo zaradenia do indikačnej skupiny. Po vysvetlení probant podpisuje informovaný súhlas so zaradením do výskumu. Lekár môže probanta názorne zoznámiť s prostredím hyperbarickej komory pomocou obrazového edukačného materiálu (fotografie zariadenia), prípadne sa probant zoznami s prostredím pri osobnej návšteve pracoviska. Probant zároveň dostane písomné informácie spracované pracoviskom HBOT, ktoré má možnosť si samostatne prečítať. Pri naplánovaní expozície je probantovi určený termín a čas prvej expozície a zároveň je upozornený na zásady, ktoré je nutné dodržiavať pri vstupe do HBO komory a na odporúčania po absolvovaní HBO terapie (Mišinová, Jurdíková, 2016).

Činnosť Centra pre HBO

Činnosť Centra pre HBO bola po ukončení skúšobnej prevádzky spojenej s preklenutím obdobia riešenia technických, personálnych a administratívno-legislatívnych vzťahov zahájená v mesiaci január 2015. Do mesiaca jún 2015 bola v centre spustená jedna zmena/deň pri maximálnom počte 11 exponovaných jedincov. Aplikovaný liečebný tlak bol volený podľa požiadaviek indikujúceho lekára na 2,5 ATA (+150kPa), resp. 2 ATA (+100kPa). Následne od mesiaca jún 2015 bola zahájená dvojzmenná prevádzka, kde u prvej zmeny bol aplikovaný liečebný tlak 2,5ATA a u druhej 2ATA, čím bola rozšírená možnosť expozície na 22 jedincov denne. Z počtu expozícií ako aj z prepočítanej hodnoty počtu expozícií/deň je, so vzatím do súvislosti aj sezónnych faktorov, zrejme stabilizácia indikácie probantov do výskumu od mesiaca október 2015 s evidentným nárastom v závislosti od dĺžky trvania prevádzky Centra pre HBO. Ku dňu 30. jún 2017 bolo v hyperbarickej komore centra uskutočnených 9173 expozícií, čo v spolupráci s Pracoviskom HBO Fakultnej nemocnice Trenčín významne zvýšilo jeho kapacitné možnosti (tab. 1).

Tab. 1 Prehľad dynamiky využitia kapacity Centra pre HBO v sledovanom časovom období

rok	mesiac	celkový počet expozícií			počet dní prevádzky	priemerný počet expozícií / deň		
		1. zmena (2,5 ATA)	2. zmena (2 ATA)	spolu		1. zmena (2,5 ATA)	2. zmena (2 ATA)	spolu
2015	január	106	0	106	15	7,07	0,00	7,07
	február	111	0	111	20	5,55	0,00	5,55
	marec	30	148	178	22	1,36	6,73	8,09
	apríl	71	132	203	22	3,23	6,00	9,23
	máj	177	9	186	20	8,85	0,45	9,30
	jún	212	50	262	22	9,64	2,27	11,91
	júl	185	137	322	23	8,04	5,96	14,00
	august	93	47	140	16	5,81	2,94	8,75
	september	149	136	285	19	7,84	7,16	15,00
	október	188	207	395	22	8,55	9,41	17,95
	november	199	162	361	19	10,47	8,53	19,00
	december	96	55	151	9	10,67	6,11	16,78
2016	január	124	138	262	15	8,27	9,20	17,47
	február	169	168	337	21	8,05	8,00	16,05
	marec	186	193	379	21	8,86	9,19	18,05
	apríl	173	164	337	18	9,61	9,11	18,72
	máj	218	213	431	22	9,91	9,68	19,59
	jún	212	192	404	20,5	10,34	9,37	19,71

	júl	193	163	356	20	9,65	8,15	17,80
	august	171	147	318	22	7,77	6,68	14,45
	september	109	138	247	13	8,38	10,62	19,00
	október	202	182	384	20	10,10	9,10	19,20
	november	199	117	316	20	9,95	5,85	15,80
	december	148	141	289	16	9,25	8,81	18,06
2017	január	152	130	282	15	10,13	8,67	18,80
	február	206	210	416	20	10,30	10,50	20,80
	marec	232	215	447	23	10,09	9,35	19,43
	apríl	187	191	378	18	10,39	10,61	21,00
	máj	217	213	430	21	10,33	10,14	20,48
	jún	228	232	460	22	10,36	10,55	20,91
spolu		4943	4230	9173	576,5	8,63	7,30	15,93

Na základe predkladaných údajov v tabuľke 1 možno skonštatovať, že zavedenie druhej zmeny prispelo k zvýšeniu využívania hyperbarickej komory v zmysle priemerného počtu exponovaných probantov. V prvom štvrtroku 2016 (január – marec) došlo k stabilizovaniu počtov exponovaných jedincov, kde súčet probantov oboch zmien predstavuje približne 82% celkovej kapacity komory (11+11=22 miest k dispozícii počas dvojmensej prevádzky).

Vedecko-výskumná činnosť centra

Cieľom výskumu pracoviska je vývoj nových postupov v komplexnom liečebnom prístupe k vybraným ochoreniam, ktoré využívajú, okrem súčasnej štandardnej liečby, najmä prínos HBOT, a reprezentujú tak progresívnu formu personalizovanej zdravotnej starostlivosti. S úspechom boli iniciované liečebno-preventívne úkony u probantov s nehojacimi sa ranami predovšetkým dolných končatín, s mozgovo-cievnyimi príhodami, ako aj s náhlou stratou sluchu a tinnitom. Získaná databáza výsledkov bude jedinečným a cenným zdrojom informácií pre štatistické spracovanie sledovaných parametrov, ich benefitov pre vyšetrených jedincov ako aj pre komparáciu s výsledkami zahraničných erudovaných pracovísk v danej oblasti v rámci EÚ. Spomedzi štúdií realizovaných v Centre pre HBO uvádzame vybrané z nich, ktoré poslúžia na modelovú ilustráciu vedecko-výskumnej činnosti centra.

Multidisciplinárny prístup personalizovanej medicíny, ktorý zahŕňa využitie najmodernejšej techniky HBOT, a ktorý predpokladá dobre nastavenú liečbu a spoluprácu sestry a fyzioterapeuta môže výrazne zlepšiť kvalitu života pacienta po cievnej mozgovej príhode. Medzi ciele centra patrí o.i. zistenie miery kumulatívneho vplyvu HBOT, spolupráce sestry a fyzioterapeuta na zlepšenie celkového zdravotného stavu pacienta po cievnej mozgovej príhode. Ako príklad môžeme uviesť realizovanú prípadovú štúdiu probanta po prekonaní ischemickej cievnej mozgovej príhody s komplikovaným priebehom. Objektom sledovania bol 56 ročný muž, liečený s využitím HBOT, ktorý bol intenzívne rehabilitovaný. Prípadová štúdia potvrdila pozitívny efekt expozícií HBOT na zdravotný stav a kvalitu života vybraného probanta. Testované parametre sa výrazne zlepšili v oblasti sebaobslužných aktivít (FIM test z hodnoty 62 na hodnotu 92). Muž si zlepšil chôdzu o 10m s pomocou francúzskej barly a zlepšil si úroveň sebaoptarery. Výsledky potvrdzujú pozitívny vplyv HBOT a intenzívnej rehabilitácie na zníženie spasticity. Záverom možno konštatovať, že kombinácia HBOT a správne poskytnutej ošetrovateľskej a fyzioterapeutickej starostlivosti má potenciál zvýšiť kvalitu života postihnutého jedinca, zlepšiť jeho motoriku a úroveň sebaopatery (Černický, Krajčovičová, a kol. 2016).

Je nutné však poznamenať, že HBOT a inhalovanie kyslíka je závislá o.i. od dychovej frekvencie probanta, ktorú môžeme ovplyvniť lokalizovanou dychovou gymnastikou. Treba si uvedomiť, že ak

bude dýchanie plytké a povrchové, tak parciálny tlak kyslíka v tkanivách bude znížený, a tým aj efektívnosť liečby u probanta (Černický, Králová, a kol. 2016).

Jednou z dominantných oblastí vedecko-výskumnej činnosti centra je štúdium terapeutického potenciálu HBOT vrátane jej aplikácie ako záchranej liečby u náhlejšej senzorieurálnej straty sluchu (SSNHL). Cieľom jednej zo štúdií realizovaných v centre bolo overiť mieru vplyvu HBOT na výsledný efekt liečby SSNHL, ktorá využíva predovšetkým kortikoidnú a hemoreologickú farmakoterapiu. V pilotnej štúdii sme spracovali dáta 59 jedincov. U 38 probantov bola v rámci primárnej liečby okrem farmakoterapeutickej liečby aplikovaná aj HBOT, 21 jedincov tvorilo kontrolný súbor jedincov liečených iba farmakoterapeuticky. Všetkým jedincom bolo vykonané audiometrické vyšetrenie priemerného sluchového prahu pred a po uskutočnení série 10 expozícií HBOT. Z výsledkov vyplýva, že doplnenie terapie u náhlejšej senzorieurálnej straty sluchu o HBOT výrazne zvýšilo mieru zlepšenia priemerného sluchového prahu vo všetkých siedmich sledovaných frekvenciách ($p < 0,001$).

V kontrolnom súbore miera zlepšenia nebola štatisticky signifikantne vyššia na frekvenciách 250 Hz ($p = 0,19$), 500 Hz ($p = 0,08$), 4000 Hz ($p = 0,25$), 6000 Hz ($p = 0,34$) a 8000 Hz ($p = 0,13$) (Zigo, Krajčovičová, a kol., 2017, Zigo, Krajčovičová, Meluš, 2016).

Výsledky ďalšej štúdie centra naznačujú pozitívny vplyv HBOT aj pri liečbe tinnitu. Hoci sa nejedná o ochorenie, ktoré by zásadným spôsobom menilo okolnosti života jedincov (napr. obmedzenie v pohybe, v bežnom spôsobe života, vo vnímaní okolia a pod.), subjektívne je jednotlivcami vnímané ako rušivý moment. Na základe predbežných dát nemôžeme zamietnuť predpoklad, že efekt HBOT na liečbu tinnitu nie je iba prechodným zlepšením, ale zostáva na podobnej úrovni aj v časovom odstupe troch mesiacov od ukončenia série 10 expozícií HBOT (Krajčovičová, Zigo et. al., 2016).

Významnou súčasťou výskumnej činnosti v centre je aj práca zisťovania vzťahu HBOT a mechanizmu aktivácie buniek kostnej drene, reprezentovanej napr. bunkovou líniou so znakom CD34, ktorý je v súčasnosti uznávaný ako marker progenitorovej aktivity kostnej drene. Bola realizovaná pilotná štúdia, ktorá obsahovala štatistickú analýzu vstupných a výstupných hodnôt populácie buniek CD34+ sledovanej kohorty pacientov a ich porovnanie s údajmi z dostupnej svetovej literatúry. 32 pacientov bolo rozdelených na dve rovnaké skupiny. Jednu skupinu tvorili pacienti s diagnostikovaným diabetes mellitus a druhú skupinu tvorili pacienti bez diabetes mellitus.

Pacientom bola poskytnutá štandardná liečba HBOT, absolvovali 20 expozícií. Hlavným sledovacím parametrom bolo stanovenie počtu CD34+ buniek vo vzorke periférnej krvi. Bola sledovaná aj hladina laktátu vo vzorke periférnej krvi. Po HBOT bolo zdokumentované signifikantné zvýšenie počtu CD34+ buniek. Z výsledkov tejto práce je možné potvrdiť účinok HBOT na mobilizáciu buniek kostnej drene a jej pozitívny efekt na metabolizmus reprezentovaný hodnotou laktátu v krvi (Herman, 2017).

Záver

HBOT ako aditívna terapia má veľa priaznivých účinkov na ľudský organizmus a má dôležitú úlohu pri liečbe mnohých ochorení. Drvivá väčšina klinických štúdií ukázala, že HBOT spolu s konvenčnou liečbou má za následok zníženie úmrtnosti, skrátenie dĺžky hospitalizácie, znížený počet operácií, resp. amputácií a znížené náklady na zdravotnícku starostlivosť. Liečba hyperbarickým kyslíkom je navyše všeobecne považovaná za bezpečnú liečebnú procedúru. Avšak aj napriek získaným výsledkom z klinických a experimentálnych štúdií nebola doteraz HBOT prijatá medzi tzv. štandardné metódy liečby v takej miere, akú by si evidentne zaslúžila. Bolo by veľmi prospešné, keby boli výsledky vedeckého bádania posudzované komplexne a objektívne. Ak sa tak nestane, bude metóda HBOT komunitou lekárov bagatelizovaná, zanedbávaná a nebude sa rozvíjať a rozširovať tak, ako si na základe vedeckých štúdií zaslúži. Preto vedecko-výskumná činnosť v tejto oblasti neustále nabera na význame.

Zoznam bibliografických odkazov:

ČERNICKÝ M., KRAJČOVIČOVÁ Z., POLIAKOVÁ N., MINÁROVÁ A., BAŇÁROVÁ P., KOTYRA J. (2016) Efektivita personalizovanej medicíny v podobe spolupráce sestry a fyzioterapeuta v starostlivosti o pacienta s cievnou mozgovou príhodou liečeného hyperbarickou oxygenoterapiou. In *Pozícia ošetrovateľstva a verejného zdravotníctva v podpore zdravia*, s.39-52, 1. vyd. Trenčín: TnUAD, 2016, ISBN 978-80-8075-744-1.

ČERNICKÝ M., KRÁLOVÁ E., JANČOVÁ D., KRAJČOVIČOVÁ Z., MELUŠ V., SLOBODNÍKOVÁ J. (2016) Respiratory gymnastics in hyperbaric oxygen therapy. In *University Review*, 2016; 10 (3): 12-16.

HÁJEK, M. (2011) Hyperbarická oxygenoterapie v léčbě nehojících se ran. In STRYJA, J. et. al. *Repetitorium hojení ran 2*. Semily: GEUM, 2011. ISBN 978-80-86256-79-5, s. 90 – 103.

HERMAN O. (2017) Hyperbarická oxygenoterapia a kmeňové bunky reprezentované antigénom CD34. In *Hyperbarická a potápečská a letecká medicína*, s. 18 – 25, 1. vyd. Jablonná nad Vltavou : Kongres České společnosti hyperbarické a letecké medicíny, 2017, ISBN 978-80-7464-908-0.

JAIN, K.K. (2009) *Textbook of Hyperbaric Medicine*. Hogrefe and Huber Publishers, Göttingen, 2009, 578 s., ISBN 978-0-88937-361-7.

KRAJČOVIČOVÁ Z., MATIŠÁKOVÁ I., HERMAN O., BIELIK J., ZIGO R., OPATOVSKÁ Z., MIŠINOVÁ M., JURDÍKOVÁ K., MELUŠ V., ČERNICKÝ M. (2016) Manažment novovybudovaného centra hyperbarickej oxygenoterapie z pohľadu časovej a kapacitnej optimalizácie. In *Hyperbarická a potápečská medicína*, s. 25-30, Ostravice, : LF OU v Ostravě, 2016, ISBN 978-80-7464-817-5.

KRAJČOVIČOVÁ Z., ZIGO R., MIŠINOVÁ M., JURDÍKOVÁ K., MELUŠ V. (2016) Posúdenie vplyvu hyperbarickej oxygenoterapie na subjektívne vnímanie kvality života pacientov s tinnitom. In *Zdravotnícke listy*, 2016, roč. 4, č. 1. s. 7-12, ISSN 1339-3022.

KRAJČOVIČOVÁ, Z., ZIGO, R., MELUŠ, V. Possibilities of hyperbaric oxygen therapy usage in comprehensive treatment of selected hearing diseases and disorders. In *University review*. 2015; 9 (2-3): 45-53.

KRAJČOVIČOVÁ, Z., MALAY, M., HOLLÁ, M. ET AL. Hyperbarická oxygenoterapia a možnosti jej využitia v súvislosti s aktivitami vo vodnom prostredí. In *Zdravotnícke listy*. 2015; 3 (3): 23-27.

MIŠINOVÁ M., JURDÍKOVÁ K., KRAJČOVIČOVÁ Z. (2016) Edukácia probantov v centre pre hyperbarickú oxygenoterapiu. In *Pozícia ošetrovateľstva a verejného zdravotníctva v podpore zdravia*, s.104-110, Trenčín: TnUAD, 2016. ISBN 978-80-8075-744-1.

SAHNI, T., SINGH, P., JOHN, M.J. Hyperbaric oxygen therapy: current trends and applications. *J. Assoc. Physicians India*. 2003; 51: 280-284.

ZIGO R., KRAJČOVIČOVÁ Z., MELUŠ V., RALAUSOVÁ E., SCHLENKEROVÁ D., PATLEVIČOVÁ M., GRANAČKOVÁ K., VEČEŘA J. (2017) Overenie vplyvu hyperbarickej oxygenoterapie v liečbe náhlejšej senzorieurálnej straty sluchu. In *Otorinolaryngologie a foniatrie*, 2017; roč. 66, č. 1, s.28-34. ISSN 1210-7867.

ZIGO R., KRAJČOVIČOVÁ Z., MELUŠ V. (2016) Pozitívny vplyv hyperbarickej oxygenoterapie v liečbe náhlejšej senzorieurálnej straty sluchu In *Hyperbarická a potápečská medicína*, s. 38-45, Ostravice, : LF OU v Ostravě, 2016, ISBN 978-80-7464-817-5.

Podakovanie

Tento príspevok vyšiel s podporou projektu „Dobudovanie technickej infraštruktúry pre rozvoj vedy a výskumu na Trenčianskej univerzite Alexandra Dubčeka prostredníctvom hyperbarickej oxygenoterapie“ ITMS kód 26210120019 Operačného programu Výskum a vývoj.

Kontaktná adresa:

PhDr. Iveta Matišáková, PhD.
Fakultna zdravotníctva
Trenčianská univerzita Alexandra Dubčeka
L. Novomeského 11
911 08 Trenčín
iveta.matisakova@tnuni.sk

VČASNÁ PREVENCE MALIGNÍHO MELANOMU

¹Monika Fujeriková, ²Alena Konvičná

¹Vsetínská nemocnice a.s. – Interní oddělení

²Masarykovo gymnázium, Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnická Vsetín

Souhrn:

Příspěvek se zaměřuje na problematiku prevence maligního melanomu kůže. V roce 2016-2017 bylo realizováno průzkumné šetření u čtyř set respondentů ve věku 15-20 let. Cílem bylo zjistit informovanost o maligním melanomu, jeho projevech a prevenci. K získání dat byl použit nestandardizovaný dotazník v online verzi, který byl distribuován přes internet. Výsledky průzkumu ukázaly, že 64,75 % respondentů zná pojem maligní melanom a také některé jeho projevy i rizikové faktory, včetně působení UV záření. Vysoké procento respondentů se však vystavuje přímému slunci a téměř polovina z nich upřednostňuje opálenou pokožku. Nedostatky byly zjištěny ve způsobu použití ochranných krémů. Včasný záchyt a odborné vyšetření podezřelých znamének může významně ovlivnit prognózu onemocnění, 77,75 % respondentů však vůbec neprovádí samovyšetření kůže. Pozitivním zjištěním bylo, že 95,00 % respondentů nenavštěvuje solária. Respondenti by uvítali více informací z oblasti prevence maligního melanomu. Autoři navrhují realizovat osvětu na středních školách formou odborné přednášky s diskuzí.

Klíčová slova: Kůže. Maligní melanom. UV záření. Prevence. Samovyšetření kůže.

EARLY PREVENTION OF MALIGNANT MELANOMA

Summary:

A paper is focused on the problem of the skin malignant melanoma prevention. In years 2016 - 2017 an exploratory survey has been carried out at four hundred respondents at the age of 15 - 20. A target was to find out the awareness of malignant melanoma, its manifestation and prevention. To obtain the data it was used a non-standardized questionnaire in an online version which was distributed over the Internet. The survey results showed that 64.75% of respondents know the term malignant melanoma and some of its manifestations but also its risk factors including a UV radiation effect. The high percentage of respondents has been exposed to direct sunlight and almost a half of them prefer sun - tanned skin. There were found out some deficiencies in a way of using the protective creams. A timely capture and a professional examination of the suspect marks can affect the prognosis of disease significantly, however 77.75% of respondents don't practice a self-examination of the skin at all. It has been a positive finding that 95% of respondents don't go to the tanning salons. The respondents would welcome more information from the field of malignant melanoma prevention. The authors propose to implement the public education in a form of a lecture with discussion at the secondary schools.

Keywords: Skin. Malignant melanoma. UV radiation. Prevention. Skin self-examination.

Úvod

Maligní melanom patří mezi nádorová onemocnění, kdy je při pozdní diagnostice šance na vyléčení nízká. Celosvětově se uvádí, že výskyt maligního melanomu se každých 10 let zdvojnásobí. U žen se počet nových případů stabilizoval, ovšem u mužů incidence neustále roste. Výskyt melanomu je nejčastější u střední věkové skupiny, ale přesouvá se do mladších věkových kategorií. Jednou z příčin může být i vyšší návštěvnost solárií. Naopak u dětí je melanom vzácný. (Krajsová, 2006, 2011,

Arenbergerová, Vedral, 2007). V České republice incidence také trvale stoupá. V roce 1987 bylo zaznamenáno 813 pacientů, v roce 1997 jich bylo 1 368 a v roce 2007 už 2 358. (Krajsová, 2006, 2011, Kružicová, 2010, Zvolský, 2014). Rizikovou skupinou pro vznik melanomu jsou lidé se světlou pokožkou, která se lehce spálí. Rozdíl mezi ženským a mužským pohlavím je v lokalizaci melanomu. U mužů je nejčastější místo trup, kdežto u žen se objevuje na dolních končetinách, hlavně na bérkách (Krajsová, 2006, Pizinger, 2003, Fikrle, Pizinger, 2010). Při včasném zachytu je léčba velmi účinná a může dojít až k úplnému vyléčení, což zvyšuje význam prevence ve formě samovyšetření kůže a včasného posouzení rizikových míst odborným lékařem. V dnešní době je opálená pokožka známkou krásy a zdravé pokožky. Není výjimkou, že se lidé vystavují slunci bez jakékoli ochrany a neuvědomují si škodlivost slunečního záření. Trendem dnešní doby jsou také solária, která nám poskytují opálenou pokožku i mimo letní měsíce. I přes škodlivost těchto umělých zdrojů UV záření je navštěvuje stále mnoho lidí, zejména žen. (Krajsová, 2006, Strmeňová, Mináriková, 2005, Kružicová, 2010, Schenenberger, 2012). Uvědomují si mladí lidé tato rizika a jsou dostatečně informováni o problematice maligního melanomu?

Cíl práce

Zjistit informovanost adolescentů o maligním melanomu, jeho projevech a prevenci. Zmapovat, zda respondenti z řad adolescentů mají povědomí o škodlivosti slunečního záření, jakým způsobem se chrání, jestli navštěvují solária a zda provádí samovyšetření kůže.

Metodika

K získání dat byl použit nestandardizovaný dotazník, který obsahoval 24 otázek. V dotazníku byla využita forma otázek uzavřených dichotomických, trichotomických a polytomických, u tří z nich respondenti mohli volit více odpovědí. V dotazníku byly zařazeny také otázky polouzavřené a filtrační. Na začátku prosince 2016 byl spuštěn pilotní průzkum, aby byly zjištěny případné nedostatky v dotazníku. Na základě této pilotní verze byly upraveny formulace 5 otázek. Většina dotazníků byla distribuována náhodně přes internet. Dotazník byl zaslán také v online verzi na e-mail školy Masarykovo gymnázium, Střední odborná škola zdravotnická a Vyšší odborná škola zdravotnická Vsetín. Respondenti měli možnost zapojit se do průzkumu v termínu od 27. 12. 2016 do 6. 2. 2017. Vyplnění bylo zcela anonymní. Při zpracování dat bylo využito programu Microsoft Office Excel. Výsledky byly prezentovány pomocí absolutních a relativních četností, které byly zaokrouhleny na dvě desetinná místa. Výsledky byly zpracovány do tabulek a grafů vytvořených v programu Microsoft Office Excel.

Materiál

Průzkumné šetření bylo realizováno u respondentů ve věku 15-20 let. Dotazník vyplnilo celkem 400 respondentů (100 %). Nejpočetněji byla zastoupena věková kategorie 20 let, a to 155 respondenty (39,00 %), kategorie 19 let byla zastoupena 68 respondenty (17,00 %), kategorii 18 let zvolilo 60 respondentů (15,00 %) a kategorii 17 let zvolilo 56 respondentů (14,00 %). Nejméně zastoupené věkové kategorie byly 16 let s 36 respondenty (9,00 %) a 15 let s 25 respondenty (6,00 %). Z celkového počtu dotazovaných bylo 354 žen (88,50 %). Pouze 46 dotazovaných (11,50 %) bylo mužského pohlaví.

Výsledky

Výsledky průzkumu přinesly řadu zajímavých zjištění. Jedna z otázek ověřovala znalost pojmu maligní melanom. Správnou možnost, zhoubný nádor kůže, zvolilo 259 dotazovaných (64,75 %). Chybně

odpovědělo 74 respondentů (18,5 %). Odpověď nevím zvolilo 67 respondentů (16,75 %). Další otázky dotazníku se zaměřovaly na znalost rizikových faktorů a projevy maligního melanomu. Respondenti u těchto otázek mohli volit více odpovědí. Ve výsledcích zde tedy uvádíme absolutní počty odpovědí u každé volené varianty. Jako nejčastější rizikové faktory volili respondenti nadměrné opalování, a to 291x, spálení kůže od slunce uvedli 243x a dědičnost 214x. Spálení kůže v dětském věku však považuje za riziko pouze 70 respondentů. Jako časté riziko uvedlo 274 respondentů také pravidelné návštěvy solárií. Fototypy I, II a mnoho znamének na těle volilo jako rizikový faktor 197 respondentů. V otázce projevů maligního melanomu uváděli respondenti nejčastěji možnost zarudnutí v okolí znaménka - 197x, zvětšující se znaménko - 284x, nepravidelné okraje znaménka - 179x a tmavé zabarvení znaménka - 208x. Svědění jako možný projev maligního melanomu uvedlo 188 respondentů. 69 respondentů uvedlo, že nezná projevy maligního melanomu.

Samovyšetření kůže provádí pouze 89 respondentů (22,25 %) z celkového počtu. Vůbec neprovádí samovyšetření kůže 311 respondentů (77,75 %). Na dotaz, proč samovyšetření neprovádí, uvedlo 187 z nich, že je to nezajímá. Dalších 79 respondentů uvedlo, že nemá na samovyšetření kůže čas. Strach z případného onemocnění uvedlo jako důvod 45 respondentů. V průzkumu nás také zajímalo, zda si respondenti nechávají kontrolovat znaménka u odborného lékaře. Pravidelně jedenkrát za půl roku si nechává kontrolovat znaménka pouze 7 dotazovaných (1,75 %). Dalších 39 dotazovaných (9,75 %) si nechává znaménka pravidelně kontrolovat jedenkrát za rok. Až při problémech by si nechalo svá znaménka zkontrolovat 162 respondentů (40,50 %). 192 respondentů (48,00 %) si znaménka nenechávají kontrolovat nikdy.

Další položky dotazníku se zaměřovaly na postoj respondentů k opalování. Na otázku, zda se respondenti vystavují slunci, odpovědělo 148 respondentů (37,00 %), že ano, ale bez záměru opálení. Záměrně se pak slunci vystavuje 136 respondentů (34,00 %). Pouze 80 respondentů (20,00 %) uvedlo, že se přímému slunci vyhýbá. Pro 190 respondentů (47,50 %) je opálená pokožka přitažlivější. V dětství si opakovaně spálilo kůži 140 respondentů (35,00 %). Naopak až 182 respondentů (45,50 %) uvedlo, že si pokožku v dětství nespálilo. Situaci si nepamatuje 78 respondentů (19,50 %). Na dovolené do jižních nebo alpských oblastí jezdí vícekrát za rok pouze 16 respondentů (4,00 %) a každý rok 62 respondentů (15,50 %). Občas tyto země navštěvuje 158 dotazovaných (39,50 %). Až 164 respondentů (41,00 %) odpovědělo, že tyto země nenavštěvuje.

V dalších položkách dotazníku jsme zjišťovali používání ochranných prostředků proti slunci. Důležitost ochranných přípravků jako jsou krémy, si uvědomuje 375 respondentů (93,75 %), kteří odpověděli, že naši pokožku chrání. Pouze 15 respondentů (3,75 %) uvedlo, že používání je zbytečné a 10 respondentů (2,50 %) neví, zda je používání těchto přípravků důležité. Správný způsob aplikace ochranných prostředků, tedy alespoň 20 minut před vystavením se slunci, provádí 192 respondentů (48,00 %). Aplikaci ochranného přípravku těsně před vystavením se slunci provádí 167 respondentů (41,75 %), 10 respondentů (2,50 %) provádí aplikaci přípravku až po vystavení se slunci a 31 respondentů (7,75 %) tyto přípravky nepoužívá. Opakovanou aplikaci ochranného přípravku při slunění, tudíž každé dvě hodiny, provádí pouze 25 respondentů (6,25 %). Nejčastěji respondenti uvedli, že aplikaci opakují dle potřeby a to v 242 případech (60,50 %). Pouze při pobytu ve vodě aplikaci opakuje 61 respondentů (15,25 %). Aplikaci ochranného přípravku pouze jednou provádí 41 respondentů (10,25 %). 31 respondentů (7,75 %) uvedlo, že neaplikuje ochranný přípravek vůbec. Ochranné pomůcky, jako jsou sluneční brýle a pokrývky hlavy používá 225 respondentů (56,25 %). Možnost někdy, dle potřeby, zvolilo 168 respondentů (42,00 %) a pouze 7 respondentů (1,75 %) uvedlo, že ochranné pomůcky nepoužívá. Správně vysvětlit, co značí ochranný faktor přípravku, dokáže pouze 132 respondentů (33,00 %). 103 respondentů (25,75 %) si myslí, že ochranný faktor znamená délku v minutách, kdy můžou být na slunci. Dokonce 34 respondentů (8,50 %) má za to, že ochranný faktor znamená délku v hodinách, kdy můžou být na slunci. Až 131 respondentů (32,75 %) uvedlo, že neví, co ochranný faktor na přípravku znamená. U respondentů jsme dále zjišťovali, jaký mají vztah ke slunění v soláriích. Až 328 respondentů (82,00 %) si myslí, že solária zvyšují riziko vzniku maligního melanomu. Pouze 15 respondentů (3,75 %) z celkového počtu si myslí,

že solária nezvyšují riziko vzniku maligního melanomu. Možnost, že neví, zvolilo 57 respondentů (14,25 %). Pozitivním zjištěním v průzkumu bylo, že 380 (95,00 %) respondentů solária nenavštěvuje. Pravidelně navštěvují solária pouze 2 respondenti (0,50 %), možnost občas volilo 18 respondentů (4,50 %).

V další části dotazníku jsme zjišťovali, zda mají respondenti dostatek informací o maligním melanomu. Pouze 50 respondentů (12,50 %) z celkového počtu dotazovaných uvedlo, že má dostatek informací. Nejčastěji získávají informace z časopisů a médií, ve škole a také v rodině. Počet respondentů, kteří nemají dostatek informací, ale chtěli by vědět více, je 271 (67,75 %). Problematika maligního melanomu nezajímá vůbec 79 respondentů (19,75 %). Respondenti by uvítali informace o maligním melanomu formou přednášky, besedy, prezentace. Akce jako je Evropský den melanomu nebo Stan proti melanomu zná pouze 53 respondentů (13,25 %). Tyto akce nezná 347 respondentů (86,75 %).

Diskuze

Cílovou skupinou respondentů byli mladí lidé ve věku 15-20 let. Soubor respondentů byl tvořen z 88,50 % ženami, což může svědčit pro nižší zájem mladých mužů o tuto problematiku. Toto tvrzení by bylo vhodné ověřit v navazujícím výzkumu. Prevence v dětství a mládí je velmi důležitá. Mladí lidé v tomto věku již přebírají nebo plně převzali odpovědnost za své chování, jednání a tudíž i své zdraví. Hlavním předpokladem je dobrá informovanost v oblasti předcházení nemocem. Výsledky průzkumu ukazují, že pojem maligní melanom jako takový zná 64,75 % respondentů. Téměř 35,00 % respondentů však pojem maligní melanom nezná nebo volilo nesprávnou odpověď. Výsledky odpovědí na otázky týkající se rizikových faktorů jsou uspokojivé. Jako hlavní rizika respondenti uvádějí nadměrné opalování, spálení kůže a dědičnost. Respondenti si jsou vědomi také rizika slunění v soláriích. Pozitivním zjištěním je, že 95,00 % dotázaných respondentů solária nenavštěvuje. Jako nejčastější projevy maligního melanomu respondenti uváděli zarudnutí v okolí znaménka, zvětšující se znaménko, nepravidelné okraje znaménka, tmavé zbarvení znaménka a svědění. Mnohé tyto příznaky jsou zjistitelné zrakem. Samovyšetření kůže tedy patří mezi velmi důležité kroky prevence. Průzkumem jsme však zjistili, že 77,75 % respondentů samovyšetření kůže neprovádí. Téměř polovina dotazovaných uvedla, že si nenechávají nikdy kontrolovat znaménka ani u odborného lékaře. Tuto variantu volilo 48,00 % dotazovaných. 40,50 % respondentů by si nechalo zkontrolovat svá znaménka pouze při problémech. Zde je však důležitý předpoklad včasného zjištění problémových znamének, často právě samovyšetřením kůže, které však většina respondentů neprovádí. Jako projevy maligního melanomu však změny zjistitelné především zrakem (změna barvy, zvětšující se znaménko, nepravidelné okraje znaménka) respondenti uváděli. Je tedy nutné adolescenty více motivovat k samovyšetření kůže, jelikož kůže je nejdostupnější orgán pro naše oči. Průzkum dále přinesl zjištění, že vysoké procento respondentů, celkem 71,00 %, se vystavuje slunci. 37,00 % respondentů uvedlo, že se slunci vystavuje bez záměru opálení, záměrně se slunci vystavuje 34,00 % dotazovaných. Pro téměř polovinu respondentů (47,50 %) je opálená pokožka přitažlivější. Zde je tedy na místě důsledná prevence ve smyslu používání ochranných prostředků a vyhýbání se slunci mezi 11. a 15. hodinou. Důležitost ochranných přípravků si uvědomuje 93,75 % respondentů. Průzkum však zjistil nedostatky v používání ochranných krémů. Pouze 33,00 % respondentů správně odpovědělo na otázku, co značí ochranný faktor, který bývá uváděn na přípravku. Správnou aplikaci 20 minut před vystavení se slunci provádí pouze 48,00 % dotázaných. Opakovanou aplikaci, tudíž každé 2 hodiny, provádí pouze 6,25 % respondentů. Z výsledků je zřejmé, že vysoké procento respondentů správně ochranný přípravek neaplikuje i přes znalost jejich důležitosti. Respondenti si uvědomují potřebu informací. 67,75 % respondentů uvedlo, že nemá dostatek informací o maligním melanomu. Respondenti by jako zdroj informací uvítali informační leták, brožuru, přednášky a besedy. Akce Evropský den melanomu, Stan proti melanomu nezná 86,75 %, proto by bylo vhodné zde směřovat preventivní působení.

Závěr

Je potřeba, aby mladí lidé věděli o škodlivosti UV záření, možnostech ochrany a eliminaci rizika vzniku maligního melanomu, i když jim tato rizika mohou připadat vzdálená. V době dospívání se mladí lidé vymaňují z vlivu rodičů a přebírají odpovědnost za své chování, jednání a tím i za své zdraví. Je nezbytné, aby byli nejen informováni, ale aby především naplňovali preventivní opatření proti vzniku melanomu ve svém každodenním životě. Všichni by si také měli uvědomit význam provádění samovyšetření kůže a možnosti odborného vyšetření u kožního lékaře. Pro zlepšení stavu navrhuje realizovat osvětu na středních školách formou odborné přednášky s diskuzí nejlépe v termínech blízkých Evropskému dni proti melanomu či Stan proti melanomu, kdy je možno upozornit na možnost využití bezplatné sekundární prevence v rámci těchto osvětových akcí.

Literatura

ARENBERGEROVÁ, M., VEDRAL, T. Maligní melanom. *Postgraduální medicína*. 2007, 9(5), 556-560. ISSN 1212-4184. Dostupné také z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/maligni-melanom-304618>

FIKRLÉ, T., PIZINGER, K. Maligní melanom. *Onkologie*. 2010, 4(4), 225-228. Dostupné také z: <http://solen.cz/savepdfs/xon/2010/04/03.pdf>

KRAJSOVÁ, I. *Kožní nádory – typy, příčiny vzniku, léčba a prevence: Ilustrovaný průvodce pro každého*. Praha 4: Mladá fronta a.s., 2011. ISBN 978-80-204-2404-4.

KRAJSOVÁ, I. *Melanom: [klasifikace, diagnostika, terapie, prevence]*. Praha: Maxdorf, 2006. Jessenius. ISBN 80-734-5096-8.

KRUŽICOVÁ, Z. Maligní melanom. *Postgraduální medicína*. 2010, 12(4), 425-434. ISSN 1212-4184. Dostupné také z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/maligni-melanom-450829>

PIZINGER, K. *Kožní pigmentové projevy*. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0616-4.

SHENENBERGER, D.,W. Maligní melanom kůže z pohledu primární péče. *Medicína po promoci*. 2012, 13(3), 4-9. ISSN 1212-9445. Dostupné také z: <http://www.tribune.cz/tituly/mpp/archiv/455>

STRMEŇOVÁ, V., MINÁRIKOVÁ, E. *Maligní melanóm kože*. Martin: Osveta, 2005. ISBN 80-8063-177-8.

ZVOLSKÝ, Miroslav. Aktuální informace ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky: Vývoj incidence a mortality zhoubného melanomu v České republice v letech 1980–2011. *ÚZIS ČR, Aktuální informace* [online]. Česká republika, 2014(11), 1-6 [cit. 2017-03-10]. Dostupné z: file:///C:/Users/PC/Downloads/ai_2014_11.pdf

Kontaktní adresa

Monika Fujeriková, DiS.
Bratří Hlaviců 77
755 01 Vsetín
monikafujerikova@seznam.cz

EDUKACE RODIČŮ U DĚTÍ S ATRÉZIÍ JÍCNU

Ilona Plecítá, Taťána Maňasová

Fakultní nemocnice v Motole

Souhrn:

Autorky příspěvku předkládají své poznatky z edukačního programu resuscitace pro rodiče dětí s diagnózou atrezie jícnu

Klíčová slova: *Atrezie jícnu, edukace, pneumonie, prevence, resuscitace*

EDUCATION OF PARENTS WITH CHILDREN WITH ATRESIA OF THE ESOPHAGUS

Summary:

The authors of the paper present their findings from the resuscitation education program for parents of children diagnosed with atresia of the esophagus

Key Words: *Esophageal atresia, education, pneumonia, prevention, resuscitation*

Úvod

Atrezie jícnu patří mezi nejčastější a nejzávažnější vrozené vývojové vady jícnu. Onemocnění je často komplikováno vznikem píštěle do průdušnice. Léčbou je operativní uzavření tracheoesofageální píštěle co nejdříve po porodu dítěte, aby se eliminovalo riziko aspirace a následně pneumonie.

Vlastní text

Ve FN Motol při KARIM vznikl edukační program pro rodiče těchto dětí. Kurz absolvují těsně před propuštěním dítěte do domácího ošetřování. Cílem edukace je poučení o prevenci aspirace a metody včasného odhalení vzniku zánětlivých komplikací po mikroaspiracích. Nedílnou součástí je nácvik kardiopulmonální resuscitace a řešení komplikací typu apnoické pauzy a již proběhlé aspirace.

Závěr

V minulém roce jsme edukační program ještě rozšířili. Zařadili jsme péči o dítě s tracheotomickou kanylou v domácím prostředí a ambuing. Typ edukačního programu, který mají rodiče dětí absolvovat, indikuje ošetřující lékař a staniční sestra Kliniky dětské chirurgie.

Kontaktní adresa

Mgr. Ilona Plecítá, Mgr. Tatana Maňasova

Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny 2. LF UK a FN Motol

V Úvalu 84

150 06 Praha 5

Email: Ilona.Plecita@fnmotol.cz

Email: Tatana.Manasova@fnmotol.cz

ROLE ZDRAVOTNÍ SESTRY V PREVENCI A VČASNÉHO ODHALENÍ KARCINOMU PRSU

Denisa Schwetzová, Petronela Havrilová, Zdeňka Vlčková

Lékařská genetika, GHC Genetics, s.r.o

Souhrn:

Karcinom prsu je v současné době nejčastějším zhoubným nádorem u žen a incidence onemocnění stále narůstá. Ročně je v České republice zjištěno téměř 6.500 nových případů onemocnění a přibližně 2.000 žen ročně tomuto onemocnění podlehnou. Karcinom prsu zaujímá prvenství mezi příčinami úmrtí u žen ve věkové kategorii 20-54 let. Cílem tohoto příspěvku je poukázat na preventivní programy a tím na včasné odhalení karcinomu prsu u žen.

Klíčová slova: Karcinom prsu, onkologická prevence, screenig, rizikové faktory karcinomu prsu, HBOC, BRCA

THE ROLE OF NURSE IN PREVENTION AND EARLY DETECTION OF BREAST CANCER

Summary:

Breast cancer is currently the most common type of cancer between women and the incidence of this type of cancer is growing. Annually, nearly 6,500 new cases of this disease are detected in the Czech Republic, and approximately 2,000 women per year pass away because of this illness. Breast cancer is leading cause of death among young women from the age 20 to the age 54. The aim of this article is to point out preventative programs and thus the early detection of breast cancer.

Key words: Breast cancer, cancer prevention, screening, cancer risks, HBOC, BRCA

Úvod

Rakovina prsu je problémem globálního veřejného zdraví, který je soustavně výzvou pro zdravotní sestry a mezioborové zdravotníky ke snížení úmrtnosti, prodloužení délky a kvality života ženy (Coleman, 2013, s. 311). Nejúčinnější prevencí onkologických chorob je informování veřejnosti o rizicích jejich vzniku a zároveň o možnostech prevence. S prevencí nádorových chorob je třeba ale začít dříve než člověk onemocní. Některé ženy ze strachu z odhalení nemoci nechodí na pravidelné lékařské prohlídky. To bohužel vede k tomu, že diagnóza je mnohdy stanovena až v pokročilém stádiu onemocnění. Zdravotní sestra, jako jedna z týmu odborníků, má významnou úlohu jak v primární, tak i v sekundární prevenci, neboť je s pacientem v blízkém kontaktu. Pro úspěšnou léčbu nádorových onemocnění je zásadní právě včasné rozpoznání prvních příznaků nemoci. Prevence by tedy měla začínat již v ordinaci každého lékaře (praktik, gynekolog, lékař specialista). Samotná diagnóza karcinomu prsu nabízí mnoho otázek, na které ošetřující personál bohužel nezná vždy tu správnou odpověď. Samotný pohled na prevenci, diagnostiku a následnou léčbu karcinomu prsu je individuální a závisí na řadě faktorů v našem okolí- jako je rodinné zázemí, společenský status, profesní prostředí a ve velké míře i samotný stav v našem nitru (Padamsee et al., 2017, s. 6-7). Povědomí žen v České republice o nutnosti screeningu karcinomu prsu a nádorů děložního hrdla se po zavedení adresního zvaní českých občanů do programů screeningu zhoubných nádorů od roku 2014 značně zvýšilo (Májek et al, 2015).

Karcinom prsu

Karcinom prsu se řadí mezi jednu z nejčastějších malignit žen a v populaci je výskyt tohoto onemocnění různý. V incidenci obsazuje ČR 30. místo ve světě a 18. v Evropě. V mortalitě zaujímá ČR

celosvětově 118. místo a v Evropě 37. místo. Nejvíce ohrožené jsou ženy v produktivním věku a až 36 % všech nemocných je mladších 60 let. Nejvíce žen s karcinomem prsu je ve věku 60–69 let (Nová data Národního onkologického registru ČR za rok 2014, 2017, s. 4). Přehledová studie Březinové, Hamplové a Buriánkové z roku 2010 uvádí, že dle UZIS ČR byl karcinom prsu v témže roce nejčastějším onkologickým onemocněním u žen v ČR (16 % ze všech hlášených maligních novotvarů u žen), (Březinová, Hamplová, Buriánková, 2015 s. 121). Pozitivním zjištěním je, že při stoupající incidenci tohoto onemocnění jeho mortalita naopak klesá. Příčinou klesající mortality je v neposlední řadě včasné odhalení nádoru a okamžité zahájení vhodné onkologické léčby. Na tomto má svoji nemalou zásluhu celostátní screeningový program zahájený v roce 2002 (Nová data Národního onkologického registru ČR za rok 2014, 2017, s. 4). Včasná diagnostika nádoru spočívá hlavně v dobré kolaboraci ošetřujícího gynekologa s pacientkou. Zdravotní sestry by měly ženám, které váhají, zda podstoupit mamografický screening poskytovat přesné informace a pomáhat jim tak činit rozhodnutí k vyšetření. Dnes je všeobecně známo, že pozitivní rodinná anamnéza z hlediska výskytu nádorových chorob je jedním z nejdůležitějších rizikových faktorů podmiňujících vznik karcinomu prsu (Larsen et al., 2014, s. 145). Pokud je v rodině opakovaný výskyt karcinomu prsu u tří přímých příbuzných žen, výskyt karcinomu prsu u ženy ve věku do 45 let případně triple negativní nebo medulární karcinom u ženy do 60 let, karcinomu ovaria, v jakémkoliv věku, bilaterální či duplicitní karcinom prsu, případně karcinom prsu u muže v jakémkoliv věku, je pacientka/pacient v riziku dědičného onemocnění zvaného Syndrom hereditárního karcinomu prsu a vaječníků (dále HBOC–Hereditary Breast and Ovarian Cancer). HBOC syndrom se řadí mezi autozomálně dominantní (dále AD) dědičná nádorová onemocnění a jeho příčinou bývá zárodečná mutace tumor supresorových genů *BRCA1* a *BRCA2* (Breast CAncer). Tyto geny a jejich vztah ke karcinomu prsu a vaječniku byl objeven v 90. letech minulého století. Nosiči patogenních mutací v uvedených genech mají mnohonásobně zvýšené celoživotní riziko vzniku nádorových malignit, zejména karcinomu prsu a vaječniku, ale i jiných solidních nádorů např. karcinomu slinivky, prostaty, maligního melanomu, karcinomu tlustého střeva, karcinomu žaludku aj. Pravděpodobnost přenosu mutace na každého potomka nositele mutace je 50 % nezávisle na pohlaví. Vzácně byl zaznamenán výskyt de novo mutací, neboli mutací bez prokázání dědičné linie (matka ani otec nejsou nositeli mutace). Specifický výskyt určitých *BRCA1* a *BRCA2* mutací je typický pro populaci Aškenazi židů (Petráková et al., 2016, s. 15). Mutace genů *BRCA1* a *BRCA2* odpovídá za 5-10% všech karcinomů prsu, ostatní karcinomy jsou řazeny mezi tzv. sporadické, tj. bez zjištěné kauzální příčiny. Celoživotní riziko vzniku karcinomu prsu u nosičství mutace genu *BRCA1* nebo *BRCA2* je až 85%, riziko rozvoje karcinomu vaječníků je v rozmezí 45-60% u genu *BRCA1* a 11-35% u genu *BRCA2* (Larsen et al., 2014, s. 1-2). V roce 2006 byl objeven další gen *PALB2*, jehož mutace jsou také spojovány se zvýšeným rizikem vzniku karcinomu prsu a také pankreatu. Z výsledků analýzy, která proběhla v roce 2016 v České republice vyplývá, že u *BRCA1,2* negativních osob, které splňují diagnostická klinická kritéria pro vyšetření HBOC syndromu, je poměrně vysoká frekvence patogenní mutace v tomto genu. Proto byl gen *PALB2* stanoven jako další kandidátní gen pro genetické testování u pacientů v České republice s podezřením na HBOC syndrom, a to především v rodinách s výskytem karcinomu prsu a pankreatu (Janatová et al., 2016, s. 32-33).

Primární prevence

Indikátorem úrovně primární prevence je vývoj incidence zhoubných nádorů. Role zdravotní sestry v primární prevenci spočívá ve zdravotní edukaci pacientů. Svým působením informuje veřejnost o rizicích, která by mohla vést ke vzniku závažného onkologického onemocnění. Zdravotní sestra tak napomáhá prevenci vzniku onemocnění, tím také působí na zdravotní stav pacientů a přispívá ke zvyšování kvality jejich života. Mezinárodní agentura pro výzkum rakoviny (IARC) vydala v říjnu 2014 novou verzi evropského kodexu proti rakovině, s 12 doporučeními pro zdravější životní styl (nově bylo přidáno kojení jako protektivní faktor) k podpoře prevence nádorových onemocnění (Březková et al., 2016, s. 32). Zdravotní sestra informuje pacienty o zásadách zdravé výživy a zdravého životního

stylu, eliminaci kouření, snížení příjmu alkoholu, dostatku pohybu a omezení rizik z vnějšího prostředí (ionizující záření, rizikové povolání, stres), (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012, s. 48-49). Z několika epidemiologických studií vyplývá, že zvýšené riziko karcinomu prsu souvisí např. s pravidelným užíváním alkoholu (Chen et al., 2016, s. 1221). Vliv stravovacích návyků vedoucích k nadváze a obezitě jsou dalšími rizikovými faktory. Zvýšení endogenní hladiny estrogenu u obézních žen ve fertilním věku hraje v riziku rozvoje karcinomu prsu nemalou roli (Uzunlulu, Caklil, Oguz, 2016, s. 174-175). Epidemiologické údaje ze 73 světových studií potvrdily snížení rizika vzniku rakoviny prsu o 25 % u více fyzicky aktivních žen ve srovnání s ženami méně aktivními (Lemanne, Cassileth, Gubili, 2013, s. 580). Protektivní vlivy byly také prokázány při konzumaci celozrnného pečiva, vajec, červeného ovoce, brukvovité zeleniny a vlákniny obecně. Místo cukru je doporučováno používání medu, dále pití zeleného nebo černého čaje (Rameš, Valenta, Benco, 2008, s. 127). Mezi další doporučované potraviny patří petržel, celer, heřmánkový čaj, brokolice klíčky, česnek, cibule, mandle, kurkuma, chilli, skořice a jiné antioxidanty a látky zvyšující pH organismu, jako např. citronová šťáva. Studie z roku 2015 poukazuje na fakt, že nemocní již s diagnostikovaným zhoubným nádorem mají při nedostatku vitamínu D vyšší riziko úmrtí na jeho progresi (Tomáška et al., 2015, s. 100). Hlavním cílem primární prevence je tedy šíření osvěty v oblasti zdravého životního stylu a vzdělávání laické veřejnosti v samovyšetřování. Přístup k primární prevenci je individuální záležitostí a volbou každého jedince.

Sekundární prevence

Patří převážně do rukou zdravotnických pracovníků. Hlavním cílem je včasná detekce prvních příznaků onemocnění v době, kdy se ještě nemoc plně nevyvinula a je ještě možno dosáhnout návratu ke zdraví. Nejefektivnějším nástrojem sekundární prevence je preventivní prohlídka s klinickým vyšetřením a samovyšetřování prsou (Breast self-examination) a screeningové vyšetření ultrazvukem nebo mamografem. Samovyšetřování prsou by měla každá žena provádět alespoň 1x měsíčně, edukaci ke správnému provádění samovyšetření prsů provádí gynekolog, mamolog a případně i praktik. Výhodou pro občany ČR je financování těchto programů zdravotními pojišťovnami (Ševčíková, Azeem, Kollárová, 2013, s. 121-122). V diagnostice časných stádií karcinomu prsu je mamografické vyšetření díky efektivitě a relativní finanční nenáročnosti pro ženy první volbou. Aby screening plnil svůj účel a bylo dosaženo cíle (snížení mortality), je třeba odhalit onemocnění v raném stádiu, ale současně i zvýšit záchyt rakoviny i ve stádiu pokročilém. Výsledným indikátorem úrovně sekundární prevence je tedy ovlivnění úmrtnosti. Jako tzv. bariéra prevence, bývá uváděn především strach z odhalení nemoci a následného utrpení, neznalost rizika pozdní diagnostiky, stud, či podceňování rizik ze strany zdravých žen (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012, s. 51). Národní program screeningu karcinomu prsu byl zahájen v roce 2002. Mamografický screening byl schválen jako celonárodní program dne 9. 9. 2002. Dostupná síť screeningových pracovišť s akreditací se v ČR ustálila na počtu 69. Na bezplatnou účast na tomto programu mají nárok všechny ženy od 45 let a to jednou za dva roky. Dolní věková hranice 45 let je v ČR v rámci Evropy nejnižší. Původní horní věková hranice 69 let byla v roce 2010 zrušena (Skovajsová, 2011, s. 9). The United States Preventive Services Task Force doporučovali podstupovat mamografii u žen ve věku 50-74 let jednou za dva roky zatímco United Kindom National health Service doporučují toto screeningové vyšetření provádět u žen ve věku 50-70 let věku každé 3 roky (Mandrik et al., 2017, s. 2).

Genetické poradenství

Osoby suspektní z nosičství patogenní mutace z důvodu osobní či rodinné anamnézy, by měly být odeslány svým ošetřujícím lékařem ke genetické konzultaci, v rámci které je dle aktuálních klinických diagnostických kritérií klinickým genetikem zhodnocena indikace k molekulárně-genetickému vyšetření genů spojených s HBOC syndromem. Úlohou klinického genetika je také v plné míře obeznámit pacientku (pacienta) jednak s charakterem tohoto dědičného onemocnění, s rizikem

přenosu případně nalezené patogenní mutace na její (jeho) potomky, ale také s psychickým dopadem možného nálezu mutace na její (jeho) osobu. Pacientce (pacientovi) je srozumitelnou formou přiblížena a vysvětlena funkce genů v organismu. Vyšetřovaná osoba je seznámena s možnostmi preventivních vyšetření v případě průkazu patogenní mutace, včetně možnosti preventivních chirurgických zákroků u žen (mastektomie, adnexektomie, případně i hysterektomie). Dle výsledku genetického vyšetření, v případě nálezu patogenní mutace se doporučuje ženám i mužům intenzivní screeningový program, který u žen spočívá ve vyšetřování prsou dvakrát ročně vhodnou zobrazovací metodou (MG, MRI, USG), gynekologické vyšetření je doporučeno provádět 2 x ročně (i častěji) včetně expertního onkogynekologického ultrazvuku, nádorových markerů a standardního screeningu cervikálního karcinomu. Vhodný je i screening maligního melanomu jednou ročně (kožní a oční vyšetření – u mutací v genu *BRCA2*), dále screening kolorektálního karcinomu - koloskopie jednou za 3-5 let, gastroskopie jednou za 3 roky (zvláště pokud se v rodinné anamnéze vyskytuje karcinom žaludku) a každoroční test na okultní krvácení. V případě výskytu karcinomu pankreatu u přímého příbuzného prvního stupně je doporučován i screening karcinomu pankreatu (EUS jednou ročně), (Petráková et al., 2016 s. 15-19, Metcalfe et al., 2009, s. 422-424). V případě, že je nalezena kauzální mutace (v genech *BRCA1*, *BRCA2*, *PALB2*) je riziko vzniku nádorového onemocnění pro nositele mutace celoživotní (jedná se o germinální mutaci – mutovaný gen je přítomen ve všech jaderných tělních buňkách). Jednou z možností redukce rizika vzniku karcinomu prsu a ovaria u ženy je podstoupení preventivních operací – bilaterální mastektomie a hysterektomie s bilaterální adnexektomií. Hysterektomii a adnexektomií, neboli chirurgické odstranění dělohy a adnex, tj. vaječnicku a vejcovodu, je vhodné provést ve věku 35-40 let (po dohodě se ženou - po ukončení reprodukce). Bilaterální mastektomie - oboustranné chirurgické odstranění celé mléčné žlázy je možné kdykoliv, kdy o to žena požádá. Po profylaktických operacích je rovněž doporučeno sledování pacientky jednou ročně mamologem (ultrazvukové vyšetření prsou) a gynekologem, pro riziko možného vzniku primárního peritoneálního karcinomu (Zikán, 2016, s. 25). Po provedení adnexektomie ve fertilním věku je ženám doporučeno denzitometrické vyšetření kostí a případně profylaxe hrozících osteoporotických změn (předčasná menopauza po odstranění vaječnicků). U mužů (nositelů mutace) se doporučuje klinické vyšetření jednou ročně, ultrazvuk prsů (případně i mamograf při gynomastii), ultrazvuk břišních orgánů jednou ročně a screening karcinomu prostaty od 40 let. Další vyšetření jsou doporučována lékařem dle zvážení individuálního rizika na základě rodinné anamnézy pacientky (pacienta) (Petráková et al., 2016, s. 19). Pokud je patogenní mutace genu *BRCA1*, *BRCA2* nebo *PALB2* v rodině prokázána, je doporučeno prediktivní genetické vyšetření pokrevních příbuzných. V případě průkazu patogenní mutace pak platí stejná doporučení ke klinickému sledování, jak pro onkologické pacientky, tak i pro zdravé nosičky (nosiče) mutace. U žen, u kterých nebyla patogenní mutace prokázána, ačkoliv splňují diagnostická klinická kritéria pro HBOC syndrom nebo mají v rodinné anamnéze sporadický výskyt karcinomu prsu u příbuzných žen ve vyšším věku, je doporučeno preventivní sledování dle empirického rizika (hodnoceno dle rodinné anamnézy) podle tzv. Clausových modulů (tabulky). Těmto ženám je stanoveno riziko vzniku karcinomu prsu a vaječnicku na základě rodinné anamnézy a jsou jim doporučena odpovídající pravidla pro preventivní sledování (Plevová et al, 2009, s.8-10).

Závěr

V poslední době roste incidence karcinomu prsu ve všech věkových kategoriích a přibývá i mladých žen v reprodukčním věku, u kterých je diagnostikováno toto nádorové onemocnění. Je tedy nutné zdůraznit, že délka přežití a celková prognóza ženy je závislá na včasném odhalení choroby v jejím iniciálním stádiu. Z tohoto důvodu mají screeningové programy neocenitelný význam. Jejich úkolem je zvýšit podíl včasně diagnostikovaných nádorových onemocnění, a tím snížit mortalitu na karcinom prsu. Důležitým úkolem zdravotních sester je edukovat bezpříznakové ženy v oblasti onkologické prevence a včasné detekce nádoru. V oblasti prevence hraje zdravotní sestra důležitou roli. Vhodnou a srozumitelnou formu by měla podávat informace o rizikových faktorech, které se mohou

spolupodílet na vzniku nádorového onemocnění a instruovat ženy, jak správně provádět samovyšetřování prsou. Zdravotní sestra se také podílí na preventivních programech, kde by měla individuálně i plošně informovat pacienty o možnostech navštívit speciální poradny a poskytuje seznam kontaktů a adres (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012, s. 48-50). K včasnému záchytu jednoznačně přispívá vědomí žen o možnosti nejjednodušší metody a to správně prováděném samovyšetřování prsou. BSE (Breast Self-Exam) je nejlevnější, nejpřístupnější a nejjednodušší metodou včasného záchytu nádoru prsu. Všechny ženy od 20 let by měly 1x měsíčně provádět toto vyšetření, které vychází i s doporučení US Cancer Institute. I když nebyla účinnost metody BSE na snižování mortality přímo prokázána, stále i tak se doporučuje jako obecný přístup ke zvyšování povědomí o zdraví prsou. Řada mezinárodních organizací doporučuje, aby ženy díky samovyšetřování prsů lépe poznávaly a vnímaly své vlastní tělo, a tak eventuálně dokázaly včas rozpoznat jakékoliv nežádoucí změny (Abolfotouh et al., 2015, s. 2).

Literatura

Abolfotouh, M., A., BaniMustafa, A., A., Mahfouz A., A. at al. (2015) Using the health belief model to predict breast self examination among Saudi women. In BMC Public Health, 2015, roč. 15, s.1-14. ISSN 1471-2458

Březinová, K., Hamplová, D., Buriánková, J. (2015) Sociálně psychologické aspekty zdraví a nemoci u žen diagnostikovaných a léčených s karcinomem prsu. In *Československá psychologie*, 2015, roč.59, č.2, s. 115-136. ISSN 0009-062X

Březková, V., Bartošová, Z., Hrnčížíková I. at al (2016) Evropský kodex proti rakovině(2014)- Novinky v doporučení pro zdravější životní styl. In *Klinická onkologie*, 2016, roč. 29, Suppl.29, s. 32, ISSN 0862-495X

Chen, J., Y., Zhu, H.,Ch., Guo, O. at al. (2016) Dose-Dependent Associations between Wine Drinking and Breast Cancer Risk. In *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 2016, roč. 17, č. 3, s. 1221-1233. ISSN 1995-7645

Coleman, C. (2013) Integrating quality and breast cancer care: Role of the clinical nurse leader. In *Oncology Nursing Forum*, 2013, roč. 40, č. 4, s. 311- 314. ISSN 0190-535X

Janatová, M., Borecká, M., Soukupová, J. et al. (2016) PALB2 jako další kandidátní gen pro genetické testování u pacientů s hereditárním karcinomem prsu v České republice. In *Klinická Onkologie*, 2016, roč. 29, Suppl. 1, s.31–34. ISSN 0862-495X

Larsen, M., J., Thomassen, M., Gerdes, A., M. et al (2014) Hereditary breast cancer: Clinical, pathological and molecular characteristics. In *Breast Cancer: Basic and Clinical Research*, 2014, roč.8, s.145–155. ISSN1178-2234

Lemanne D., Cassileth B., Gubili J. (2013) The role of physical activity in cancer prevention, treatment, recovery, and survivorship. In *Oncology (Williston Park)*, 2013, roč. 27, č. 6, s. 580-585. ISSN 0890-9091

Májek, O., Dušek, L., Blaha, M. at al. Výsledky adresného zvaní českých občanů do programů screeningu zhoubných nádorů (2015). **poslední aktualizace 18. 2. 2015. [cit. 2017-16-08]**. Dostupné na internetu <<http://www.mamo.cz/index.php?pg=mamograficky-screening--adresne-zvani-obcanu-do-programu-screeningu-zhoubnych-nadoru—vysledky>. ISSN 1804-0861

Mandrik, O., Ekwunife, O.,I., Zielonke, N. at al. (2017) What determines the effects and costs of breast cancer screening? A protocol of a systematic review of reviews. In *Systematic Reviews*, 2017, roč. 6, č. 1, s.1-6. ISSN 2046-4053

Metcalfe, K., A., Finch, A., Poll, A. et al. (2009) Breast cancer risks in women with a family history of breast or ovarian cancer who have tested negative for a BRCA1 or BRCA2 mutation. In *British Journal of Cancer*, 2009, roč.100, č.2, s.421–425. ISSN 1532-1827

Padamsee, T., J., Wills, C., E., Yee, L., D., Paskett, E., D. (2017) Decision making for breast cancer prevention among women at elevated risk. In *Breast Cancer Research*, 2017, roč. 19, č. 1. s.1-12. ISSN 1465-542X

Plevová, P., Novotný J., Petráková K. at al. (2009) Syndrom hereditárního karcinomu prsu a ovarií. In *Klinická onkologie*, 2009, roč.22, Supplementum, s.8-10 ISSN 0862-495X

Ševčíková J., Azeem K., Kollárová H. (2013) Úskalí screeningu nádorových onemocnění v ordinaci praktického lékaře. In *Praktický Lékař*, 2013, roč. 93, č. 3, s. 121-124. ISSN 1803-6597

Petráková, K., Palácová, M., Schneiderová, M. et al. (2016) Syndrom hereditárního karcinomu prsu a ovarií. In *Klinická Onkologie*, 2016, roč. 29, Suppl..1, s.14– 21. ISSN 0862-495X

Rameš, J., Valenta, Z., Bencko V. (2008) Rizikové faktory prostředí a životního stylu u karcinomu prsu žen– dotazníkové šetření. In *Hygiena*, 2008, roč. 53, č.4, s. 127- 134, ISSN 1802-6281

Skovajsová, M. (2010) O rakovině prsu beze strachu. 2011, 1.vyd. Mladá fronta, 2011, 54s. ISBN 978-80-204-2184-5

Tomíška, M., Novotná Š. , Klvačová L. (2015) Vitamin D při léčbě nádorového onemocnění. In *Klinická Onkologie*, 2015, roč.28, č.2, s. 99–104. . ISSN 0862-495X

Uzunlulu, M.,Telci Caklili, O., Oguz, A. (2016) Association between Metabolic Syndrome and Cancer. In *Annals of Nutrition and Metabolism*, 2016, roč. 68, č. 3, s.173- 179. ISSN 1421-9697

Vorlíček, J., Abrahámová, J., Vorlíčková, H. (2012) *Klinická onkologie pro sestry*, 2. vyd. Grada, 2012, 450 s., ISBN: 978-80-247-3742-3

Zikán M. (2016) Gynekologická prevence a gynekologické aspekty péče u nosiček mutací genu BRCA1 a BRCA2. In *Klinická Onkologie*, 2016, roč. 29, Supll. 1, s.22-30. ISSN 0862-495X

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Zdravotnictví ČR: Nová data Národního onkologického registru ČR (NOR) za rok 2014 (2016) poslední aktualizace 09/2016. [cit. 2017-16-08]. Dostupné na internetu <<http://www.uzis.cz/registry-nzis/nor>

SELFMANAŽMENT – ELEMENT WAGNEROVHO MODELU V STAROSTLIVOSTI O CHRONICKY CHORÝCH

Ľubomíra Tkáčová

Ústav Bl. M. D. Trčku v Michalovciach, VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave

Súhrn:

V 21. storočí výrazne narastá počet chronických ochorení. V roku 1999 Wagner a kolektív predstavili azda najvplyvnejší teoretický model starostlivosti o chronicky chorých – Chronic Care Model – CCM. Cieľom príspevku je popísať tento model starostlivosti o chronicky chorých, jeho špecifické využitie u pacientov s diabetes mellitus, keďže toto ochorenie bolo prototypom pre vznik tohto modelu. Poukazujeme na problematiku selfmanažmentu v starostlivosti o chronicky chorých a úlohu, ktorú v nej zohráva sestra. Chronic care model má potenciál na zlepšenie efektivity starostlivosti o pacientov s diabetes mellitus bez toho, aby negatívne ovplyvnil výsledky pacientov. Dôležitú úlohu tu zohrávajú sestry, ktoré majú nezastupiteľne miesto pri vykonávaní elementov modelu starostlivosti a to hlavne v rámci plánovaných návštev v prirodzenom prostredí pacienta.

Kľúčové slová: *Selfmanažment. Chronické ochorenie. Diabetes mellitus. CCM.*

Jednou z najväčších výziev v 21. storočí, ktorým budú musieť čeliť zdravotnícke systémy, budú chronické choroby (WHO, 2007). V starostlivosti o chronicky chorých sa však používa veľa podobných termínov, častokrát sa navzájom zamieňajú ako napríklad chronické choroby, chronický stav, dlhodobé ochorenia, civilizačné ochorenia, alebo choroby spôsobené zlým životným štýlom a neprenosné ochorenia (ICN, 2010). Sperry (2006) vymedzil štyri samostatné druhy chronických ochorení. Toto členenie je možné využiť pri plánovaní a následne pri realizácii manažmentu chronického ochorenia v ošetrovatelstve. Konštatoval, že každý druh 20 vyžaduje iný prístup multidimenzionálneho (biopsychosociálneho) záujmu, vrátane poradenstva a terapie:

- život ohrozujúce chronické ochorenia;
- život neohrozujúce chronické ochorenia, ktoré sú vhodným prístupom často riešiteľné;
- progresívne závažné chronické ochorenia;
- chronické ochorenia príznakovo nestále, ale život neohrozujúce.

V súčasnosti tieto choroby mnohonásobne prevyšujú akútne stavy. Chronická choroba je porucha zdravia, ktorá trvá dlho, často je problémom celoživotným, ako napríklad diabetes mellitus. Prognóza je neistá, choroba má rôzny vývoj, od stavu zlepšenia cez dlhotrvajúce remisie (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007). Chronická choroba je liečiteľná, nie však vyliečiteľná. Pacient s chronickou chorobou sa snaží žiť s čo najväčšou snahou o zachovanie sebestačnosti, musí sa so svojím stavom dennodenne vyrovnávať, a to predstavuje pre neho obrovskú záťaž (Popovičová, Wiczmandyová, 2015). Vyšší výskyt chronických ochorení po celom svete je spôsobený viacerými faktormi na globálnej, celoštátnej i lokálnej úrovni. Časť z nich je spojená so základnými svetovými a spoločenskými zmenami vrátane urbanizácie a ekonomickej globalizácie, s vládnu a sociálnou politikou a otázkami sociálnej nespravodlivosti i starnutím populácie (ICN, 2010).

U pacienta s diabetes mellitus je dôležité aby svoje poznatky, zručnosti a vôľové schopnosti nasmeroval k hlavnému cieľu – glykemickej kontrole. Vážnosť ochorenia diabetes mellitus si v liečbe vyžaduje individuálny prístup k pacientovi, zameraný na stanovenie individuálnych liečebných cieľov, prihliadajúc na faktory, akými sú vek, sprievodné symptómy choroby, pridružené komplikácie, sociálne a ekonomické prostredie (Barkasi, Barkasi, 2016). Duncan, Ahmed, Li et al. (2011) potvrdzujú, že viacero štúdií popisuje zlepšenie vedomostí a zručností, selfmanažmentu ochorenia, spolupráce so zdravotníkmi a zníženie nákladov na zdravotnú starostlivosť po absolvovaní terapeutickej edukácie pacientov s diabetes mellitus spojenou so selfmonitoringom a úpravou

režimu. Martinková (2016) uvádza, že zvyšovanie povedomia pacientov, ich rodinných príslušníkov a všetkých zdravotníckych pracovníkov o potrebách, poruchách a následkoch porúch je zásadný pre prevenciu, čo môže viesť k úsporám nákladov na starostlivosť o pacientov. Je významným činiteľom ovplyvňujúcim úspešnosť liečby a prognózu ochorenia (Balogová, Bramušková, 2016). Na to, aby sa zabezpečila kvalitná ošetrovateľská starostlivosť, musia spolupracovať všetky zdravotnícke profesie, to znamená vytvoriť ošetrovateľský tím, ktorí sa snaží o zachovanie sebestačnosti, telesnej a psychickej pohody a znovuobjavenie dobrého pocitu zo seba (Vagovičová, Puteková, 2013).

Jedným z kľúčových elementov CCM je self-manažment (seba-riadenie) pacienta. Vychádza z faktu, že zníženie rizika a zlepšovanie výsledkov nemôže závisieť len od konania zdravotníckych pracovníkov, ale rovnako závisí aj od konania pacienta. Primerané znalosti pacienta, pomáhajú mu optimalizovať kontrolu metabolizmu, predchádzať diabetickým komplikáciám a vyrovnávať sa s nimi. No v prvom rade pacient – diabetik, musí sám chcieť a zaujať k liečbe pozitívny prístup (Murgová, 2016). Aktivity self-manažmentu sú zvyčajne uskutočňované pacientom medzi plánovanými stretnutiami s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Tieto aktivity zahŕňajú zvládanie symptómov, ošetrovanie, zmenu životného štýlu a vyrovnávanie sa s fyzickými a psychickými dôsledkami chronickej choroby (Wagner et al., 2005). Neoddeliteľnou súčasťou selfmanažmentu diabetes mellitus – moderného prístupu v komplexnej liečbe ochorenia je selfmonitoring. Je definovaný ako samostatné meranie vybraných parametrov viažucich sa na kompenzáciu diabetes mellitus samotným pacientom. Pacient s týmto ochorením tu zohráva významnú aktívnu rolu nielen v sledovaní parametrov kompenzácie, ale tiež aktívne reaguje na namerané hodnoty. Selfmonitoring je teda proces pozostávajúci z dvoch častí:

- samostatné zistenie určitej nameranej hodnoty;
- primerané samostatné rozhodnutie o úprave ďalšej liečby (Kudlová, 2015).

Kudlová, Chlup (2006) uvádzajú, že dnes sa v praxi sledujú v rámci selfmonitoringu u pacientov s diabetes mellitus predovšetkým: glykémia stanovená nalačno a postprandiálna, glykemický profil, glykovaný hemoglobín, ketonémia, glykozúria, ketonúria, proteinúria. Raková, Nábožná (2011) dopĺňajú, že selfmonitoring v širšom slova zmysle zahŕňa aj sebakontrolu klinických príznakov diabetes mellitus ako stav nôh, hygiena, stravovanie, pohyb a iné. Ako uvádza Model starostlivosti o chronicky chorých efektívna podpora manažmentu seba samého znamená viac, ako len povedať pacientovi čo má robiť. Znamená to uvedenie pacienta do kľúčovej roly v jeho starostlivosti, čo značí aj pociťovať zodpovednosť za vlastné zdravie. Ako uvádza Hrindová (2015), včasnými odbornými intervenciami môžu sestry významne pozitívne ovplyvniť vývoj a prognózu ochorenia. Intervencie sestry sa majú zamerať na obnovu dobrého zdravia, dodržiavanie liečebného režimu a samostatnosti. To predpokladá využívanie programov sprostredkujúcich informovanosť, emocionálnu podporu a výučbu stratégií pre život s chorobou tak, aby pacient pociťoval v čo možno najvyššej miere spokojnosť s vlastným životom a strávil každý deň svojho života na vrchole svojich možností (Miller, 2009). Furtado, Nóbrega (2013) popisujú koreláciu tohto modelu a odboru ošetrovateľstva s ohľadom na to, že ošetrovateľstvo sa skladá z umenia, vedy a pomoci ľuďom pri uspokojovaní ich základných potrieb a učení ich samostatnosti a sebestačnosti – rovnako ako obnovovať, udržiavať a podporovať zdravie v spolupráci s ďalšími odborníkmi. Tiež je nutné brať do úvahy pri tejto korelácii, že u pacientov s diabetes mellitus je dôležitá výchova k zdraviu, čo je súčasťou kompetencie sestry. Neoddeliteľnou súčasťou ošetrovateľských intervencií je výchova a vzdelávanie pacientov. Má prebiehať v každej fáze ošetrovateľského procesu (Hrindová, 2015). Predpokladá sa, že participovaním sestry v rámci ošetrovateľskej starostlivosti, založenej na teórii ľudských potrieb, bude možné zvýšiť povedomie ľudí s diabetes mellitus pokiaľ ide o ich potrebu zmien v ich životnom štýle, posilnení ich problematického stavu tak, aby prijímali svoju situáciu a verili, že môžu zmeniť svoju realitu. Tieto spôsoby správania self-manažmentu v spolupráci so sestrou sú zamerané na fyzickú aktivitu, zdravú výživu, monitorovanie glykémie, lieky, riešenie problémov spojených s ochorením, zdravé zvládanie a znižovanie rizík komplikácií. Početné štúdie Bodenheimera et al. (2005) potvrdzujú nezastupiteľnú úlohu sestier pri vykonávaní zložiek chronického modelu

starostlivosti a to hlavne v rámci plánovaných návštev v prirodzenom prostredí pacienta. Potvrdzuje to aj Medzinárodná rada sestier, ktorá popísala intervencie sestier konkrétne pre každý element tohto modelu. Furtado, Nóbrega (2013) rozpísali tieto intervencie v článku Model of care in chronic disease: inclusion of a theory of nursing. Vyberáme intervencie v podpore self- manažmentu:

- zapájanie pacienta ako aktívneho partnera do manažovania liečby;
- poskytovanie informácií v rámci kompetencií a vzdelávanie pacientov a širokej verejnosti;
- podporovaním self – manažmentu uľahčiť pacientom liečbu;
- vytvárať si vzťah s pacientom a jeho opatrovateľmi/ rodinou.

Inovácia v zdravotnej starostlivosti o chronicky chorých znamená zavádzanie nových myšlienok, metód alebo programov, ktoré majú zmeniť spôsob prevencie a liečby chronických ochorení (ICN, 2010). Jedným z kritérií inovácie je aj neustále zlepšovanie kvality zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti, ktorá, ako uvádza Rapčíková (2013), súvisí so všetkými oblasťami ľudskej činnosti, ošetrovateľskú starostlivosť o chronicky chorých nevynímajúc. Výsledkom kvalitnej, vysoko odbornej a humánnej starostlivosti by mala byť zvyšujúca sa spokojnosť pacientov. Ošetrovateľstvo zohráva fundamentálnu úlohu v podpore zdravia. V dôsledku zmien a vývoja spoločnosti sa aj odbor adaptuje, napríklad vo forme novej, modernej role- pokročilej praxe v ošetrovateľstve. Rola predstavuje rozšírené kompetencie v špecializovanom odbore, ktoré v oblasti propagácie zdravia, zdravého životného štýlu a self- manažmentu sú významným prínosom pre pacientov/klientov (Grešš Halász, 2017).

Použitá literatúra:

BALOGO VÁ, E., BRAMUŠKOVÁ, J. Podvýživa seniorov – príčiny a riziká. In *Deinštitucionalizácia sociálnych služieb v kontexte pomáhajúcich profesií*. Bratislava: VŠZaSP sv Alžbety, DP Michalovce, 2016. s.10 – 16. ISBN 978 – 80 – 8132 – 144 – 3.

BARKASI, D. – BARKASI, R. 2016. Význam centier sociálneho poradenstva a edukácie diabetikov. In: *DIAspektrum*. 2016. číslo 1/2016. Ročník V. s. 6 – 9. ISSN: 1337-592X.

BODENHEIMER, T.- MCGREGOR, K.- STOTHART, N. 2005. Nurses as leaders in chronic care. In *British Medical Journal*. ISSN 0959-8138, 2005, vol. 330, p. 612-613.

DUNCAN, I. - AHMED, T.- LI, Q. E. et al. 2011. Assessing the value of the diabetes educator. In *Diabetes Educator*. ISSN 0145-7217 , 2011, vol. 37, No. 5, p. 638-657.

FURTADO, L. G. – NÓBREGA, M. M. L. 2013. Modelo de atención en la enfermedad crónica: la inclusión de una teoría de enfermería. In *Texto contexto enfermagem*. ISSN 0104-0707, vol.22, no.4, p.1197-1204.

GREŠŠ HALÁSZ, B. 2017. Advanced Practice Nursing in Health Care System. In VANSÁČ, P.-BARKASI, D.- POPOVIČOVÁ, M. 2017. *Community Social Work and Community Nursing*.2017. Krakow: TSP , 2017. p. 204. ISBN 978- 83-74- 90-995- 2.

HRINDOVÁ, T. 2015. *Vybrané kapitoly zo psychiatrického ošetrovateľstva*. Bratislava: SILVIA HODÁLOVÁ-VIUSS, 2015. s.80. ISBN 978-80-972094-0-7.

ICN. 2010. *Poskytování kvalitní péče, služba komunitám. Péče o chronicky nemocné*. 2010. [online]. [citované 2016-08-03]. Dostupné na internete: <http://www.mzcr.cz/Odbornik/> dokumenty/balicek-icn_3407_930_3.html.

KUDLOVÁ, P. 2015. *Ošetrovateľská péče v diabetologii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2015. 208 s. ISBN 978-80-247-5367-6.

KUDLOVÁ, P. – CHLUP, R. 2006. Pomůcky k aplikaci inzulínu. In *Interní medicína pro praxi*. ISSN 1212-7299, 2006, roč. 8, č. 6, s. 302 - 306.

- MARTINKOVÁ, J. Hydratácia u seniorov v zdravotníckom zariadení. In: *Cesta k modernému ošetrovateľstvu XVIII*. Praha : Fakultní nemocnice v Motole, 2016. s.118 – 122. ISBN 978-80- 87347-23-2.
- MILLER, V. A. 2009. Parent-Child Collaborative Decision Making for the Management of Chronic Illness: A Qualitative Analysis. In *Fam Syst Health*. ISSN 1091-7527, 2009, vol. 27, No.3, p. 249–266.
- MURGOVÁ, A. 2016. Špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti s ochorením diabetes mellitus. In: *Diaspektrum*, ISSN 1337-592X, ročník V, číslo 1/2016, s.14 – 17.
- POPOVIČOVÁ, M., -WICZMÁNDYOVÁ, D. 2015. Analýza prežívania a vnímania fyzických a psychických zmien u pacientov s chronickými a onkologickými chorobami. In *Florence*. Praha: Ambit Media, a. s., ISSN:1801-464X, 2015, roč. 11, č. 10, s. 23-26.
- RAKOVÁ, J. – NÁBOŽNÁ, M. 2011. Selfmonitoring ako kľúčová súčasť edukácie diabetika z pohľadu sestry. In *Florence časopis moderného ošetrovateľstva*. [online]. ISSN 1801-464X, 2011, roč. 7, s. 1-4. [citované 2016-05-07]. Dostupné na internete: <http://www.florence.cz/osetrovatelstvi/florence-plus/selfmonitoring-ako-k-ucova-sucast-edukacie-diabetika-z-poh-adu-sestry>.
- RAPČÍKOVÁ, T. 2013. *Práva pacientov v etickom a ošetrovateľskom kontexte*. 1. vyd., Banská Bystrica: Agentúra MP, 2013. 96 s. ISBN 978-80- 971453-0- 9.
- VAGOVIČOVÁ, E., PUTEKOVÁ, S. Etické aspekty starostlivosti o seniorov v ošetrovateľstve. In: *Diagnóza v ošetrovateľstve*. ISSN 1801-1349. Roč. 9, č. 6 (2013), s.18-19.
- WAGNER, E.H. et al. 2005. Finding common ground: patient-centeredness and evidencebased chronic illness care. In *Journal of Alternative and Complementary Medicine*. ISSN 1075-5535, 2005, vol. 11, p. 7 - 15.
- WHO. 2007. *Prevention of cardiovascular disease*. Geneva:WHO, 2007. ISBN 978-92-415-472-60.
- ZACHAROVÁ, E. - HERMANOVÁ, M. - ŠRÁMKOVÁ, J. 2007. *Zdravotnícka psychológia – Teórie a praktická cvičení*. Praha: Grada Publishing, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

Kontakt na autora:

doc. PhDr. Ľubomíra Tkáčová, PhD.
lubomira.tkacova@gmail.com

PRAKTICKÉ RADY PRO EDUKACI SPRÁVNÉ TECHNIKY APLIKACE INZULINU U DIABETIKŮ

Lenka Škodová

Medicentrum Beroun, s.r.o., diabetologická ambulance

Souhrn:

Cílem sdělení je přiblížit některé problémy s aplikací inzulínu, na které zdravotníci narážejí u diabetiků v ambulancích a u nemocničních lůžek.

Klíčová slova: *druhy inzulínů, místa aplikace inzulínu, inzulínové aplikátory, jehly pro aplikaci, skladování inzulínu, úspěšná edukace diabetika.*

Úvod:

Aplikace inzulínu patří mezi každodenní součást léčby některých pacientů s diabetes mellitus. Všichni lidé, včetně lékařů, sester, ošetřovatelek a rodinných příslušníků, kteří pečují o nemocného s diabetem a provádí aplikaci inzulínu, případně i edukaci správné aplikace, by měli dodržovat pokyny a postupy, které jsou doporučované diabetologickou společností. Zdravotník i sám pacient musí aplikaci inzulínu provádět správně, protože chyby při podání inzulínu mohou vést k chybně podané dávce, k jeho nedostatečnému působení, nestandardnímu vstřebávání inzulínu a rozvoji kožních změn. V neposlední řadě i informace jednotlivých zdravotníků, které se občas značně liší, mohou u pacientů vyvolávat pocit nedůvěry ve znalosti zdravotnického personálu.

Vlastní text:

Na našem trhu jsou nyní zastoupeny tři zahraniční firmy, které inzulín i inzulínové aplikátory vyrábějí. Jednou z nich je americká firma Ely Lilly. Její aplikátory inzulínu se jmenují Humapeny, přeplněné aplikátory Kwikpeny. Široká škála jejich inzulínů je známá pod názvy Humalog, Humulin či Abasaglar. Další firmou je dánská firma Novo Nordisk. Ta vyrábí aplikátory Novopeny a předplněná pera Flexpeny. Mezi její inzulíny patří Novorapid, Actrapid, NovoMix, Insulatard, Levemir a další. Třetím zástupce je francouzská firma Sanofi. Její aplikátory inzulínu se nazývají Clicstar nebo Tactipen, předplněná pera Solostar. Vyrábí inzulíny pod názvem Lantus, Tougeo, Apidra, Insuman Basal, Insuman Rapid a další.

Při aplikaci jednotlivých inzulínů je nutné respektovat druh inzulínu, rychlost nástupu jeho účinku, jeho vrchol působení a délku jeho působení po aplikaci subkutánní injekce. Důležitým pravidlem pro bezpečnost je i nevkládat inzulínové ampule od jedné firmy do výměnných aplikátorů od jiné firmy! Tento problém je častým nešvarem mezi zdravotníky. Aplikátor pak může špatně dávkovat inzulínové jednotky. Řada pacientů pravidelně nebo jen občas zapomene, zda si vůbec aplikovali potřebnou dávku inzulínu. U pacientů, kteří používají předplněná pera typu Solostar, Kwikpen a Flexpen může pomoci Timesulin. Tato pomůcka slouží jako výměnný uzávěr s časovačem, pacient se může kdykoliv podívat, kdy aplikoval poslední dávku inzulínu. Jeho nevýhodou je vyšší cena.

Výběr vhodného místa pro aplikaci subkutánní injekce inzulínu a střídání míst vpichu je jednou z nejdůležitějších podmínek správné a úspěšné aplikace inzulínu. Rychlost vstřebávání inzulínu ovlivňuje dávka inzulínu, anatomická struktura místa vpichu, prokrvení místa vpichu, teplota a svalová zátěž. K nejrychlejšímu vstřebávání inzulínu dochází obvykle z podkoží břicha, pomalejšímu z paže, potom z hýždě a nejpomalejšímu ze stehen. Při zátěži svalů se vstřebávání urychluje. Ultrakrátce působící analoga aplikujeme obvykle do břicha nebo do paže. Rychle působící humánní inzulíny do břicha, déle působící inzulíny do stehen a hýždí. Mixované inzulíny nejlépe ráno do břicha, večer do stehen. Střídání míst aplikace chrání tkáň před poškozením a vznikem nežádoucích

lipodystrofií. Existují různá schémata i pomůcky pro střídání míst vpichu. Jednotlivé vpichy mají být vzdálené asi 2-3 cm od sebe. Místa aplikace je pro pacienta výchovně pravidelně prohlížet a opakovaně pacienty reedukovat ve správné aplikaci a střídání míst vpichu.

Podstatnou součástí aplikace je kvalitní jehla na inzulínovém aplikátoru. Výrobci jehel je celá řada. Jehly na našem trhu mají různou délku od 4 mm až po 12 mm. Nyní je trendem používání co nejkratší jehly. Bylo potvrzeno řadou studií, že tloušťka subkutánní tkáně u dospělého člověka se velmi liší podle pohlaví, místa vpichu, BMI atd., ale tloušťka pokožky (epidermis a dermis) je obvykle stejná u všech, málokdy je tloušťka větší než 3 mm. Lze tedy použít jehly 4 mm i u silného pacienta. Řada výrobců doporučuje měnit jehlu na aplikátoru při každé aplikaci, pacientovi však hradí pojišťovna jen 200 ks jehel na 1 rok. Diabetologická společnost radí pacientům tedy měnit jehly alespoň co nejčastěji, ideálně po 2 - 4 dnech nebo v případě, že aplikace jehlou je již bolestivá, jehla se ucpe nebo ohne. Nikdy se jehla nemění až s náplní, u některých pacientů to může být i za více než 30 dní! Opakované použití jehly vede k otupení, deformaci a rozštěpení ostré špičky jehly. Některé jehly jsou více kvalitní, mají širší průsvit a neucpávají se krystalky inzulínu tak snadno. Některé jsou i pokryté silikonem, který snižuje bolestivost vpichu do podkoží. Inzulín se aplikuje obvykle do kožní řasy v úhlu 90°. U silných pacientů se řasa na břicho nedělá. U aplikace do paže je lepší kratší jehla, protože pacient sám není schopen udělat v místě vpichu řasu. Do paže je nejvhodnější aplikace druhou osobou. Nikdy neaplikujeme inzulín do předloktí!

Před každou aplikací je nutné zkontrolovat druh inzulínu, odstříknout pravidelně 1-2 jednotky inzulínu pro kontrolu průchodnosti. Mléčné inzulíny s déle trvajícím účinkem nebo mixované inzulíny se musí promíchat rolováním v dlaní minimálně 15 s nebo obracením náplně v peru. Zásadně se s náplní netřese! Mohla by se snížit aktivita inzulínu. Před aplikací se zkontroluje vzhled inzulínu. Při přítomnosti viditelných pevných částic, zakalení, zahuštění či jiném zabarvení se inzulín likviduje. Tyto změny mohou signalizovat špatně uskladněný, prošlý či zkažený inzulín. Inzulín se neaplikuje do oteklého, barevně změněného, bolestivého nebo zatvrdlého místa. Dezinfekce místa není v domácím prostředí nutná. Stačí čisté aplikační místo a před aplikací čisté ruce umyté mýdlem. Po úplném zatlačení dávky inzulínu do podkoží se ještě jehla ponechá v podkoží minimálně 10 - 15 s, aby byla aplikována celá dávka inzulínu. Pokud se při aplikaci stane, že část inzulínu vyteče zpět z kožní řasy, nikdy se nepodává inzulín znovu.

Pacientovi se doporučí skladovat náhradní inzulín v krabičkách i náhradní přeplněná pera v lednici při teplotě 2-8 °C. Inzulín nesmí zmrznout. Nesmí být dlouhodobě vystavován teplotám vyšším než 40°C. Za 3 dny už pak nemusí splňovat kritéria k bezpečnému použití. Jeho účinek již není zaručen a mohou nastat hyperglykémie bez zjevné příčiny. Vhodné je na tuto skutečnost upozornit všechny diabetiky, kteří cestují do teplých krajín. Většinu inzulínů radí firmy uchovávat do teploty 30 °C, některé i jen do 25 °C. Pero s inzulínem, které pacient momentálně používá, by měl skladovat při pokojové teplotě mimo přímé sluneční světlo, nejlépe v obalu na aplikátor vyrobený danou firmou. Při cestování může využít termoobaly. Termoobaly vyrábí např. firma Elekta. Inzulínové aplikátory není vhodné ponechávat v místech, kde se v průběhu dne může teplota měnit. (za oknem, v autě). Používaný inzulín se musí spotřebovat do 1 měsíce. Pozor u pacientů, kteří mají velmi nízké dávky inzulínu. Pravidelně upozorňujeme na potřebu kontrolovat expiraci inzulínu. Pacient musí vědět, co je expirace (doba použitelnosti inzulínu), a kde si ji může přečíst.

Při edukaci nácviku správné aplikace inzulínu zajistí dobrý edukátor pacientovi vhodnou klidnou místnost, dostatek času na zacvičení a dohlédne, aby si pacient nasadil případně brýle nebo naslouchadlo pokud jsou potřeba. Pacient by měl po edukaci znát základní informace o druhu aplikovaného inzulínu, času aplikace, místech aplikace a vědět, zda je nutné po aplikaci jíst nebo ne. Samozřejmostí je, že zvládne prakticky i teoreticky techniku aplikace inzulínu, kterou si sám i několikrát samostatně vyzkouší včetně výměny ampule v aplikátoru i výměny jehly. Pacienta poučí edukátor i o bezpečné likvidaci použitých jehel, předplněných inzulínových per či náplní do výměnných aplikátorů. Vhodné je použít pomůcky vkládat do pevných nádob a ty bezpečně uzavřít, teprve potom vyhodit do sběrných nádob na směsný odpad. Každý edukátor by měl vytvořit záznam

v kartě pacienta o edukaci, o jejím vedení a průběhu, včetně problémů a stanovených cílů, které jsou ještě případně s pacientem nutné dořešit při další edukaci. K záznamu se doplní podpis edukátora a edukovaného pacienta. Edukace nesmí být příliš dlouhá, nesmí pacienta příliš zatěžovat. Ideální se zdá opakovaná edukace s fázováním informací dle zdravotního stavu a mentálních schopností pacienta. K součásti edukace patří i základní informace o hypoglykémii, hyperglykémii a jejich řešení. Vhodné je doplnit i selfmonitoring pomocí glukometru.

Literatura:

U autorky.

Kontaktní adresa:

Lenka Škodová
Diabetologická ambulance
Medicentrum Beroun, s.r.o.
Politických Vězňů 40
266 01 Beroun
lenca.skodova@centrum.cz

PRVKY ROZVOJE OSOBNOSTI V EDUKAČNÍM PROCESU NA VŠ

Eva Švarcová, Klára Šindelková

Pedagogická fakulta, Univerzita Hradec Králové

Abstract

Příspěvek seznamuje s možnostmi dalšího rozvoje osobnosti u studentů na vysokých školách. Vychází z výsledků výzkumného šetření zaměřeného na zjišťování vlastností, které by měla mít dle názoru studentů VŠ zralá osobnost. Z analýzy výzkumných dat byla zpracována základní klasifikace vlastností zralé osobnosti. Na podkladě zjištěných údajů je následně možné plánovat a promýšlet výchovně zaměřené metodiky vedoucí k všestrannému rozvoji osobnosti.

Klíčová slova: *Osobnost, Vlastnosti, Výchova, Výzkum, Zralost*

Úvod

Definicí pojmu osobnost existuje na základě názorů mnoha odborníků celá řada. Pedagogicko-psychologický slovník např. uvádí, že pojem osobnost se začal v psychologii oficiálně používat na počátku 20. Století, dříve se mluvilo spíše o duši než o osobnosti. Jedna z definic je dále: „Osobnost je hypotetický konstrukt, který je vymezen obecnými pojmy a je aplikován na konkrétní osobu“ (Křováčková, Skutil a kol. 2014, s. 68). Podobných definic existuje více než osmdesát, Allport se pokusil z definic vybrat prvky, které se v nich shodují a jsou zdůrazňovány. Prvním charakteristickým bodem osobnosti je souhrnnost, která představuje syntézu myšlení, citění a jednání. Následujícím znakem je integrace, která umožňuje člověku zapojit se do společnosti a přizpůsobit se prostředí ve kterém žije, s čímž souvisí další rys osobnosti, kterým je přizpůsobení se.

Pro každou osobnost platí, že je jedinečná. Každý člověk se od druhého více či méně odlišuje, což je velmi důležitý ukazatel osobnosti. S jedinečností souvisí podstata jedince, která definuje to, co je pro danou osobnost nejtypičtější. Osobnost bývá laicky chápána jako významná osoba, například vědec, herec, sportovec. Z psychologického i pedagogického hlediska je však osobností „každý člověk jako integrovaný a integrující, organizovaný a organizující biopsychosociální celek se všemi relativně stálými individuálními vlastnostmi (konstitučními, výrazovými, charakterovými, temperamentovými a intelektovými)“ (Křováčková, Skutil a kol. 2014, s. 69).

Vývojem nejen „Já“ a jedinečnosti člověka, ale vývojem celé osobnosti se zabýval ve své publikaci Říčan. Zaměřil se nejdříve na biologické zrání, které přispívá k formování osobnosti. „Zrání nervové soustavy, včetně mozku, je geneticky naprogramovaný vývojový proces“ (Říčan, 2010). U každého jedince je tento vývoj individuální. Zrání může být ovlivněno výchovou a učením, podle autora však jen malou mírou. Zároveň ale říká, že psychický vývoj bez učení je nemyslitelný. Záleží pak jen na tom, zda je jedinec učením a výchovou ovlivněn pozitivně nebo negativně. Bohužel jsou možné obě možnosti. Vývojem se zabýval také Sigmund Freud, který svou pozornost soustředil na psychosexuální vývoj, dále Erik Erikson, který je autorem teorie „osmi věků člověka“, Karl Jung, Lawrence Kohlberg či Jean Piaget aj. (Říčan, 2010).

Osobnost člověka je velmi zkoumanou sférou jak v psychologii, tak v pedagogice, přesto se stále setkáváme s novými otázkami a objevujeme nové zvláštnosti, což jenom dokazuje jedinečnost osobnosti každého jedince.

Metoda a diskuse

Cílem výzkumného šetření realizovaného mezi studenty prezenční i kombinované formy studia na Pedagogické fakultě Univerzity Hradec Králové a Farmaceutické fakultě Karlovy Univerzity Praha, viz Švarcová 2017, bylo mimo jiné zjistit, jaké vlastnosti by měla mít zralá osobnost.

Ke zkoumání názorů studentů na vlastnosti charakterizující zralou osobnost, byl použit dotazník tvořený čtyřmi hlavními položkami. První tři zjišťují základní informace o respondentech – pohlaví, věk a studium či zaměstnání. Čtvrtá položka je rozsáhlá a tvoří jádro celého dotazníku. Respondentům bylo předloženo 54 vlastností a jejich úkolem bylo prostřednictvím pětibodové škály označit, do jaké míry je daná vlastnost typická pro zralou osobnost člověka. Přičemž 0 znamenala na škále nejmenší důležitost a 5 nejvíce důležité vlastnosti. Výzkumný soubor zahrnoval celkem 218 respondentů ve věku 20 až 49 let.

Analýzou výsledků výzkumného šetření bylo zjištěno, že nejvýznamnějšími vlastnostmi charakteristickými pro zralou osobnost jsou zejména odpovědnost, slušnost, soběstačnost, vyrovnanost, rozhodnost a emoční stabilita. Na dalších pozicích je spravedlivost, čestnost, tolerantnost, věrnost, sebeúcta, svědomitost, poctivost, rozvážnost a vnímavost. (Švarcová, 2017)

Přestože si každý zralou osobnost představuje trochu jinak, základní aspekty jsou u většiny respondentů stejné či podobné. Zralý jedinec by měl být především zodpovědný za své chování, jednání, za své činy. Zároveň by měl být slušný, což koresponduje se zdvořilostí a společenským chováním. Zralost osobnosti je dále charakterizována soběstačností ve všech směrech. Velmi důležitá je také vyrovnanost, které sekunduje emoční stabilita a rozhodnost. Zralý člověk by se měl chovat čestně, být spravedlivý a tolerantní. Do první desítky nejdůležitějších vlastností studenti zařadili také věrnost, která je i dle psychologů znakem zralosti. Nejméně charakteristickým rysem zralé osobnosti je pro většinu respondentů oblíbenost, pořádkumilovnost, hrdost a zvědavost.

Z provedené analýzy můžeme konstatovat, že podle respondentů jsou z hlediska zralosti osobnosti podstatné zejména vlastnosti, které nejsou vrozené, čili charakterové vlastnosti. Důležitý je však i temperament a vlastnosti biologicky dané. Z uvedeného vyplývá, že pro formování osobnosti mají význam jak charakter, tak temperament, obě složky se u zralého jedince navzájem ovlivňují a doplňují.

Využití v praxi

Odpovědnost je vysoce hodnocenou vlastností snad ve všech oblastech života. Bez odpovědného jednání se neobejdeme v pracovní sféře ani v osobních vztazích. U studentů můžeme odpovědnost posilovat například důsledným vyžadováním a následnou kontrolou úkolů a dalších požadavků stanovených ke splnění zápočtu, k přípravě na vyučování, na seminář apod.

Na dalším místě je **slušnost**, která je dle našeho názoru v poslední době poněkud opomíjenou hodnotou a to je z osobnostního i celospolečenského hlediska velmi špatně. Posilovat všechny atributy slušného společenského chování by mělo být v edukačním procesu jednou z hlavních priorit. Pedagog je pro své žáky a studenty příkladem a to nejen slušného chování. Nutností ale také je po studentech společensky přijatelné chování vyžadovat. Součástí vzdělání, obzvláště vyššího, byla od nepaměti kultivovanost osobnosti, s čímž samozřejmě úzce souvisí vybrané společenské chování. Znalost etikety je ve vyspělých společnostech samozřejmou součástí vzdělanosti a mimo jiné i známkou zralé osobnosti.

Vést jedince k soběstačnosti je cílem výchovně vzdělávacího procesu od útlého věku, de facto od narození. U studentů na vysokých školách je **soběstačnost** jedním ze základních předpokladů zdárného absolvování celého studia a následného uplatnění na trhu práce.

Vyrovnanost, jejíž nedílnou součástí je **emoční stabilita**, je dalším z důležitých předpokladů nejen úspěšného studia, ale především kvalitativně hodnotnější mezilidské interakce v oblasti pracovního i

soukromého života. Emoční stabilita je dána do značné míry geneticky, přesto ji lze spolu s vyrovnaností ve všech aspektech edukačního procesu posilovat. Velmi důležité je klima ve škole i na pracovišti a celková atmosféra ve společnosti. Stres a honba za úspěchem a materiálními hodnotami rozhodně k vyrovnanosti a emoční stabilitě nepřispívají. Proto je důležité vést studenty k efektivnímu plánování své práce a k hodnotám, které mají trvalý charakter, nepodléhají módním trendům a příliš nesouvisí s materiálním konzumním stylem života.

Mezi velmi důležité vlastnosti zralé osobnosti patří **rozhodnost**. Váhavost a nejistota, čili opaky rozhodnosti, mohou člověku v mnoha případech život zkomplikovat. K posilování rozhodnosti a správného rozhodování existuje řada aktivit již pro děti na základních školách, které jsou součástí např. etické výchovy. Preferovány jsou především zážitkové metody, například situační hry, dramatizace, řešení modelových situací apod.

Spravedlnost patří mezi vlastnosti ceněné v každém věku. Obzvláště citlivé jsou na projevy nespravedlnosti žáci na základních školách a studenti na středních i vysokých školách. Proto je nezbytné, aby každý pedagog měl připravena hodnotící kritéria na všechny vyučované předměty či obory, na každou tematickou část, kterou bude zkoušet a následně hodnotit. Žáci a studenti dokáží učiteli/učitelce odpustit drobnou neznalost, ale nikdy nespravedlnost. Opět zde jde pedagog příkladem. Spravedlivé jednání bez prvků protekcionismu a jiného „nadržování“ je také v pracovním procesu pozitivně vnímané zaměstnanci na každém pracovišti.

Další zásadní vlastností je **čestnost**. Umět přiznat svou chybu, nezatajit nelichotivá fakta, doznat se k nepravostem a snažit se je odčinit, to vše je znakem silné zralé osobnosti. Posilování čestného jednání je opět mj. součástí obsahu předmětu Etická výchova již na základních školách. U studentů na vysokých školách by čestnost měla z hlediska jejich vlastností patřit k prioritním.

Neméně důležitou vlastností pro zralou osobnost je **tolerantnost** z obecného hlediska. To znamená tolerantnost v osobních vztazích, čili v rodině, s partnerem apod., ale také v rovině mezilidských vztahů celkově. V současné době je schopnost tolerance často diskutována zejména ve vztahu k migrantům, etnickým menšinám, homosexuálům, náboženským skupinám atd. Pedagogové na všech stupních vzdělávacího procesu, ale především na základních školách, mohou v uvedené oblasti mnohé ovlivnit, a to jak pozitivním, tak bohužel i negativním směrem. Výchova k toleranci začíná stejně jako každá výchova již v rodině. Vychovávat rodiče či spíše převychovávat již nebývá možné, proto je nutné začít nejen s výchovou k toleranci co nejdříve, nejlépe od mateřských škol. I v tomto případě máme k dispozici velké množství aktivit ze zážitkové pedagogiky, které posilují schopnost tolerance.

Mezi první desítku nejdůležitějších vlastností, které by měla mít zralá osobnost, studenti zařadili **věrnost**. Schopnost budovat trvalejší dlouhodobé partnerské vztahy je skutečně známkou zralé osobnosti. Věrnost ale není důležitá pouze v partnerství, manželství, přátelství, ale i v pracovní rovině. Můžeme sem zařadit i věrnost a loajalitu k zaměstnavateli, vlastenectví, národní hrdost atd.

Závěr

Znalost vlastností, které charakterizují zralou osobnost je velmi důležitá při plánování a promýšlení metodiky a aktivit s využitím didaktických aspektů výchovy vedoucí k osobnostnímu růstu s preferovaným cílem podpořit atributy tvořící základní kameny zralé osobnosti. Jedním z důležitých cílů v edukačním procesu na všech typech škol je všestranný rozvoj osobnosti.

Z uvedených důvodů je nanejvýš žádoucí zahrnout do výchovně vzdělávacího procesu již od mateřských škol aktivity vedoucí k rozvoji a podpoře vlastností důležitých pro vývoj zralého jedince. Dosud se nejvíce osvědčují metody zážitkové pedagogiky, při nichž si žáci a studenti často ani neuvědomují, že jsou vychováni a vzděláváni. Jedná se o nenásilné hravé metody spojené se zážitkem, který je v edukačním procesu mnohem efektivnější, více ulpívá v paměti, než memorování a učení se drilem.

Posilování pozitivních vlastností souvisejících se zralostí osobnosti je nejen z celospolečenského hlediska velkou prioritou.

Literatura

Allport, G., W. (2004). O povaze předsudků. Praha: Prostor.

Křováčková, B., Skutil, M. a kol. (2014). Pedagogický a psychologický slovník: terminologický slovník zaměřený na primární a preprimární vzdělávání. Hradec Králové: Gaudeamus.

Říčan, P. (2010). Psychologie osobnosti. Praha: Grada Publishing.

Švarcová, E. (2017). Maturity of personality by the eyes of university students. Futur Academy, Porto, ICEEPSY 2017.

Kontaktní adresa

PhDr. Eva Švarcová, Ph.D.
Katedra pedagogiky a psychologie
Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové
Rokitanského 62
500 03 Hradec Králové III
eva.svarcova@uhk.cz

OSOBNOSŤ A VPLYV SR. FIDES DERMEKOVEJ PRI ZALOŽENÍ OŠETROVATEĽSKEJ ŠKOLY KONGREGÁCIE MILOSRDNÝCH SESTIER SVÄTÉHO KRÍŽA V BRATISLAVE

¹Lubica Ilievová, ²Erika Juríková, ¹Jana Boroňová

¹Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita v Trnave

²Filozofická fakulta, Trnavská univerzita v Trnave

Abstrakt:

Štúdia sa zameriava na začiatky ošetrovateľského vzdelávania na Slovensku, ktoré sú spojené s činnosťou Kongregácie milosrdných sestier Svätého kríža. Prvá slovenská dvojročná ošetrovateľská škola v Bratislave vznikla po oficiálnom schválení na zriadenie v roku 1929 a slávnostné otvorenie školy sa udialo 2. 11. 1931 s následnou riadnou výučbou. Výraznou osobnosťou od začiatku stojacou na jej čele sa stala Sr. Fides Jozefína Dermeková, ktorá svojím organizačným a pedagogickým nadaním výraznou mierou prispela k jej úspešnému fungovaniu.

Kľúčové slová: Kongregácia milosrdných sestier Svätého kríža, ošetrovateľské vzdelávanie, ošetrovateľská škola v Bratislave, Sr. Fides Jozefína Dermeková.

Jozefína Dermeková, sestra Fides

S osobnosťou Sr. Fides Dermekovej sa spája niekoľko prvenstiev. Ako absolventka pražskej ošetrovateľskej školy bola nielen prvou riaditeľkou prvej ošetrovateľskej školy na Slovensku, ale zároveň priekopníčkou ošetrovateľského vzdelávania na Slovensku.

Jozefína Dermeková sa narodila 18. februára 1900 v Brodskom pri Kútoch. Ako dvanásťročná dievča prejavila záujem o prijatie do Kongregácie milosrdných sestier Svätého kríža, na čo sa pripravovala v Žambéku, v dnešnom Maďarsku. V tom období vyniklo jej nadanie pre štúdium, a preto ju predstavení poslali študovať učiteľstvo do Bratislavy. Po skončení pôsobila ako učiteľka na škole v Pečeňadoch v okrese Piešťany, kde sa prejavil jej vzťah k mladým a k rešpektovaniu ich individuality, o čom vypovedajú zápisky v jej duchovnom denníku: „*Hovoriť k mladým ľuďom spôsobuje radosť. Viest' ich k méte po rôznych cestách v súlade s povahami a sklonmi. Priblížiť sa k nim s rastúcou oddanosťou v hodinách nepokoja, únavy a blúdenia. Priateľsky im poradiť v ťažkých chvíľach kríz nie je prázdnu autoritou rokov alebo osobnou skúsenosťou, ktorá je pre iných skoro vždy neužitočná, ale porozumením, čo vychádza zo srdca.*“⁶

V roku 1927 ju predstavená povolala do Bratislavy, aby začala s prípravou založenia a otvorenia plánovanej ošetrovateľskej školy. Následne získala vzdelanie pre profesionálne ošetrovateľstvo na ošetrovateľskej škole v Prahe. Hneď po jej absolvovaní začala viesť prvý štátny kurz pre ošetrovateľky v Bratislave. V rokoch 1931 až 1950 bola riaditeľkou prvej slovenskej ošetrovateľskej školy v Bratislave, ktorej zriaďovateľom bola Slovenská provincia Milosrdných sestier Svätého kríža. Po zatvorení školy zásahom politickej moci odišla spolu s inými sestrami do Zlatých Moraviec, kde po dlhotrvajúcich zdravotných ťažkostiach 21. apríla 1957 zomrela a pochovali ju na miestnom cintoríne.

Základným prameňom informácií o okolnostiach založenia ošetrovateľskej školy, problémoch s jej materiálным a personálnym zabezpečením je kronika, ktorú počas dvadsaťročnej existencie školy písala práve Sr. Fides. Po jej smrti sa o kroniku starala Sr. Elena Hrabková (11. 8. 1921 – 21. 11. 2016), ktorá patrila k posledným žijúcim absolventkám bratislavskej ošetrovateľskej školy. Sestra Elena mala za úlohu kroniku ukrývať a chrániť v čase po 2. svetovej vojne aj v dobe nastupujúceho socializmu. V súčasnosti sa kronika nachádza v archíve provinciátu Kongregácie milosrdných sestier Svätého

⁶ HAUPTVOGLOVÁ, M.: *Dejiny Slovenskej provincie Milosrdných sestier Svätého kríža*, s. 312.

kríža v Trnave a je vzácnym prameňom k dejinám školy a ošetrovateľského vzdelávania na Slovensku.⁷

Založenie Kongregácie milosrdných sestier Svätého kríža

Kongregácia milosrdných sestier Svätého kríža (krížové sestry) vznikla v roku 1856 v Ingenbohle, mestečku churského biskupstva vo Švajčiarsku. Kongregácia patrí regulovanej tretej reholi sv. Františka. Jej zakladateľom bol páter Teodózius (1808 – 1865), vlastným menom Anton Krispin Florentini, člen kapucínskej rehole a generálny vikár churského biskupstva.⁸ Tak vznikla Kongregácia milosrdných sestier Svätého kríža s materským domom v Ingenbohle a Mária Terézia Schererová⁹ sa stala jej prvou generálnou predstavenou.

Mária Terézia bližšie spoznala dnešné Slovensko v čase, keď šľachta a bohatí statkári vzniesli v 60-tych rokoch 19. storočia požiadavku, aby krížové sestry pôsobili v ich obciach ako ošetrovatelky a učiteľky. Vlastné usídlenie sestier Svätého kríža na Slovensku sa uskutočnilo v roku 1865 a najstaršou filiálkou krížových sestier sa stali Zlaté Moravce, kde viedli župný špitál.¹⁰ Neskôr sa pôsobnosť krížových sestier rozšírila na územie celého Slovenska. Slovenská provincia začala svoju činnosť 19. novembra 1927, na sviatok sv. Alžbety. Viedla ju Sr. Teodózia, prvá provinciálna predstavená.¹¹ V súčasnosti tvorí provinciu 21 komunít pôsobiacich na Slovensku a dve komunity sestier medzi Slovákmi v Rumunsku. Sestry ošetrojú chorých, učia v školách, sú zapojené do služby Cirkvi. Od roku 2002 vykonávajú slovenské sestry službu aj v Rusku.¹²

Prvé kroky k založeniu ošetrovateľskej školy

Myšlienkou nutnosti založiť ošetrovateľskú školu na Slovensku sa už od roku 1926 začala zaoberať práve Sr. Teodózia. K vzdelávaniu a konkrétne k ošetrovateľskému vzdelávaniu mala veľmi blízko. Od roku 1907 pôsobila 15 rokov ako predstavená sestier ošetrovateliek na bratislavskej klinike, a to až do svojho menovania za komisariátnu vikárku. Potreba založiť vzdelávací ústav pre budúce ošetrovatelky súvisela aj s absenciou po slovensky hovoriacich sestier: *„Vznikom samostatnej Československej republiky v roku 1918 slovenské sestry odchádzali z Maďarska. Napriek tomu, v maďarskej provincii zostal značný počet „zdatných pracovníč národnosti slovenskej, ktoré buď povinnosťami boli hatené alebo bázňou predpojaté, ako by to bolo v dospelom veku nastúpiť študentské časy a učiť sa vlastnému materskému jazyku, ktorý sme v jeho správnom znení neovládali, keďže štátnym jazykom bol jazyk maďarský“.*¹³

S cieľom naplnenia predstavy o založení školy pre budúce ošetrovatelky v Bratislave vyslala Sr. Teodózia tri sestry do ošetrovateľskej školy sestier Sv. kríža v českom Chomutove. Štúdium na tejto škole bolo pre sestry náročné, pretože sa vyučovalo v nemeckom jazyku. V roku 1928 štúdium ukončili len dve z troch vyslaných sestier: Viktória Kolárovičová nastúpila na chirurgickú ambulanciu v Štátnej nemocnici v Bratislave a sestra Charitas Morvayová na operačnú sálu chirurgickej kliniky v tej istej nemocnici. Sr. Andrea Ciastonová štúdium neukončila, pretože ako učiteľka maďarského jazyka neovládala slovenčinu. Stalo sa tak na základe rozhodnutia Sr. Teodózie, pretože *„umienila si*

⁷ Informácia z rozhovoru so sestrou Lucianou Janou Miklošovou z Kongregácie milosrdných sestier Svätého kríža, ktorý sa uskutočnil v Trnave 7.12.2016

⁸ HAUPTVOGLOVÁ, M.: *Dejiny Slovenskej provincie Milosrdných sestier Svätého kríža*. Trnava : Kongregácia milosrdných sestier sv. Kríža, 2008, s. 17.

⁹ V roku 1995 bola Mária Terézia Schererová vyhlásená za blahoslavenú.

¹⁰ HAUPTVOGLOVÁ, M.: *Dejiny Slovenskej provincie Milosrdných sestier Svätého kríža*, s. 21.

¹¹ Sr. Teodózia, vlastným menom Mária Hossová (1871 – 1935) – do kongregácie vstúpila ako pätnásťročná, sľub zložila v Choryni na Morave. Neskôr pôsobila ako provinciálna radkyňa a hlavná sestra pre ošetrovatelky.

¹² Kongregácia milosrdných sestier Svätého kríža: <http://sestrysvkriza.sk/>

¹³ DERMEKOVÁ, Fides. *Kronika ošetrovateľskej školy 1931 – 1943*, zápis z r. 1931. Archív Kongregácie milosrdných sestier Sv. kríža v Trnave.

týmto záujmom získať učiteľku, ktorá bude chápať vážne nútnosť prehlbenia odborného vzdelania a dokonale ovláda štátny jazyk, ktorého znalosť je nevyhnutná ku prevádzaniu administratívy školy, ktorá sa bude ďalej celou dušou venovať čo učiteľka povolaniu ošetrovateľskému“.¹⁴

Jazykové a osobnostné predpoklady však spĺňala Sr. Fides Dermeková, a tak ju 19. 7. 1927 predstavená poverila za organizátorku plánovanej ošetrovateľskej školy slovenskej provincie Kongregácie sestier Sv. kríža v Bratislave. Stalo sa tak napriek tomu, že vzdelanie na vykonávanie ošetrovateľského povolania nemala. Preto po schválení žiadosti generálnou predstavenou matkou Teréziou Beck nastúpila v októbri 1927 na štúdium ošetrovateľstva v pražskej štátnej ošetrovateľskej škole. Spolu s ňou začala študovať aj sestra Andrea Ciastonová. V Prahe mala prvý ročník ošetrovateľského štúdia opakovať a riadnym ukončením druhého ročníka si mala osvojiť štátny jazyk.

V čase odchodu oboch sestier do Prahy bola podaná žiadosť o povolenie zriadenia školy tak, aby keď sa po skončení štúdií vrátia, bolo možné školu otvoriť. K žiadosti o povolenie bolo potrebné vypracovať štatút, učebné osnovy a určiť budovu na umiestnenie školy alebo aspoň jej plán. Vzor štatútu a osnov slovenskej provincii poskytla ošetrovateľská škola nemeckej provincie v Chomutove v nemeckom jazyku. Ich preklad do slovenského jazyka a prispôbenie miestnym potrebám zabezpečila Sr. Fides, po jazykovej stránke ich skontroloval administrátor blumentálskej fary Augustín Pozdech, ktorý dokonale ovládal nemecký jazyk a vyjadril sa, že v takomto znení môže byť materiál predložený ministerstvu.

Stavebné plány novej budovy pre ošetrovateľskú školu vypracoval Dezider Nagy¹⁵, ktorý bol zamestnancom mestského stavebného úradu v Bratislave. Budova ošetrovateľskej školy mala byť postavená na pozemku na Preys Krištofovej ulici v Bratislave. Pozemok patrila sestram alžbetíňkam, s ktorými provinciálka Teodózia Hosssová rokovala o predaji pozemku. Napriek sľubným rokovaniam z dôvodu nesúhlasu niektorých sestier alžbetíniok sa predaj pozemku neuskutočnil. V snahe zamedziť predaju žiadali totiž sumu, ktorú Kongregácia milosrdných sestier Sv. kríža nebola schopná zaplatiť.

Napriek problémom so zabezpečením priestorov pre výučbu bola prvá dvojročná Ošetrovateľská škola na Slovensku zriadená výnosom Ministerstva verejného zdravotníctva a telesnej výchovy č. 4350/1929 zo dňa 15. 3. 1929. O povolenie zriadiť ošetrovateľskú školu sa v Prahe zaslúžil najmä JUDr. Richard Bébr, sekčný šéf Ministerstva verejného zdravotníctva a telesnej výchovy.¹⁶ Povolenie podpísal minister verejného zdravotníctva a telesnej výchovy Jozef Tiso a štát prisľúbil kongregácii neodkladne poskytnúť na výstavbu školy 500 000 korún.

Keďže kongregácia napriek povoleniu zriadiť ošetrovateľskú školu nedisponovala pozemkom, na ktorom by mohla začať s výstavbou, Sr. Fides prevzala 29. 10. 1929 úrad predstavenej sestier ošetrovateliek v štátnej nemocnici v Bratislave. Vďaka tomu sa mala možnosť zoznámiť s činnosťou sestier v nemocnici a spoznať lekárov, ktorí mali neskôr pôsobiť na ošetrovateľskej škole. Zároveň v roku 1931 prevzala vedenie ošetrovateľského kurzu sestier Sv. kríža. Išlo o tzv. druhý štátny ošetrovateľský náukobeh ktorý prebiehal od 3. februára do 9. júna 1931 a skončil záverečnou štátnou skúškou. Predsedom skúšobnej komisie bol samotný odborový prednosta ministerstva verejného zdravotníctva a telesnej výchovy v Prahe JUDr. Rudolf Bébr. Kurzu sa zúčastnilo a úspešne ho

¹⁴ DERMEKOVÁ, Fides. *Kronika ošetrovateľskej školy 1931 – 1943*, zápis z r. 1931. Archív Kongregácie milosrdných sestier Sv. kríža v Trnave.

¹⁵ Plány sa zachovali v Archíve Kongregácie milosrdných sestier Sv. kríža v Trnave.

¹⁶ JUDr. Richard Bébr (1876 – 1938), odborník na zdravotnícke právo. Pôsobil ako odborový prednosta ministerstva verejného zdravotníctva. Na ministerstve verejného zdravotníctva pôsobil od roku 1919. Zaslúžil sa o legislatívnu úpravu a zavedenie do praxe tzn. zdravotnej prirážky. Verejná prirážka zabezpečovala verejným nemocniciam finančného zdroje, ktoré používali na vlastný hospodársky rozvoj. Zaslúžil sa taktiež o budovanie a rozvoj na Slovensku a Podkarpatskej Rusi. Prispieval do odborných časopisov, napr. Věstník měst a okresů země české, Československá nemocnice, Zdravotnícké revue. Jeho životným dielom mali byť „česko-slovenské zdravotnícké zákony“ v edícii Československého kompasu, avšak vydania celého diela sa nedožil. In Československá nemocnice, roč. IX, číslo 1, 25. ledna, 1939, s.2.

ukončilo 20 milosrdných sestier a 40 civilných ošetrovateliek. Vedenie Československej štátnej nemocnice vyslovilo provinciálnej predstavenej vďaka za to, že kurz viedla Sr. Fides Dermeková, ktorá celé učivo zosummarizovala a rozšírila.

Otvorenie ošetrovateľskej školy

Na základe úspešne ukončeného ošetrovateľského kurzu a preukázaných organizačných i pedagogických schopností generálna predstavená Kongregácie milosrdných sestier Sv. kríža Terézia Beck vyslovila želanie otvoriť ošetrovateľskú školu v Bratislave už v roku 1931. A tak provinciálna predstavená Sr. Teodózia poverila Sr. Fides Dermekovú, aby zorganizovala otvorenie ošetrovateľskej školy so začiatkom vyučovania už v školskom roku 1931/32.

Otvorenie ošetrovateľskej školy bolo kladne komentované aj v odbornej tlači. V časopise Československá nemocnica sa okrem iného uvádza: *“od sriadenia tejto školy ošetrovateľskej môžeme právom veľmi mnoho očakávať, nakoľko bude to jediná škola na Slovensku svojho druhu, a mimo pražskej štátnej dvojročnej ošetrovateľskej školy nebude mať párnika v našej republike čo do rozsahu a materiálu učobného. Zárukou tohto sú prednášajúci profesori a docenti lekárskej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave.”*¹⁷ V správe sa ďalej píše, že absolventky tejto ošetrovateľskej školy budú mať prednosť pri obsadzovaní miest v štátnych, krajských, mestských, verejných a súkromných nemocniciach, ak sa preukážu diplomom z tejto školy.

Pred samotným otvorením školského roka bolo nevyhnutné preukázať Ministerstvu verejného zdravotníctva a telesnej výchovy splnenie viacerých požiadaviek, ktoré sa týkali teoretickej a praktickej činnosti budúcej ošetrovateľskej školy.

Prvou požiadavkou bolo deklarováť vhodné priestory k dočasnému umiestneniu školy, keďže vlastné priestory k dispozícii neboli. Na tieto účely bol zrenovovaný provinčný dom krížových sestier na Hviezdoslavovom námestí č. 27. Renovácia sa zrealizovala ešte v lete 1931 a stála 54 tis. korún, k tomu drobné opravy za 12 tis. korún. Prestavbu budovy, ktorá sa začala 1. 7. 1931 a skončila v septembri toho istého roka, dostal ako zákazku staviteľ Štefan Elefanti z firmy Weisz a Elefanti¹⁸, podnikateľstvo stavieb. V rámci prestavby bol do budovy zavedený telefón a prednášková miestnosť bola provizórne zariadená 25 stoličkami, tabuľou, kreslom a obrazovou výzdobou. Písací stroj a písací stolík dodalo Provinciálne predstavenstvo v Podunajských Biskupíc.

Druhou požiadavkou bolo mať k dispozícii prednáškové miestnosti v priestoroch štátnej nemocnice v Bratislave. Súhlas na ich používanie na vzdelávanie budúcich ošetrovateliek poskytlo Ministerstvo verejného zdravotníctva a telesnej výchovy aj riaditeľstvo Československej štátnej nemocnice v Bratislave.

Poslednou podmienkou pre otvorenie ošetrovateľskej školy bolo na základe už schválenej osnovy školy z roku 1929 predostrieť návrh na odborného riaditeľa školy, učiteľského zboru a podrobný rozvrh „praktikovania žiakov“ v 2. ročníku štúdia. Podľa platných predpisov sa odborným riaditeľom ošetrovateľskej školy mal stať riaditeľ nemocnice, ku ktorej bola škola pričlenená, v tomto prípade to bola Československá štátna nemocnica v Bratislave. Riaditeľ štátnej nemocnice však v tom čase vykonával poslaneckú funkciu a jeho zástupca profesor František Prokop, prednosta ústavu súdnej patológie, ju pre nedostatok času odmietol. Uvažovalo sa aj o Jozefovi Baborovi, prednostovi biologického ústavu, v jeho neprospech však zavážilo odborné zameranie vzdialené od praktického vzdelávania budúcich ošetrovateliek. Preto na pozíciu odborného riaditeľa navrhla Sr. Teodózia doc.

¹⁷ Československá nemocnice, roč. 1, číslo 1, 1. 5. 1931, s. 256.

¹⁸ Firma Weisz a Elefanti, podnikateľstvo stavieb, patrila medzi nemecké, maďarské a židovské stavebné podniky v Bratislave, založené po roku 1918. Hallon, Ľ. *Stavebníctvo a staviteľské podnikanie na Slovensku 1918 – 1938*. In Verbum Historiae, Bratislava, 2015, s. 22.

Ľudovíta Valacha¹⁹ z Internej kliniky Štátnej nemocnice v Bratislave, vtedajšieho asistenta profesora Kristiána Hyneka. Docent Valach ponuku prijal, riaditeľstvo Československej štátnej nemocnice v Bratislave súhlasilo s návrhom a zaslalo požiadavku na jeho schválenie za odborného riaditeľa Ministerstvu verejného zdravotníctva a telesnej výchovy v Prahe.

V čase prestavby budovy pre dočasné umiestnenie ošetrovateľskej školy bol zaslaný kongregáciám, ktoré sa zaoberali ošetrovateľstvom, oznam o otvorení ošetrovateľskej školy. Do 1. ročníka sa prihlásilo 12 sestier z Kongregácie milosrdných sestier Sv. kríža a 3 z Kongregácie milosrdných sestier sv. Vincenta z Rožňavy. O vzdelávanie v ošetrovateľskej škole mali záujem aj iné kongregácie, ale keďže ich členky nemali požadované vzdelanie, žiadosť o štúdium im bola odložená na budúce roky.

V októbri 1931 priniesol riaditeľ doc. Dr. Ľ. Valach z Prahy ústnu informáciu o povolení otvorenia ošetrovateľskej školy v Bratislave. Škola mohla byť otvorená i bez písomného vyrozumienia Ministerstva verejného zdravotníctva a telesnej výchovy v Prahe, ktoré malo byť doručené kongregácii neskôr. Písomné vyjadrenie Ministerstva verejného zdravotníctva a telesnej výchovy v Prahe o otvorení ošetrovateľskej školy bolo doručené riaditeľstvu Československej štátnej nemocnice v Bratislave 23. 10. 1931. Ministerstvo schválilo otvorenie školy 1. 11. 1931, celkový rozsah praktického výcviku a doc. Dr. Valacha ako odborného riaditeľa. Vedením školy bola poverená Sr. Fides Dermeková, pomáhala jej Sr. Andrea Ciastonová, s ktorou navštevovali ošetrovateľskú školu v Prahe, a ktorá absolvovala skúšku učiteľskej spôsobilosti.

Slávnostné otvorenie ošetrovateľskej školy Kongregácie milosrdných sestier Sv. kríža sa uskutočnilo 2. 11. 1931. Išlo o neoficiálny začiatok, keď sa prvýkrát v zborovni školy stretol so zamestnancami riaditeľ, ktorý vzdelávaciu inštitúciu slávnostným príhovorom otvoril. Slávnosti sa zúčastnila provinciálna predstavená Sr. Teodózia v sprievode provinciálnej prefektky Sr. Adely Stögerovej. Prítomní boli aj prof. Zdeněk Frankerberger, prednosta anatomického ústavu Univerzity Komenského v Bratislave, Alexander Baranský, šéflekár Československej štátnej nemocnice v Bratislave, Martin Binder, ekonomický riaditeľ a správca československej štátnej nemocnice v Bratislave a iní významní hostia. Keďže písomné povolenie otvoriť školu dostala kongregácia až v priebehu školského roka, oficiálne otvorenie školy sa za účasti vládneho radcu Dr. Gejzu Mitického uskutočnilo až o rok neskôr 8. 10. 1932. Otvorenie ošetrovateľskej školy v Bratislave bolo pre slovenskú provinciu Kongregácie milosrdných sestier Svätého kríža významnou udalosťou aj v kontexte osláv 700-ročnej pamiatky smrti sv. Alžbety, patrónky slovenskej provincie Kongregácie.²⁰

Absolventky ošetrovateľskej školy v Bratislave získali aj vďaka premyslenému a široko koncipovanému, metodicky prepracovanému systému vzdelávania a pod praktickým vedením Sr. Fides prestíž, ktorá im umožňovala zamestnať sa nielen v štátnych, župných a krajinských nemocniciach, ale i v privátnom sektore. Vyhľadávané boli aj pre skúsenosti na operačných sálach, ktoré nadobudli počas praxe.²¹

Absolventkám a tiež absolventom boli spolu s diplomami udeľované i nositeľné profesijné odznaky a tým sa pokračovalo v dlhoročnej medzinárodnej tradícii profesionálneho ošetrovateľstva i na Slovensku.¹⁷

¹⁹ Ľudovít Valach (1893 – 1941), rádiológ, zakladateľ a priekopník rádioterapie. Pôsobil na Internej klinike u prof. Kristiána Hyneka. Bol prednostom Rádioterapeutického ústavu Lekárskej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave. V roku 1931 zriadil „rádiové emanatórium“. Bol predsedom spolku Protirakovinovej spoločnosti. Venoval sa osvetovej činnosti.

²⁰ DERMEKOVÁ, Fides. *Kronika ošetrovateľskej školy 1931–1943*, zápis z r. 1931. Archív Kongregácie milosrdných sestier Sv. kríža v Trnave.

²¹ Pôsobili napr. na operačnej sále trnavskej nemocnice, kde zaúčali ďalšie sestry. ILIEVOVÁ, L. – JURÍKOVÁ, E. *Pôsobenie Milosrdných sestier Svätého kríža v chirurgickej operačnej sále Trnavskej nemocnice v kontexte dejín ošetrovateľstva*. In [Studia Capuccinorum Boziniensia II](#). Kraków : Towarzystwo Słowaków w Polsce, 2016, s. 88 – 99.

RESUME

Príchod Kongregácie milosrdných sestier Sv. kríža na územie dnešného Slovenska v roku 1865 súvisel s požiadavkou o starostlivosť o vzdelávanie mládeže a o chorých. Prvým pôsobiskom sestier Svätého kríža, ktoré spadali pod maďarskú provinciu, boli Zlaté Moravce, kde viedli župný špitál. Po vzniku Československej republiky a následne slovenskej provincie kongregácie, ktorej prvou predstavenou sa stala Sr. Teodózia Hossová, vyvstala potreba organizovaného ošetrovateľského vzdelávania pre personál nemocníc a sociálnych ústavov rôznych typov. Už v roku 1929 bolo oficiálne schválenie na zriadenie prvej slovenskej ošetrovateľskej školy v Bratislave, na čele ktorej stála Sr. Fides Dermeková. Po splnení stanovených požiadaviek bola v roku 1931 aj slávnostne otvorená. V prvom školskom roku 1931/32 ju navštevovalo 15 žiačok, príprava mala teoretický charakter a prednášky viedli pedagógovia z Lekárskej fakulty Univerzity Komenského. V druhom roku dvojročného štúdia sa vzdelávanie zameriavalo hlavne na praktické cvičenia na jednotlivých klinikách a ambulanciách Štátnej nemocnice v Bratislave. Prvý cyklus úspešne ukončili všetky žiačky záverečnou skúškou pred komisiou v júni 1933. Úspech ošetrovateľskej školy počas jej 20-ročnej existencie garantovala osobnosťou a organizačnými schopnosťami riaditeľka Sr. Fides Dermeková, priekopníčka ošetrovateľského vzdelávania na Slovensku.

Štúdia je súčasťou riešenia projektu Činnosť a prínos Kongregácie Milosrdných sestier Svätého Kríža v ošetrovateľskom vzdelávaní – koncepčné a metodologické prístupy v historickom výskume.

Zoznam použitej literatúry

Pramene

DERMEKOVÁ, Fides. *Kronika ošetrovateľskej školy 1931 – 1943*. Archív Kongregácie milosrdných sestier Sv. kríža v Trnave.

Stavebné plány ošetrovateľskej školy. Archív Kongregácie milosrdných sestier Sv. kríža v Trnave

Periodiká

Československá nemocnice, roč. 1, číslo 1, 1. 5. 1931, s. 256.

Československá nemocnice, roč. IX, číslo 1, 25. ledna, 1939, s.2.

Verbum Historiae, Bratislava, roč. 2, 2015, s. 22.

Literatúra

HAUPTVOGLOVÁ, M.: *Dejiny Slovenskej provincie Milosrdných sestier Svätého kríža*. Trnava : Kongregácia milosrdných sestier sv. Kríža, 2008. 334 s. ISBN 978-80-7114-711-4

ILIEVOVÁ, Ľ. – JURÍKOVÁ, E. *Pôsobenie Milosrdných sestier Svätého kríža v chirurgickej operačnej sále Trnavskej nemocnice v kontexte dejín ošetrovateľstva*. In [Studia Capuccinorum Boziniensia II](#). Kraków : Towarzystwo Słowaków w Polsce, 2016. 196 s. ISBN 978-83-7490-860-3

KOZOŇ, V. et al. *Ošetrovateľstvo – 50 rokov univerzitného vzdelávania na Slovensku*. Wien : ÖGVP Verlag, 2012. 323 s. ISBN 978-3-9502178-6-5

Kontaktná adresa

doc. PhDr. Ľubica Ilievová, PhD.
Katedra ošetrovateľstva
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce
Trnavská univerzita v Trnave
lubica.ilievova@truni.sk

PORANĚNÍ OSTRÝMI PŘEDMĚTY VE ZDRAVOTNICTVÍ

¹Štěpánka Černá, ^{1,2}Andrea Bratová

¹Fakultní nemocnice v Motole

²2. lékařská fakulta, Univerzita Karlova

Souhrn:

Infekční choroby přenosné krví, představují největší riziko profesionální infekce zdravotníků. Typickou cestou přenosu infekce při poranění pracovníka ve zdravotnictví je poranění ostrým, či špičatým předmětem. Jde o řezné či bodné poranění pod již zažitým pojmem „poranění ostrým předmětem.“ Počty poranění ostrými předměty ve zdravotnických zařízeních, jsou trvalým problémem nejen u nás v České republice, ale i v celém světě. Rada Evropské Unie řeší tuto problematiku směrnicí č. 2010/32 EU. Celosvětově je díky zavedení systémových opatření, včetně možnosti používání bezpečnostních pomůcek, možné snižování potenciálních profesionálních rizik u zdravotnických pracovníků.

Klíčová slova: Bezpečnostní odběrové jehly; Odběr krve; Poranění ostrým předmětem; Směrnice EU; Zdravotnický personál;

NEEDLE STICK INJURY IN HEALTHCARE

Summary:

Infectious illnesses transferable by blood represent the greatest risk of getting infected at workplace for health workers. A typical case of transferring infection to a health worker are wounds caused by sharp edged objects. Those are stabbing or cutting injuries commonly known as “sharp object injuries”. The number of injuries by sharp objects in health institutions is a constant issue not only in Czech Republic, but in the rest of the world as well. Council of the European Union addresses this issue with regulation no. 2010/32 EU.

Thanks to introducing legal measures, including a possibility to use security aids, there is a potential for lowering professional risks for health workers on a worldwide basis.

Key words: Blood Collection; EU Directive; Health insurance; Needlestick injury; Safety collection needles

Úvod

Infekční choroby přenosné krví představují největší riziko profesionální infekce zdravotníků. Typickou cestou přenosu infekce při poranění pracovníka ve zdravotnictví je poranění ostrým, či špičatým předmětem. Jde o řezné či bodné poranění pod již zažitým pojmem „poranění ostrým předmětem“. Počty poranění ostrým předmětem ve zdravotnických zařízeních jsou trvalým problémem nejen u nás v České republice, ale i v celém světě.

Tato poranění se sice povinně evidují, studií POUZP (Profesní a odborová unie zdravotnických pracovníků), která byla provedena začátkem roku 2017, bylo prokázáno, že hlášení poranění probíhá pouze v cca 3300 případech ročně a počet poranění, která se nehlásí, se zvýšil od roku 2014 z 13% na 27% ročně (Válek, 2017).

Pracovníci, kteří poranění nenahlásí, problém bagatelizují z různých důvodů... „posledně se nic nestalo, tak teď to hlásit nebudu...“ nebo pacient, u kterého byla použita jehla, o kterou se poraněný/á zranil/a je známý, nevypadá nemocný, ... „to se mi nemůže stát, jsem očkován/a...“ a

podobně. Ať už se jedná o jehlu, skalpel či sklo, vždy jde o porušení celistvosti kůže, tedy potenciální otevření vstupní cesty infekcím.

Vlastní text

V současné době jsou nejobávanější infekce HBV (žloutenka typu B), HCV (žloutenka typu C) a HIV (virus lidské imunitní nedostatečnosti). Existuje i riziko získání infekce CMV (citomegalovirus), EBV infekce (Ebstein – Barr virus), infekce parvovirem B19, syfilis. Vzácně se mohou vyskytnout HPV (lidský papilomavirus), malárie, trypanosomóza, v neposlední řadě i ebola (Rozsypal, 2014).

Problematika poranění ostrým předmětem ve zdravotnictví je věnována pozornost i na úrovni Evropské Unie (EU). Rada EU vydala za účelem ochrany pracovníků ve zdravotnictví směrnici č. 2010/32 EU. Touto směrnicí se provádí Rámcová dohoda o prevenci poranění ostrými předměty v nemocnicích a ostatních zdravotnických zařízeních, uzavřená mezi HOSPEEM (Evropská asociace zaměstnavatelů pro nemocnice a zdravotnictví) a EPSU (Evropská federace odborových svazů veřejných služeb) (Směrnice rady 2010/32/EU).

Každá směrnice vydaná EU, poskytuje prostor členským státům, aby se daná pravidla implementovala do národních právních řádů, a to do 3 let od vydání. Na konferenci konané v březnu 2017 pod názvem „Bezpečnost nemocnic: Prevence poranění zdravotnického personálu“, vysvětlil zástupce ministerstva zdravotnictví (MZ) z oddělení Sekce ochrany a podpory veřejného zdraví Mgr. Fošum ve své prezentaci, jakým způsobem je tato směrnice implementována do zákonů České republiky. V České republice se toto úspěšně podařilo a to v rámci 23 zákonů (Fošum, 2017).

Analýza některých bodů směrnice 2010/32 EU: V ustanovení č. 1, jsou konkretizovány následující cíle této rámcové dohody: „dosáhnout co možná nejbezpečnějšího pracovního prostředí, předcházet poraněním zaměstnanců způsobeným veškerými ostrými předměty ve zdravotnictví (včetně injekčních jehel), chránit ohrožené zaměstnance, stanovit integrovaný přístup zavádějící zásady v oblasti hodnocení rizik, prevence rizik, školení, informování, osvěty a monitorování, zavést do praxe postupy zásahů a následných opatření“.

Jak si vysvětlit pojem „nejbezpečnější pracovní prostředí“? Je to takové prostředí, kde jsou eliminovány škodlivé prvky – v tomto případě ostré předměty ve zdravotnictví? Jenže jak například odebrat krev bez použití jehly, což je jeden z prvních úkonů, který se ve zdravotnickém zařízení provádí? Jak aplikovat lék do podkoží, do svalu nebo do žíly aniž by k tomu byla použita jehla? Je jasné, že tomuto předejít jednoduše nelze. **Řešení tu však je.** v rámci prevence rizik jsou na českém trhu dostupné, v souladu nejen s danou směrnicí, „bezpečnostní odběrové a aplikační jehly a kanyly I., II. a III. generace“, které danou problematiku pomáhají efektivně řešit.

Bezpečnostní jehly byly vývojáři vyvinuty na základě zkušeností, připomínek a návrhů z řad koncových uživatelů - zdravotnických pracovníků. Tyto jehly jsou inovativní nastupující generací, která nahradí v budoucnu běžné jehly stejně tak, jako například vakuový systém vyřadil obyčejnou stříkačku a konvenční jehlu v nedávné minulosti.

Dalším důležitým bodem směrnice je Ustanovení č. 4, která se věnuje zásadám směrnice a to konkrétně v bodech 3, 5, 7, a 11.

K bodu č. 3 citovaného ustanovení. Povinnost zaměstnavatele ve zdravotnictví zajistit bezpečnost a ochranu zdraví zaměstnanců v každém souvisejícím aspektu, včetně organizace práce běžně na pracovištích zajištěno je a to různým způsobem, dle typu oddělení a zařízení. Jak je zajištěn psychosociální faktor? Zdravotnický pracovník, po nahlášení poranění, je obalán tzv. obálkou s červeným pruhem do vlastních rukou z krajské hygienické stanice (KHS) s pokyny ve smyslu nařízení ze zákona, které má poraněný dodržovat v rámci prevence šíření případné infekční choroby. V takovém rozhodnutí je uveden dlouhý seznam toho jak se v situaci po poranění chovat a čeho se zdržet. Při převzetí obálky s pruhem se ne každý člověk cítí dobře. Po přečtení takového dopisu se

mnohdy člověk stresuje, neboť je povinen omezit svůj dosavadní způsob života nejméně na 6 měsíců. Jak je zajištěno, aby se necítil špatně v rámci své rodiny? Který zákon upravuje tento psychosociální faktor dle sdělení MZ? V bodě č. 5 ustanovení, je na zaměstnavatele přenesena povinnost vytvořit prostředí, kde se zaměstnanci a jejich zástupci podílejí na vypracování zásad a postupů pro oblast bezpečnosti a ochrany zdraví při práci. Toto na pracovištích funguje v rámci vydávání standardních postupů k danému výkonu například odběru krve. Každé zdravotnické zařízení má však své vlastní standardy, které nejsou nikterak unifikovány v rámci České republiky nebo Evropské Unie. Jsou si podobné, ale v jistých částech se liší.

V bodě č. 7 daného ustanovení, se uvádí: „Zaměstnavatelé a zástupci zaměstnanců musí na vhodné úrovni spolupracovat při odstraňování a prevenci rizik, ochraně zdraví a bezpečnosti zaměstnanců“... Co konkrétně je vhodné? Taková úprava směrnice je velmi diskutabilní neboť každý pracovník ve zdravotnictví si tuto pasáž vysvětlí dle svého. Co je vhodné pro jednoho, nemusí být vhodné pro druhého.

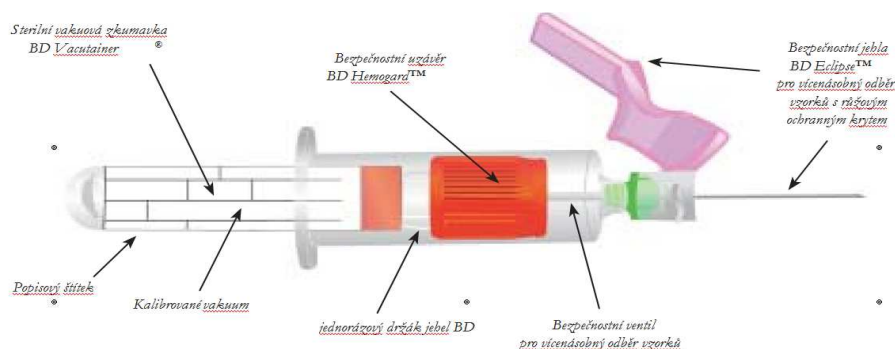
Bod číslo 7. pokračuje: „Vytváření bezpečného pracovního prostředí, včetně konzultací ohledně volby a používání bezpečného vybavení, stanovení nejvhodnějších postupů školení, informování a osvěty“. Bezpečné prostředí a bezpečné vybavení je takové, kde je minimalizováno riziko poranění. Některým poraněním lze preventivně předejít a to zavedením bezpečnostních odběrových, aplikačních jehel a kanyl, kterých je na trhu velké množství a jsou dostupné varianty pro různé typy pacientů. Osvětu a školení k bezpečnostním pomůckám má provést výrobce či případný distributor.

Bodem k zamyšlení je i bod č. 11. „Je nutné podporovat kulturu neobviňování“. Velká část nehlášených případů poranění z uvedených 27%, je rovněž obava z toho, že pracovníka bude někdo obviňovat za chybu, ačkoli se tak stalo nečekaně, tedy nepředvídatelně, například z důvodu neklidu pacienta, kterému byla odebírána krev a postižený pracovník je v tomto případě „nevinný“...

Ustanovení č. 6 se věnuje otázce odstranění rizik, prevenci a ochraně

V článku č. 1 uvádí, že: „Pokud výsledky odhalí nebezpečí poranění ostrými předměty nebo infekce, je nutné zabránit expozici zaměstnanců těmto rizikům přijetím následujících opatření, a to bez ohledu na jejich pořadí: „... provedení změn v praxi a na základě výsledků hodnocení rizik vyloučit používání ostrých předmětů, které nejsou nezbytné, a poskytnout zdravotnické prostředky, jejichž konstrukce zahrnuje ochranné mechanismy zvyšující jejich bezpečnost, s okamžitou platností se zakazuje vracení krytů na použité jehly“.

Každé zdravotnické zařízení má hlášeno několik poranění za rok. V některých je jich i desítky a v jiných dokonce i stovky – dle typu zařízení. Proč se zdravotnická zařízení neřídí direktivou EU provedením změn v praxi alespoň tím, že poskytne „zdravotnické prostředky, jejichž konstrukce zahrnuje ochranné mechanismy zvyšující jejich bezpečnost“? Tím jsou například bezpečnostní odběrové jehly, které můžou eliminovat některá poranění. Každé zdravotnické zařízení v České republice má možnost nákupu moderních bezpečnostních pomůcek v různých cenových hladinách různých výrobců.



Obr. 1 Příklad bezpečnostní jehly (BD, 2004 s. 5).

Směrnice 2010/32/EU, pod Ustanovením č. 8, se věnuje otázce školení: „Kromě opatření stanovených článkem 9 směrnice 2000/54/ES je poskytnuto vhodné školení o zásadách a postupech souvisejících s poraněními ostrými předměty, které zahrnuje: správné používání zdravotnických prostředků, jejichž konstrukce zahrnuje ochranné mechanismy proti poranění ostrými předměty, úvodní zaškolení pro veškerý nový a dočasný personál, rizika související s expozicí zaměstnanců krvi a tělním tekutinám, preventivní opatření včetně standardních bezpečnostních opatření, bezpečné systémy práce, správné postupy používání a likvidace a význam imunizace, a to podle konkrétních postupů na pracovišti, postupy hlášení, zásahů a monitorování a jejich význam, opatření, která je nutné přijmout v případě poranění“.

Závěr

Manipulací s lékařskými nástroji i zdravotnickými prostředky, určenými pro péči a léčbu pacientů je tisíce zdravotnických pracovníků denně vystaveno riziku infekce život ohrožujícími nákazami. Poranění, která jsou způsobena jehlami a jinými ostrými předměty, představují nebezpečí přenosu výše zmíněných infekčních chorob a dalších krví přenosných patogenů. Vytvářejí tak potenciální profesionální zdravotní riziko nejen pro všechny typy pracovníků pracujících v oblasti zdravotnictví, ale i pro pacienty.

Na trhu existují společnosti, které jsou nositelem inovací a poskytují moderní a bezpečnostní produkty, které jsou vyráběny s ohledem na ochranu zdraví zdravotnického personálu. Tyto produkty jsou uvedeny do praxe na základě dlouhodobých zkušeností a výsledků výzkumů.

Nemocnice a zdravotnická zařízení by měli pokládat za potřebné nejen zvýšení povědomí o zdravotních rizicích, kterým jsou vystavováni zdravotničtí pracovníci, ale také o zavádění metod potřebných k zlepšení bezpečnosti práce. Zpřístupnění používání bezpečnostních zdravotnických pomůcek významně zvyšuje bezpečnost zdravotnických pracovníků a přispívá tak zvýšení celkové bezpečnosti v zdravotnických zařízeních. Navíc snížením počtu poranění ostrými předměty se výrazně sníží i náklady zdravotních a pojišťoven na hrazení vyšetření a léčbu následků spojených s těmito poraněními. Má smysl věnovat pozornost prevenci těchto poranění a správně investovat – v konečném důsledku klesnou náklady zdravotnickým zařízením i pojišťovněm a především se zvýší ochrana zdravotnických pracovníků a pacientů.

Literatura

BD. DIAGNOSTICS. PREANALYTICAL SYSTEMS. EMA EDITION. KATALOG. 2004. [cit. 2017-08-28]. Dostupné na internetu: <http://www.nemjh.cz/dokumenty/laboratorni_pirucka_okb/soubory/BD_Vacutainer_Katalog_Preanalytic%20system.pdf>

FOŠUM, P. *Rozbor hlášených poranění ostrými předměty ve zdravotnických zařízeních roky 2014 – 2016. Sekce ochrany a podpory veřejného zdraví.* Březen 2017. [cit. 2017-08-28]. Dostupné na internetu: <http://pouzp.cz/wp-content/uploads/2017/04/FO%C5%A0UM-ostre-predmety_032017.pdf>

VÁLEK, T. *Bezpečnost nemocnic: prevence poranění zdravotnického personálu.* POUZP. Profesionální odborová unie zdravotnických pracovníků. Březen, 2017. [cit. 2017-08-28]. Dostupné na internetu: <<http://pouzp.cz/?p=163>>

ROZSYPAL, H. Poranění personálu u infekčního pacienta. *Klinika infekčních a tropických nemocí 1.* LF UK a NNB, Praha *Klinika infekčních nemocí 1.* LF UK a ÚVN, Praha *In V. celostátní konference Sekce infekčních nemocí v gynekologii a porodnictví ČGPS ČLS JEP, Praha, 8. 11. 2014.* [cit. 2017-08-28].

Dostupné na internetu: <<http://www.infekce-gp.cz/2014/doc/prednasky/5-20%20Rozsypal%20-%20Poraneni%20Pers14.pdf>>

SMĚRNICE EVROPSKÉHO PARLAMENTU A RADY 2000/54/ES ze dne 18. září 2000 o ochraně zaměstnanců před riziky spojenými s expozicí biologickým činitelům při práci. Úř. věst. L 262, 17.10.2000, s. 21

SMĚRNICE RADY 2010/32/EU ze dne 10. května 2010, kterou se provádí Rámcová dohoda o prevenci poranění ostrými předměty v nemocnicích a ostatních zdravotnických zařízeních, uzavřená mezi HOSPEEM a EPSU.

SMĚRNICE RADY 89/655/EHS s ohledem na směrnici Rady 89/655/EHS ze dne 30. listopadu 1989 o minimálních požadavcích na bezpečnost a ochranu zdraví pro používání pracovního zařízení zaměstnanci při práci. Úř. věst. L 393, 30.12.1990, s. 13. Uvedená směrnice byla posléze kodifikována směrnicí 2009/104/ES (Úř. věst. L 260, 3.10.2009, s. 5).

Kontaktní adresa:

Bc. Štěpánka Černá, MBA
stepanky@seznam.cz

PhDr. Andrea Bratová, PhD.
andrea.bratova@lfmotol.cuni.cz

ÚLOHA SESTRY V STAROSTLIVOSTI O PACIENTOV S CHRONICKOU RANOU V DOMÁCOM PROSTREDÍ

Alena Dziacka

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita v Trnave

Súhrn:

Výskyt chronických rán má v populácii stúpajúcu tendenciu. Úlohou sestry v ADOS je pozitívne motivovať pacienta / klienta, aby čo najskôr nadobudol optimálne zdravie. Cieľom príspevku je poukázať na význam pôsobenia sestry, ktorá pomáha riešiť situáciu spôsobenú chronickou ranou nielen u pacienta, ale i jeho rodiny v domácom prostredí. Úspech terapie závisí od liečby základného ochorenia, farmakoterapie ako aj lokálneho ošetrovania rany. Základom ošetrovateľských postupov je komplexné objektívne hodnotenie pacienta / klienta a posúdenie rany. Primárne hodnotenie je vždy v kompetencii lekára. Sestra priebežne hodnotí a zaznamenáva zmeny v procese hojenia rany. Správne zvolený krycí materiál chráni ranu pred infekciou a podporuje proces hojenia. Ošetrovateľstvo má snahu zefektívniť ošetrovanie chronických rán implementovaním klasifikácie Aliancia NNN do praxe. Ide o vzájomné prepojenie troch klasifikačných systémov NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) – NIC (Nursing Interventions Classification) – NOC (Nursing Outcomes Classification) s cieľom sprehľadniť dosiahnutie želateľného výsledku. Prvou voľbou v ošetrovaní chronických rán by mala byť vlhká terapia. Sestry vidia výhodu vlhkého krytia v šetrnom ošetrovaní rany, v menšej frekvencii preväzov a rýchlejšom zhojení defektu. Pacienti / klienti sú s modernými prostriedkami liečby spokojní, ale nevnímajú rozdiely medzi klasickým a vlhkým krytím. Problémom zostáva nepredpisovanie vlhkej terapie a preferovanie klasickej terapie ošetrojúcim lekárom.

Kľúčové slová: Chronická rana. Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Objektívne hodnotenie. Klasifikačný systém. Vlhká terapia.

ROLE OF NURSE IN WOUND MANAGEMENT AT PATIENT'S HOME

Summary:

Incidence of chronic wounds is on rise. Role of home nursing agency personnel is to motivate patients in order to achieve their optimal health as soon as possible. The goal of this article is to highlight the role of nurse in chronic wound management, which significantly affects both the patient and his or her family. The successful treatment consists of treatment of underlying disease and local treatment of wound. The basis of nursing processes is complex and objective evaluation of the patient and his or her wound. The physician does primary evaluation. The nurse evaluates the process of wound healing. Properly chosen bandage prevents the wound from infection and supports healing. NNN Alliance classification has potential to improve treatment of chronic wounds. It integrates three classification systems: NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), NIC (Nursing Interventions Classification), and NOC (Nursing Outcomes Classification). The first choice in chronic wound treatment is moist therapy. It spares the wounded area. Rebandages are less frequent. And the wound heals faster. Patients are satisfied with modern treatment; however, they are unable to appreciate differences between old and new methods. The problem is that physicians prefer classic therapy, which results in insufficient prescription of modern moist therapy.

Key words: Chronic wound. Home nursing agency. Objective evaluation. Classification system. Moist therapy.

Úvod

K procesu uzdravenia a psychickej pohode pacientov s chronickou ranou významne prispieva poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v domácom prostredí. Relevantné štatistické ukazovatele poukazujú na stúpajúcu tendenciu výskytu chronických rán v populácii seniorov a zvyšovanie nárokov na ošetrovateľskú starostlivosť. Pôsobenie sestry komunitného zdravia v domácom prostredí pomáha riešiť situáciu spôsobenú chorobou nielen jednotlivcovi, ale i jeho rodine (Madigan, 2008). V súčasnosti ošetrovateľstvo venuje značnú pozornosť prevencii, diagnostike a liečbe chronických rán. Zárukou poskytnutia komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti u pacientov s chronickou ranou v domácom prostredí je metóda ošetrovateľského procesu, uplatňovanie filozofie holizmu, rešpektovanie individuality pacienta / klienta a koordinácia činností všetkých členov ošetrovateľského tímu (Jarošová, 2007). Hojenie chronickej rany je zložitý proces, v ktorom logická nadväznosť jednotlivých krokov vedie k progresii a výstavbe nového tkaniva za predpokladu kontinuity diagnosticko-terapeutických postupov (Pokorná, 2012).

Vlastný text

Základom domácej starostlivosti je princíp subsidiarity „*aktívnej pomoci k svojpomoci*“. Autonómia agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS) umožňuje sestrám poskytovať komplexnú, kontinuálnu a individuálnu ošetrovateľskú starostlivosť metódou ošetrovateľského procesu, zdravotno – výchovnú starostlivosť, rehabilitáciu a poradenstvo (Jarošová, 2007). Úlohou sestry v ADOS je pozitívne motivovať pacienta / klienta, aby čo najskôr nadobudol optimálne zdravie, identifikovať jeho potreby, poskytovať terapeutické intervencie, rozvíjať jeho kompetencie a reintegrovať pacienta / klienta späť do sociálneho prostredia (Rice, 2006). Rozsah jednotlivých ošetrovateľských činností je daný aktuálnym zdravotným stavom pacienta / klienta.

Cieľom príspevku je poukázať na význam pôsobenia sestry, ktorá pomáha riešiť situáciu spôsobenú chronickou ranou nielen u pacienta, ale i jeho rodiny v domácom prostredí.

Ako chronickú ranu označujeme per sekundam hojacu sa ranu, ktorá pri adekvátnej terapii počas 6 – 9 týždňov nejaví príznaky hojenia. Knightonova klasifikácia delí chronické rany do šiestich štádií (Stryja, 2008): I. štádium – povrchová rana zasahujúca epidermu, dermu, II. štádium – hlboká rana zasahujúca do subcutis, III. štádium – postihnutie fascií, IV. štádium – postihnutie svalstva, V. štádium – postihnutie šliach, väzív, kostí a VI. štádium – postihnutie veľkých telesných dutín. K častým chronickým ranám, ktoré sa vyskytujú u pacientov / klientov v domácom prostredí, patrí vred predkolenia venózne a arteriálnej etiológie, syndróm diabetickej nohy a dekubit. Úspech terapie chronickej rany závisí od liečby základného ochorenia, farmakoterapie ako aj lokálneho ošetrovania rany. Základom efektívnych ošetrovateľských postupov je komplexné objektívne hodnotenie pacienta / klienta a posúdenie rany. Vstupné hodnotenie rany zahŕňa anamnézu rany, predchádzajúcu lokálnu terapiu vrátane tolerancie pacienta / klienta na liečbu, faktory ovplyvňujúce hojenie rán, hodnotenie nutričného stavu, ďalších vyšetrení napr. mikrobiologické, ďalších terapeutických postupov napr. kompresná terapia, fyzioterapia a hodnotenie prípadnej fotodokumentácie. Schéma algoritmu hodnotenia rany zahŕňa nasledovné parametre (Pokorná, 2012): lokalizáciu, veľkosť, etiológiu, zápach, typ a klasifikáciu rany, hodnotenie exsudátu, okrajov rany a stavu kože v okolí rany. Sestra zaznamenáva lokalizáciu rany detailným zápisom a zakreslením na obrázku ľudskej postavy. Veľkosť rany uvádza v centimetroch v presne danom poradí: dĺžka x šírka x hĺbka. K meraniu využíva jednorazové papierové pravítka, ktorými sa nedotýka poškodenej pokožky. Meranie realizuje v mieste najväčších vzdialeností. Ďalej zaznamená etiológiu, typ, stupeň a dobu trvania defektu - dni / mesiace / roky. Ďalším parametrom hodnotenia rany je popis vzhľadu spodiny rany, kedy sa rozpoznáva farba, ktorá na spodine prevyšuje a pre hojenie je najdôležitejšia (čierna – žltá – červená – ružová a medzistupne) podľa WHC (The Wound Healing Continuum) klasifikácie. Čierna rana je charakterizovaná výskytom nekrózy, žltá rana je s prítomnosťou hnisu a šíriacej sa infekcie, červenú ranu charakterizuje prítomnosť granulačného tkaniva a u ružovej rany

dôjde k prekrytiu epitelizačným tkanivom. Charakter exsudátu je ukazovateľ hroziacich alebo prebiehajúcich patologických javov. Rozsah sekrécie hodnotíme vzhľadom k frekvencii výmeny krytia, charakteru exsudátu, jeho konzistencie a zápach. Rozlišujeme štyri základné typy exsudátu: serózný – číry, s prímiesou krvi – hemoragický (sangvinolentý), séropulurentný – s prímiesou hnisu, purulentný – hnisavý. Stav kože v okolí rany je ďalším zdrojom informácií o hojení, prípadne komplikáciách hojenia. Prejavy v okolí rany môžeme rozdeliť na zmeny farby, ekzémové prejavy, mikrobiálne a plesňové prejavy a na hypertrofické a atrofické symptómy. U okrajov rany popisujeme tvar a pravidelnosť vzhľadom k spodine a okoliu rany (napr. ohraničené, neohraničené, edematózne, podmíňované, atonické, nekrotické, macerované, hypergranulujúce, epitelizujúce). Pri hodnotení bolesti najčastejšie využívame vizuálnu analógovú škálu (VAS) a numerickú škálu (NRS). Do schémy priebežného hodnotenia rany zaraďujeme aj záznam o terapeuticko – ošetrovateľskom postupe, frekvencii prevázov a reakcii pacienta na liečbu (Pokorná, 2012; Stryja, 2011). Primárne hodnotenie je vždy v kompetencii lekára. Sestra priebežne hodnotí a zaznamenáva zmeny v procese hojenia rany. Pri voľbe moderného krytia na ranu sestra vychádza z aktuálneho posúdenia rany, vlastností zvoleného krytia a tolerancie pacienta (Stryja, 2008). Správne zvolený krycí materiál chráni ranu pred mechanickými vplyvmi, vstupom infekcie, podporuje proces hojenia udržiavaním optimálnej vlhkosti a úpravou množstva exsudátu. Pri povlečenej spodine a odstraňovaní exsudátu z rany volíme kalcium algináty. Pri vyčistenej spodine zbavenej exsudátom volíme hydrokoloidy. Polyuretánová pena a hydropolyméry postupne nahrádzajú hydrokoloidy. V čistiacej fáze sa uplatňujú najmä hydrogely. Antiseptické materiály s kombinovaným účinkom sú používané pri kolonizovaných a infikovaných ranách. Špecifickou skupinou materiálov používaných vo fázovom hojení rán sú rutinné oplachové roztoky, ktoré by mali podporovať hojenie rany, nemajú byť vstrebateľné a nemôžu spôsobovať podráždenie a bolesť (Prontoderm, Prontosan, Dermacyn, Betadine, Braunol, Octenisept, Ringerov roztok). Pri stagnujúcich defektoch je možné využiť roztoky na podporu rastových faktorov na báze oxidovanej celulózy. Pri liečbe hlbokých defektov a syndróme diabetickej nohy je vhodné požiť roztoky na báze kyseliny hyaluronovej a jódu. Tabuľka 1 uvádza vhodné krytia pre daný typ a fázu chronickej rany (Pokorná, 2012, Krišková, 2006):

Tab. 1 Materiály vlhkého – fázového hojenia rán

Materiál	Indikácia	Kontraindikácia	Príklad	Praktické použitie
Algináty polyméry s obsahom organických kyselín morských rias sa pri kontakte so sekrétom zmenia na gél s výbornou čistiacou schopnosťou.	Hlboké rany Stredne až silno secernujúce Rany infikované s podmíňovanými okrajmi	Rany s nízkou sekréciou Suché rany Precitlivosť na účinnú látku	Askina Sorb Algisite M Suprasorb A Sorbagon Algisite Ag Askina Calgitrol Ag Silvercel	Riziko priľnutia na spodinu Pozor na zvyšky materiálu v rane – výplach, obklad
Hydrogely hydrofilné polyméry, autolytický odstraňujú nekrozu.	Nekróza Fáza čistiaca – vo forme gélov ako výplň hlbokých rán, Fáza granulácie, epitelizácie – vo forme vankúšikov Stredne secernujúce	Precitlivosť na účinnú látku Silne secernujúca rana	Askina gel Hydrosorb gel Intarsite gel Nu – gel (+alginát, povlečené rany) Flaminal (+alginát a enzýmy) Prontosan gel (antiseptický účinok)	Nesavé sekundárne krytie Maximálny interval výmeny 72 h.

<p>Hydrokoloidy s polopriepustnou vrstvou z karboxy – methylcelulózy (CMC), pri absorpcii exsudátu dochádza k tvorbe gélu a stimulácii autolytického debridementu. Vstrebávajú sekrét z rany a bezpečne ho do seba uzavierajú. Zároveň bránia vstupu sekundárnej infekcie do rany.</p>	<p>Neinfikované rany Fáza granulácie, epitelizácie Slabo až stredne secernujúce</p>	<p>Infikované rany Diabetický gangréna</p>	<p>Askina Hydro Replicare ultra Suprasorb Granuflex Hydrocoll Askina Biofilm Transparent Eakin Granuflex pasta</p>	<p>Ochrana granulujúcej spodiny</p> <p>Možnosť tvorby povlakov na spodine – kyslý zápach pri snímaní</p> <p>Sekundárne krytie - Zatuvit, gázové štvorce</p>
<p>Polyuretanové peny a hydro polyméry Filmové krytia plošné alebo filmové krytia v spreji sú elastické a prispôsobivé nerovným plochám. Majú vysokú absorpčnú schopnosť. Udržujú v rane vhodnú vlhkosť mikroklimu a fungujú ako bariéra pred infekciou. Peny so silikónom – eliminujú bolesť pri preväzoch.</p>	<p>Neinfikované rany Fáza čistiaca, granulácie Slabo až silne secernujúce rany Povrchové, hlboké Kombinované prostriedky s Ag možno využiť pri infikovaných ranách</p>	<p>Suché rany Precitlivosť na účinnú látku</p>	<p>Allevyn adhesive Allevyn non adhesive Polymen Cutinova Allevyn Gentle Askina Transorbent Tielle Askina Foam Hydrotac Allevyn Ag Opsite Flexigrid Cavilon Opsite spray No Sting Skin Prep</p>	<p>Frekvencia preväzov 5 - 7 dní</p> <p>Prevenia macerácie – nepriliehajú na spodinu rany</p> <p>Množstvo uvoľneného exsudátu musí zodpovedať absorpčnej kapacite krytia</p> <p>72 hodín ochrana kože</p>
<p>Aktívne uhlie podporuje fyziologické čistenie rany a odstraňuje zápach.</p>	<p>Secernujúce, zapáchajúce, nekrotické rany Infikované, kontaminované</p>	<p>Suchá nekróza</p>	<p>Carbonet Askina Carbosorb Vliwaktiv Actisorb Plus (impregnácia Ag prevencia adhérence, antimikrobiálny účinok)</p>	<p>Riziko prisychania k spodine</p> <p>Pri snímaní krytia zvlhčiť</p>
<p>Antiseptické krytia majú nižšiu absorpčnú kapacitu.</p>	<p>Prevenia infekcie u invazívnych vstupov</p>	<p>Precitlivosť na účinnú látku</p>	<p>Inadine</p>	<p>Vysušovanie povrchových rán Frekvencia preväzov 24 – 48 h.</p>

Materiály so striebrom sa vyznačujú rýchlym nástupom baktericídneho a fungicídneho účinku do 30 min. Neadherentné krytia umožňujú voľnú pasáž exsudátu do sekundárneho krytia, ochraňujú novovzniknutú granuláciu a zabraňujú hypergranulácii.	Kolonizované a infikované rany V prípade systémovej infekcie doplnené ATB	Precitlivosť na účinnú látku	Neadherentné Acticoat3/7 Atrauman Ag S alginátom Algisite Ag Silvercel (nonadherent) Suprasorb A s Ag So silikónom a penou Mepilex Ag	Možnosť farebných zmien spodiny a okolia rany Riziko priľnutia na spodinu
--	--	------------------------------	--	--

Zdroj: Pokorná, 2012., Krišková, 2006.

Vlhké krytia zaručujú optimálnu teplotu, pH a minimálnu traumatizáciu pri preväze. (Kapounová, 2007). Proces hojenia rany je ovplyvňovaný lokálnymi (znížená perfúzia, poškodenie hlbokých štruktúr a rozsiahleho tkaniva, prítomnosť povlakov a nekrózy, podmínované okraje, prítomnosť infekcie, dlhodobá rana, výrazná hypoxia, macerácia okolitého tkaniva) a celkovými determinantmi (vek, nutričný stav, farmakoterapia, statická záťaž, fajčenie, alkohol a pridružené ochorenia - malignita, trauma, ICHS, hypertenzia, DM, malabsorbcia, imunodeficit). K špecifickej skupine determinantov podľa Pokornej (2012) patrí psychický stav pacienta v súvislosti s bolesťou a neschopnosť vykonávať bežné denné aktivity (sociálna izolácia, demotivujúca schopnosť porozumieť doporučeniam a iné). Dôležité je zhodnotiť farbu novovzniknutých štruktúr, ktoré sú ukazovateľom efektivity hojenia rany. V prípade granulácie, ktorá je lososovito červenej farby, ide o známku efektívneho hojenia, ak granulácia stráca svoju farbu a stáva sa našedlou s povlakom, ide o stagnáciu hojenia. Ostro červená granulácia môže byť známkou infekcie (Stryja, 20011). Ošetrovateľstvo má snahu zefektívniť ošetrovanie chronických rán implementovaním klasifikácie Aliancia NNN do praxe (Tabuľka 2). Ide o vzájomné prepojenie troch klasifikačných systémov NANDA – NIC – NOC. Ich cieľom je sprehľadniť orientáciu v ošetrovateľských problémoch, usmerniť výber ošetrovateľských činností na dosiahnutie želaného výsledku a identifikovať počet intervencií. Štruktúru sesterných diagnóz NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) označujeme ako Taxonómiu II., ktorá úzko súvisí so vzorcami zdravia M. Gordonovej. Klasifikácia ošetrovateľských intervencií NIC (Nursing Interventions Classification) zahŕňa závislé a nezávislé činnosti sestry, ktoré sú priamo alebo nepriamo vykonávané počas starostlivosti o pacienta / klienta. Výsledky hodnotenia pacienta ovplyvnené ošetrovateľskými intervenciami sú klasifikované v systéme výsledkov ošetrovateľstva NOC (Nursing Outcomes Classification).

Tab. 2 Aliancia NNN

NANDA Klasifikácia sesterských diagnóz	NIC Sesterské činnosti	NOC Hojenie rán
	Deň aplikácie	Meranie
	1. 2. 3. 4. 5.	1. 2. 3. 4. 5.
	Škála: 1 = žiadne, 2 = mierne, 3 = stredné, 4 = podstatné, 5 = kompletne Ukazovateľ
Podpora zdravia	odstrániť lepiacu pásku a jej zvyšky	Granulácia
Výživa	zapísať charakter rany	Epitelizácia
Vylučovanie	zapísať charakter odvedenej tekutiny	Rozlíšenie hnisavej drenáže
Aktivita - odpočinok	odstrániť zachytený materiál	Rozlíšenie seróznej drenáže
Vnímanie - poznávanie	vyčistiť ranu antibakteriálnym prostriedkom	Rozlíšenie krvavej drenáže
Vnímanie seba samého	opláchnuť miesto v soľnom roztoku	Rozlíšenie serózne – krvavej drenáže
Vzťahy	poskytnúť i.v. starostlivosť podľa ordinácie lekára	Rozlíšenie okolitého kožného erytému
Sexualita	previesť incíziu pokiaľ je potrebná	Rozlíšenie edému v okolí rany
Zvládanie záťaže – odolnosť voči stresu	ošetriť kožný vred	Rozlíšenie abnormalít okolitej kože
Životný princíp	masírovať okolie rany k stimulácii krvného obehu	Rozlíšenie pľuzgierovej kože
Bezpečnosť - ochrana	zabezpečiť priechodnosť drénov	Rozlíšenie mokvajúcej kože
Komfort	aplikovať vhodnú masť na kožu/léziu	Rozlíšenie nekrózy
Rast, vývoj	obviazať ranu	Rozlíšenie príškvarov
	použiť krycí obvaz	Rozlíšenie tvorby tunelov
	spevniť obvaz podľa potreby	Rozlíšenie podrytia
	použiť vhodné sekundárne krytie	Rozlíšenie tvorenia dutín
	dodržiavať zásady sterility pri obväzovaní rany	Rozlíšenie zapáchania rany
	vykonať inšpekciu pri každom preväzovaní rany	Rozlíšenie veľkosti rany dĺžka x šírka
	pravidelne porovnať a zaznamenať každú zmenu rany	
	polohovať postihnutú časť ako súčasť prevencie nadmerného tlaku na ranu	
	poučiť pacienta a rodinných príslušníkov o postupe pri ošetrovaní rany	

Zdroj: Krišková, 2006, Hulková, 2016

Využívaním štandardizovaných postupov pri ošetrovaní chronických rán sestra výrazne skvalitňuje ošetrovateľskú starostlivosť bez zvyšovania nákladov. Výhodou štandardizácie ošetrovateľských postupov je zabezpečiť bezpečnosť pacienta / klienta, barierový spôsob ošetrovania a eliminovať chyby pri výkone. Prístup k pacientovi / klientovi s chronickou ranou musí byť veľmi šetrný. Pre zabezpečenie dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti u pacienta / klienta je potrebná edukácia rodinných príslušníkov o ošetrovateľských postupoch. Sestra predikuje vedomostnú úroveň pacienta / klienta

na základe spoločenského postavenia, vzdelania, veku, svetonázoru a motivácie (Hunt, 2009). Zmyslom využívania edukačných metód je aktivovať záujem, myslenie, vnímanie a konanie edukanta. Účinný individuálny ošetrovateľský postup vedie k splneniu ošetrovateľského a liečebného plánu.

Záver

Rámcové procesuálne štandardy sú zárukou poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti „*lege artis*“. Týkajú sa ošetrovateľského procesu, kategórií a kvalifikácie ošetrovateľského personálu, ošetrovateľskej dokumentácie, pracovných postupov a vybavenia pracovísk zdravotníckou technikou. (Farkašová, 2005). Štandardizácia jednotlivých postupov a výkonov pomáha sestram zvoliť si najvhodnejší postup, zároveň ho zrýchľuje a predchádza omylom zapríčineným ľudským faktorom. Každý štandard uvedený do praxe sa musí priebežne posudzovať, hodnotiť a podľa požiadaviek praxe upravovať. Prvou voľbou v ošetrovaní chronických rán by mala byť vlhká terapia, ktorá v súčasnosti predstavuje účinnejšiu a efektívnejšiu alternatívu (Kopál, 2010). Výsledky bakalárskych prác študentov ošetrovateľstva potvrdzujú, že sestry v ADOS uprednostňujú liečbu pomocou moderných krytí na rany. Sestry vidia ich výhodu v šetrnom ošetrení rany, menšej frekvencii preväzov a rýchlejšom zhojení defektu. Pacienti / klienti sú s modernými prostriedkami liečby spokojní, ale nevnímajú rozdiely medzi klasickým a vlhkým krytím. Problémom však zostáva nepredpisovanie vlhkej terapie a preferovanie klasickej terapie ošetrovateľom. Sestra poskytuje starostlivosť v rozsahu svojich kompetencií, a teda v praxi ošetruje defekty podľa ordinácie ošetrojúceho lekára, prípadne konzultuje s lekárom alternatívu vhodnejšieho krytia s využitím fotodokumentácie. Ďalej je dôležité zdôrazňovať význam kompresívnej terapie, dodržiavania farmakoterapie a režimových opatrení. Prítomnosť sestry v domácom prostredí napomáha pacientovi / klientovi a jeho rodine dosiahnuť telesnú, duševnú a sociálnu harmóniu.

Literatúra

- FARKAŠOVÁ, D. a kol. 2005. *Ošetrovateľstvo teória*. Martin: Osveta, 2005. 215 s. ISBN 80 – 8063 – 182 – 4.
- HULKOVÁ, V. 2016. *Štandardizácia v ošetrovateľstve*. 1. vydanie. Bratislava: Grada Slovakia, spol. s r. o., 2016. 232 s. SBN 978-80-8090-009-0.
- HUNT, R. (2009) *Introduction to Community-Based Nursing*. 4. vyd. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2009, 524 s. ISBN 0-7817-7247-8.
- JAROŠOVÁ, D. (2007) *Úvod do komunitného ošetrovateľství*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a. s., 2007, 100 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 2150 – 7.
- KAPOUNOVÁ, G. 2007. *Ošetrovateľství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing,a.s., 2007. 352 s. ISBN 978-802-4718-309.
- KOPAL, T. 2010. Súčasný prístup k ošetrovaniu chronických defektov. In *Edukafarm Medivews*. ISSN 1336-3239, 2010, roč. 8, č. 3, s. 93.
- KRIŠKOVÁ, A. a kol. 2006. *Ošetrovateľské techniky – metodika sesterských činností*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2006. 779 s. ISBN 80 – 8063 – 202 – 2.
- MADIGAN, E. A. - LOUE, S. - SAJATOVIC, M. (Ed.) 2008. *Home Health Care. Encyclopedia of Aging and Public Health*. New York: Springer, 2008. 843 s. ISBN 978-0-387-33753-1.
- POKORNÁ, A.- MRÁZOVÁ, R.:2012. *Kompendium hojení ran pro sestry*.1. vyd. Praha: Grada Publishing,a.s., 2012, 192 s. ISBN 978-80-247-3371-5.
- RICE, R. 2006. *Home Care Nursing Practice*. St. Louis: Mosby Elsevier, 2006. 608 s. 4. vyd. ISBN 9780323030724.

STRYJA, J. 2008. *Repetitorium hojení ran* . 1. vyd. Semily: GEUM, s.r.o., 2008. 199 s. ISBN 978-80-86256-60-3.

STRYJA, J. et. Al. 2011. *Repetitorium hojení ran 2*. 1. vyd. Semily: GEUM, s.r.o., 2011. 336 s. ISBN 978-80-86256-79-5.

Kontaktná adresa

PhDr. Alena Dziacka, PhD.
FZaSP Trnavskej univerzity v Trnave
Univerzitné námestie 1
918 43 Trnava
alena.dziacka@truni.sk

PRAKTICKÁ SESTRA (NURSE PRACTITIONER)

Beáta Grešš Halász

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava

Súhrn:

Hlavnou myšlienkou práce je odprezentovať, ako sa sestry s pokročilou praxou v úlohe sestier-praktikov uplatňujú v zahraničí, kde je veľký dôraz kladený na ich odbornosť, vzdelanie, erudovanosť a autonómiu, čo sú témy v súčasnej dobe ako na Slovensku, tak aj v Čechách intenzívne diskutované. V súčasnosti rezonujú témy z oblasti vzdelávania sestier na vysokoškolskom stupni, v oblasti praxe a využitia dostupných personálnych kapacít, ekonomickosti súčasných rolí v oboch krajinách. Cieľom práce bude priblížiť rolu praktickej sestry (Nurse Practitioner) v kontexte pokročilej praxe v ošetrovatelstve. Práca stručne popíše históriu, zdefiniuje rolu NP, uplatnenie v praxi, a jej výhody a nedostatky. Mnohé štúdie potvrdzujú kvalitu, bezpečnosť a ekonomickosť role sestry- praktika, a to nielen v komunitnej, ale aj inštitucionalizovanej starostlivosti. Budúcnosť implementácie modelov pokročilej praxe do systému zdravotníctva v našich krajinách je v tejto práci načrtnutá.

Kľúčové slová: *Praktické ošetrovatelstvo. Sestra praktik. Pokročilá prax v ošetrovatelstve.*

História role praktickej sestry

Rola sestry poskytujúca primárnu starostlivosť sa traduje od konca devätnásteho storočia v období rapidnej industrializácie a sociálnych reforiem, kedy sestry verejného zdravia hrali dôležitú úlohu v starostlivosti o chudobných a chorých imigrantov v USA. Sestry navštevovali pacientov v domácnostiach alebo v dispenzárných ošetrovniach, kde ich diagnostikovali a liečili. Lekári poskytovali pre týchto pacientov lieky. Rozsah poskytovanej starostlivosti a autonómia v päťdesiatych rokoch minulého storočia sestrami verejného zdravia sa začala rozširovať. Sestry verejného zdravia boli dostupnejšie aj z finančného hľadiska. Konflikt záujmov nastal medzi sestrami a lekármi z toho dôvodu, že sestry začali byť vnímané ako ekonomická hrozba pre lekárov (Hamric et al., 2014). V šesťdesiatych a sedemdesiatych rokoch minulého storočia sa objavujú termíny “praktické ošetrovatelstvo” (Nursing Practice - NP) zahrňujúce extendovanú a expandovanú rolu označujúcu horizontálny pohyb zahrňujúci expertízu v odbore využívajúcu medicínu a iné príbuzné odbory. Tento nový koncept predstavoval rýchli vývoj vzhľadom na požiadavky zdravotníckych služieb v oblasti primárnej starostlivosti v USA. Za zakladateľov sa považujú sestra Loreta Ford a lekár Henry Silver, ktorí extendovali rolu sestry- klinickej špecialistky v pediatrii o tradičné diagnostické a klinické zručnosti v dôsledku nedostatku neonatológov v tej dobe (Barton, Allan, 2015). Tak, ako pediatriká starostlivosť, aj starostlivosť o dospelých najmä na intenzívnych oddeleniach zažívala nedostatok odborníkov. Pokročilá prax v ošetrovatelstve reagovala okamžite vykreovaním role, ktorá ponúkla kvalitný servis a vedenie starostlivosti (Hamric et al., 2014). Rola predstavovala substitučný model, v rámci ktorého sa realizovala v mnohých aspektoch role lekárov- absolventov. Situácia však nebola jednoduchá vzhľadom na nejasnosti v kompetenciách v súvislosti s tradičnou medicínou a ošetrovateľskou praxou. Ošetrovatelstvo nadobúdalo väčšiu autonómiu, čím sa zvyšovali nároky na jeho nezávislý profesionálny status a to prinášalo konflikt záujmov medzi ošetrovatelstvom a inými zdravotníckymi profesiami, najmä s medicínou. Vzdelávacie programy pre sestry praktičky proliferovali v USA v osemdesiatych rokoch, avšak rola bola stále neregulovaná a značne fragmentovaná. Zmeny v regulácii nastali v deväťdesiatych rokoch vznikom národnej organizácie fakúlt praktického ošetrovatelstva (National Organisation of Nurse Practitioner Faculties). Stabilitu v regulácii a systéme licencovania, jasnosť v konceptualizácii role prinieslo obdobie okolo roku 2000. Dnes je rola v USA integrovaná nielen do zdravotníckeho systému, ale aj do srdca a duše ošetrovateľskej profesie (Barton, Allan, 2015). AACN v roku 2004 vytvorila odporúčania pre doktorské vzdelávanie aj v prípade sestier- praktičiek (DNP) (Hamric et al., 2014).

Súčasná prax praktických sestier

Rozsah praxe predstavuje celý rad oprávnení a povolení vykonávať činnosti, ktoré sú povolené v štátoch USA certifikovaním a licencovaním. Niektoré štáty USA majú rozsah praxe rozšírenejší, iné obmedzenejší. Závisí to od miestnej legislatívy. Americká asociácia sestier (ANA- American Nurses Association) definuje rozsah praxe všeobecne, ako „kto, čo, kde, prečo a ako vykonávať intervencie“.

Americká asociácia praktických sestier (AANA- American Association of Nurse Practitioners) svojej publikácii predkladá rozsah praxe sestry s pokročilou praxou- praktickej sestry (AANP, 2015):

Profesionálna rola

Praktická sestra je nezávislý praktik uplatňujúci sa v ambulantných, akútnych organizáciách, a organizáciách dlhodobej starostlivosti v primárnej a špecializovanej oblasti. Praktická sestra posudzuje, diagnostikuje, ošetruje a manažuje akútne epizodické a chronické ochorenia. Propaguje zdravý životný štýl a prevenciu ochorení. Objednáva, riadi, dohliada a interpretuje diagnostické a laboratórne testy, predpisuje farmakologické prípravky a nefarmakologickú liečbu, edukuje pacientov/klientov a poskytuje poradenské služby. Je nezávislým licencovaným klinikom, ktorý poskytuje služby autonómne a koordinovane s inými odborníkmi. Môže pôsobiť tiež ako výskumník, interdisciplinárny konzultant a zástupca pacienta/klienta. Poskytuje širokú škálu služieb jednotlivcom, rodinám, skupinám a komunitám.

Vzdelávanie

Praktická sestra je registrovaná sestra, ktorá dosiahne graduálne vzdelanie, postgraduálny certifikát a doktorský stupeň vzdelania. Príprava poskytuje špecializované vedomosti a klinické zručnosti umožňujú sestrám pracovať v rôznych zdravotníckych zariadeniach, uskutočňovať diferencálnu diagnostiku, manažovať a iniciovať liečebný plán, a predpisovať lieky a liečbu. Vzdelávacie programy sú zabezpečené požiadavkami akreditácie a štandardov.

Spoľahlivosť

Autonómnosť role praktickej sestry si vyžaduje jej spoľahlivosť v poskytovaní kvalitnej starostlivosti. Spoľahlivosť je konzistentná s etickým kódom profesie, národnou certifikáciou, periodickým prehodením, hodnotením klinických výsledkov a dôkazom sústavného vzdelávania.

Zodpovednosť

Na pacienta/klienta sústredená podstata role praktickej sestry si vyžaduje dlhodobý záväzok voči rozvíjajúcim sa potrebám spoločnosti a pokrokom v oblasti zdravotníctva. Ako vodca, rola praktickej sestry spája úlohy poskytovateľa, mentora, edukátora, výskumníka a administrátora. Praktická sestra je zodpovedná za svoj sústavný profesionálny rast, angažovanosť v profesionálnych organizáciách, a participáciu v aktivitách týkajúcich sa zdravotnej politiky na lokálnej, štátnej, národnej a medzinárodnej úrovni.

Pre konkrétne príklady uvádzame niekoľko certifikovaných programov (ANA, 2015):

- Praktická sestra v akútnej starostlivosti
- Praktická sestra pre dospelých
- Praktická sestra pre psychiatrické a duševné zdravie dospelých
- Sestra s pokročilou praxou- manažment Diabetes Mellitus
- Praktická rodinná sestra
- Praktická sestra pre psychiatrické a duševné zdravie rodiny
- Praktická sestra v gerontológii
- Praktická sestra v pediatrii
- Praktická školská sestra

Konklúzia

Pretože sestra s pokročilou praxou- praktická sestra využíva teoretické poznatky a angažuje sa aj vo výskume, predpokladom sú jedinečné kombinácie zručností, ktoré poskytujú širokú škálu praktických možností. Sestra praktička je nielen poskytovateľom ošetrovateľskej starostlivosti, ale aj edukátorom, konzultantom, výskumníkom, administrátorom a vodcom. Rozsah praxe sa rozširuje o medicínsku diagnostiku a liečbu pacientov/klientov s akútnymi epizodickými a chronickými ochoreniami. Sestry praktičky pôsobiace v daných špecializačných oblastiach ošetrovateľstva sa musia kvalifikovať pri používaní a interpretácii širokej škály diagnostických nástrojov. Na základe diagnostiky a danej situácie, jednou z kompetencií je aj odporúčenie pacienta/klienta na hospitalizáciu. Sestra praktik môže pôsobiť v primárnej alebo špecializovanej starostlivosti. Zručnosti, ktoré spájajú primárnu starostlivosť so špecializovanou starostlivosťou, sú využiteľné od primárnej po inštitucionalizovanú starostlivosť, od veľkých zdravotníckych organizácií po malé bezplatné kliniky, v zariadeniach, kde sa vyžaduje kolaborácia s inými odborníkmi, alebo sa vykonávajú intervencie nezávisle, bez supervízie. Napríklad sú to nemocnice, špeciálne kliniky, zariadenia dlhodobej starostlivosti, špeciálne kliniky, chirurgické centrá, kliniky pre plánovanie rodiny, školské zdravotnícke centrá, hospice, agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti, alebo organizácie preventívnej starostlivosti (Grešš Halász, Tkáčová, 2014). Vzhľadom na to, že služby sestry praktičky sa dôsledne sústreďujú na podporu zdravia a spôsoby znižovania dopadu ochorení na pacientov/klientov, rola sa stala v USA rešpektovaná pacientmi/klientmi, ako aj odbornou i laickou verejnosťou (AANP, 2017).

Pre doplnenie uvádzame niekoľko aktuálnych faktov o pôsobení praktických sestier v USA (AANP, 2017):

- Viac ako 234 000 sestier pôsobí v pozícii Praktická sestra
- 97,7% má ukončené druhostupňové vysokoškolské vzdelanie
- 89,2% sú certifikované praktické sestry v primárnej starostlivosti
- 95,8% predpisuje lieky vrátane kontrolovaných liekov vo všetkých 50 štátoch USA
- 61,4% praktických sestier sa za hodinu postará o 3 a viac pacientov/klientov
- Pochybenia sa vyskytujú zriedkavo; iba 1,9% praktických sestier bolo obžalovaných z pochybenia
- Sestry v pozícii praktickej sestry strávia v priemere 11 rokov
- Priemerný vek praktických sestier je 49 rokov veku
- V akademickom roku 2015/2016 približne 23 000 študentov úspešne absolvovalo vzdelávanie na úrovni praktickej sestry
- V roku 2017 plat praktickej sestry zamestnanej na plný pracovný úväzok predstavuje v priemere \$105,670 ročne

Slovenské, ako aj české ošetrovateľstvo prechádza v súčasnosti turbulentným obdobím, kedy stagnácia, alebo zmeny a úpravy v oblasti legislatívy prinášajú neraz komplikácie, ďalšie otázky, pochybnosti, nestabilitu a nedôveru sestier, profesionálov i konzumentov ošetrovateľských služieb. V súvislosti s podmienkami poskytovania starostlivosti na úrovni pokročilej praxe v ošetrovateľstve v USA sa dá uvažovať o tom, že obe naše krajiny disponujú podobnými praktickými a odbornými kapacitami sestier vďaka kvalitnému obsahu vzdelávania a praktickej prípravy. Z mnohých zahraničných štúdií vyplýva, že sestry s pokročilou praxou sú významným prínosom súčasného moderného ošetrovateľstva, a teda zdravotníckej politiky vo všeobecnosti zároveň (Laurant et al., 2005; Newouse et al., 2011; Wong et al., 2017). Potvrdzujú to nielen výsledky klinických štúdií, ale aj spokojnosť sestier s ohodnotením, uznaním a popularizáciou odboru ošetrovateľstvo (Chan et al., 2014). Nutná je ale komunikácia a ochota odborníkov diskutovať na transdisciplinárnej úrovni. Potvrdenie či vyvrátenie tejto úvahy je myšlienkou pre budúce, podrobnejšie skúmanie.

Zoznam literatúry:

AANP *NP Facts: The Voice of the Nurse Practitioner*. (2017) [cit. 2017-23-07]. Dostupné na internete: <<https://www.aanp.org/images/documents/about-nps/npfacts.pdf>>.

AANP *Scope of Practice for Nurse Practitioners*. (2015) [cit. 2017-23-07]. Dostupné na internete: <<https://www.aanp.org/images/documents/publications/scopeofpractice.pdf>>.

ANA (2015) *Nursing: Scope and Standards of Practice*, 3rd Edition. ANA: Nursesbooks.org, 2015, 260 p. ISBN: 978-1-55810-619-2.

BARTON, T. D.- ALLAN, D. 2015. *Advanced Nursing Practice: Changing Healthcare in a Changing World*. London: Palgrave, 2015. 306 pgs. ISBN 978- 0- 230- 37813- 1.

CHAN, D. S.- LEE, D. T.- CHAIR, S. Y.- FUNG, S. Y.- CHAN, E. L.- CHAN, C. W. 2014.

A qualitative study on the roles and responsibilities of nurse consultants in Hong Kong. In *International Journal of Nursing Practice*, 2017, Vol. 20 (5), p. 475-481.

GREŠŠ HALÁSZ, B.- TKÁČOVÁ, L. Novodobá rola sestry: sestra s pokročilou praxou. In *Zdravotníctvo a sociálna práca – Supplementum* [online]. 9/4 2014. [cit. 2015-15-04] Dostupné na internete: <http://www.zdravotnictvoasocialnapraca.sk/wpcontent/uploads/ZaSP_Cislo_4_2014_CZ_Supplementum.pdf>. ISSN: 1336–9326.

HAMRIC, A.B. et al. 2014. *Advanced Practice Nursing: The Integrative Approach*, 5th edn., Missouri: Elsevier Health Sciences, 2014. 726 s. ISBN 978- 1- 4557- 3980- 6.

LAURANT, M.- REEVES, D.- HERMENS, R.- BRASPENNING, J.-GROL, R.- SIBBALD,

B. 2005. Substitution of doctors by nurses in primary care. In *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005, Issue 2.

NEWHOUSE, R. P.- STANIK- HUTT, J.- WHITE, K. M. et al. 2011. Advanced practice nurse outcomes 1990- 2008: a systematic review. In *Nursing Economic\$*. 2011 Sep.-Oct. ; 29 (5): p. 230–250.

WONG, F. K. Y.- LAU, A. T. Y.- NG, R.- WONG, E. W. Y.- WONG, S. M.- KAN, E. C. Y.- LIU, E.- BRYANT-LUKOSIUS, D. 2017. An Exploratory Study on Exemplary Practice of Nurse Consultants. In *Journal of Nursing Scholarship*. 2017, Jul 17.

Kontaktná adresa:

PhDr. Beáta Grešš Halász

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava, ÚSVaZ

Jilemnického 1/A

080 01 Prešov

beahalasz@yahoo.com

KVALITNÁ A BEZPEČNÁ INTRAOPERAČNÁ STAROSTLIVOSŤ V KONTEXTE EKONOMIKY

^{1,2}IldikóKisová; ¹Lívia Kollárová; ¹Ľubica Libová

¹Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce sv. Ladislava, Nové Zámky, VŠ ZaSP sv. Alžbety Bratislava

² COS, FNŠP Nové Zámky

Súhrn:

Zmyslom a poslaním sledovania nákladov a výnosov na operačných sálach je predovšetkým zvýšenie miery informovanosti o efektívnosti daného operačného výkonu, o možných variantoch zmien vedúcich k ekonomickému využitiu zdrojov, o spoločenských nákladoch a úžitkoch na jednotlivých operačných sálach. Jedná sa o proces s cieľom skvalitnenia daného rozhodnutia, efektívneho uskutočnenia danej voľby, zníženia rizika nesprávneho rozhodnutia. Analýza slúži ako inšpirácia a argument chystaného alebo už prijatého rozhodnutia. Pre vedenie zdravotníckeho zariadenia je dôležité z hľadiska výšky nákladov spojených s operačným výkonom poznať dôkladne nákladovú náročnosť jednotlivých výkonov. Táto znalosť je základnou požiadavkou pri rozhodovaní o koncepcii a zameraní poskytovanej zdravotnej starostlivosti i v nadväznosti na hospitalizačné náklady.

K najvýznamnejším položkám priamych nákladov na centrálnych operačných sálach patria operačné krytia a plášte, ktoré pôsobia ako bariéra, zabraňujú prenosu mikroorganizmov z nesterilnej oblasti do sterilnej. Používanie jednorazových prostriedkov v oblasti bezpečnosti pacienta a zdravotníckeho personálu v SR je doporučené Európskou normou STN EN 13795+A1. Systém jednorazového rúškovania v každodennej praxi prispieva k zníženiu rizika vzniku infekcií v operačnom poli. Dôvody pre dopyt jednorazového rúškovania sú vecné a logické. Výroba jednorazového krytia je zabezpečená v sterilnom prostredí s vysokou ochranou. Manipulácia s jednorazovým materiálom je pohodlná, kvalitná, dostupná. Existuje široká škála rúškovacích setov a je možné po dohovore s dodávateľmi vytvoriť si sety podľa vlastných požiadaviek. Pomáhajú znižovať náklady, šetriť čas a zvyšujú kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti. V neposlednom rade je dôležité pripomenúť aj priaznivý, prijateľný dizajn produktov. Taktiež je dôležité opakovane spomenúť bariéru ochrany pacientov a istotu, že k danému operačnému výkonu sa použije nové sterilné operačné krytie.

Kľúčové slová: kvalita, bezpečnosť, ekonomika, intraoperačná starostlivosť

Summary:

The purpose and mission of monitoring charges and revenue in operating theatres is above all to increase the level of awareness of the effectiveness of the given operation, the possible variants of changes leading to the economical usage of resources, the social costs and benefits in individual operating theatres. This is a process with an aim to improve the given decision, to effectively implement the choice, to reduce the risk of an incorrect decision. The analysis serves as an inspiration and argument of an upcoming or already accepted decision. It is important for the management of the health care institution to know the amount of charges associated with the operation in terms of costs of operation. This knowledge is a basic requirement in decision making on the concept and focus of the provided health care together with hospitalization costs. The most important direct cost items for central operating theatres include sterile covers and gowns that act as a barrier to prevent the transfer of microorganisms from the non-sterile area to the sterile one. The usage of disposable items in order to the safety of the patient and health personnel in the SR is recommended by the European Standard STN EN 13795 + A1. The system of using disposable face masks in everyday practice helps reducing the risk of infection in the operating field. The reasons for using disposable face masks are factual and logical. The production of disposable items is ensured in a sterile environment with high protection. Manipulation with disposable materials is comfortable, on high quality and affordable. There is a wide range of face masks sets and it is possible to create sets according to your own requirements, following an agreement with suppliers. They help in reducing the costs, saving time and

improving the quality of healthcare provided. Last but not least, it is important to mention the favourable, acceptable design of the products. It is also important to reiterate the patient protection barrier and the certainty that a new sterile operational cover is used for the given operation.

Key words: *quality, safety, economy, intraoperative care*

Úvod

Operačná liečba a intraoperačná starostlivosť kladie vysoké nároky na technické a materiálne vybavenie, špeciálne zaškolenie personálu, manažment práce a na najdokonalejšie dodržiavanie zásad asepsy a antisepsy. **Asepsa** je stav neprítomnosti akýchkoľvek patogénnych mikróbov a ich spór v prostredí. Je výsledkom celého súboru opatrení a prísneho dodržiavania zásad režimu práce zdravotníckych pracovníkov. **Antisepsa** je súhrn cielených opatrení na zneškodnenie alebo odstránenie choroboplodných mikroorganizmov aj ich spór z povrchu tela, v otvorených ranách alebo obnažených telových dutinách (Kudlejová, 2014). Aseptické techniky sa využívajú v intraoperačnom období na minimalizáciu rizika expozície pacienta exogénnym mikroorganizmom v období narušenia prirodzenej obranyschopnosti organizmu operačným výkonom. Aseptické postupy sa vzťahujú aj na činnosti spojené s prípravou a udržiavaním sterilného operačného pola. Hlavným cieľom rúškovania je vytvorenie sterilného pola pomocou vhodných a vhodne umiestnených rúšok, čiže izolácia miesta plánovaného chirurgického výkonu v primeranom rozsahu od ostatnej časti pacientovho tela a nesterilných oblastí operačného stola a jeho okolia. „Aby poskytovanie starostlivosti bolo na čo najvyššej úrovni, mali by sme brať do úvahy výsledky výskumov a klinické novinky“ (Dobsonyová, 2016, s. 41). Mnohé štúdie dokladujú, že textilné chirurgické rúška, určené k opakovanému výkonu, nie sú pre pacienta bezpečné, dostatočne ich nechránia a nie sú schopné vytvoriť účinnú bariéru pre kvapaliny a baktérie a tým zamedziť ich prenikaniu do operačnej rany, čo so sebou prináša riziko pooperačných komplikácií. Tieto komplikácie často predlžujú hospitalizáciu pacientov a sú príčinou zvýšených ekonomických nákladov zdravotníckeho zariadenia. Preto je nutné definovať nevýhody textilných operačných rúšok a to z pohľadu dennej praxe a z pohľadu legislatívy. „Požiadavky na rúškovacie systémy sú legislatívne definované v STN EN 13795 Chirurgické rúška, plášte a obleky do čistého prostredia používané ako zdravotnícke pomôcky pre pacientov, zdravotnícky personál a zariadenie; Časť 3: Požiadavky na spôsobilosť a úrovne spôsobilosti. Norma uvádza požiadavky na spôsobilosť operačných plachiet, plášťov a oblečenia do čistého prostredia. Jej cieľom je stanoviť európsky štandard kvality a zhody pre rúška, plášte a odevy do čistých priestorov“ Kudlejová (2014, s. 114).

Tabuľka 1 Hodnotené vlastnosti rúškovacích systémov

Za sucha	Za mokra
odolnosť proti mikrobiálnej penetrácii	odolnosť proti mikrobiálnej penetrácii
odolnosť proti pretrhnutiu	odolnosť proti pretrhnutiu
pevnosť v ťahu	pevnosť v ťahu
odolnosť proti prieniku tekutín	
mikrobiálna čistota	
čistota ako neprítomnosť partikulárneho materiálu	
adhézia na docielenie fixácie za účelom izolácie rany	

Zdroj: Autori

V zmysle legislatívy, bavlnené operačné rúškovanie nespĺňa požiadavky platných noriem. Ďalšie nevýhody bavlneného operačného rúškovania, ktoré prináša prax sú:

- manipulácia s infikovaným prádlom (manipuluje s ním nielen personál operačných sál, ale aj zamestnanci práčovne pri príprave na pranie),
- dodanie roztrhaného a nedostatočne vypraného prádla,
- prácnosť prípravy bavlnených balíkov prádla,
- obmedzenosť doby možnej expirácie,
- nutnosť dokupovania prádla,
- nedostatok potrebného operačného prádla,
- zdĺhavosť prípravy operačného poľa,
- menší komfort počas izolácie operačného miesta.

Aj keď možnosť využitia bavlneného operačného krytia na opakované použitie existuje, tieto materiály sa postupom času znehodnotia, nastane poškodenie povrchu materiálu, čo má za dôsledok ich zníženú funkciu (Tóthová, 2014). Položme si otázku, či poskytuje komfort a ochranu bavlnené krytie aj po 60 praniach, či je z ekonomického hľadiska výhodné opakovane investovať na bavlnený materiál (dopĺňanie, ošetrovanie, sterilizácia), alebo je prijateľnejšie mať fixné výdavky a používať rúškovacie systémy z jednorazového materiálu? Po prehodnotení spomínaných faktov je jasné, že jednorazové rúškovanie je v porovnaní s klasickým pre pacienta podstatne bezpečnejšie a z ekonomického hľadiska výhodnejšie. Príprava na operačné výkony je výrazne skrátená, bezprašná a nie len práca operačných sestier, ale aj operatárov sa tak stáva efektívnejšou.

Cieľ

- zavedenie jednorazového rúškovacieho systému na centrálnych operačných sálach vo FNsP Nové Zámky,
- zabezpečenie poskytovania kvalitných služieb pacientom / klientom,
- zaistenie kladného výsledku hospodárenia.

Metodika práce

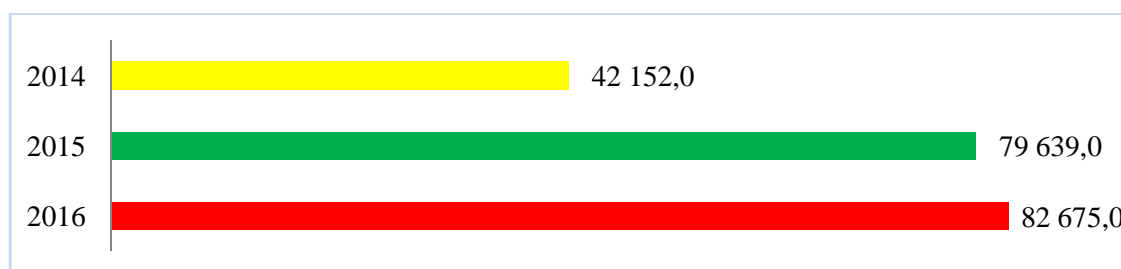
Východiskom pri výbere a sformulovaní prieskumného problému boli skúsenosti a pozorovania z praxe, teoretické poznatky a odborná literatúra. Ako manažérsku podporu k dosiahnutiu cieľa zaviesť jednorazový rúškovací systém na centrálnych operačných sálach, sme využili SWOT analýzu (Tabuľka 2) a vypracovali sme kalkuláciu predpokladaných nákladov na roky 2014 - 2016. Základom pri kalkulácii predpokladaných nákladov boli ceny jednotlivých rúškovacích setov, potrebný počet rúškovacích setov a predpokladaný počet operačných výkonov (Tabuľka 3). Kalkuláciu nákladov sme rozpracovali pre jednotlivé chirurgické odbory vykonávajúce operácie na centrálnych operačných sálach vo FNsP Nové Zámky.

Tabuľka 2 SWOT analýza

Príležitosti	Hrozby
<p>Pri dlhodobom a stabilnom odbere možnosť zníženia cien.</p> <p>Rozšírenie jednorazových setov aj mimo COS (napr. chirurgická zákrovňa).</p> <p>Zníženie času priemernej doby ošetrovania pacientov (môže mať vplyv na hodnotenie nemocnice a na dodatočné zdroje od zdravotných poisťovní).</p>	<p>Zvyšovanie cien zdravotníckeho materiálu.</p> <p>Oneskorené dodanie rúškovacích setov na termín podľa objednávky.</p> <p>Možnosť vzniku chyby v procese sterilizácie u dodávateľa, mimo dosah FNŠP.</p>
Silné stránky	Slabé stránky
<p>Jednoduchá a rýchla manipulácia.</p> <p>Skrátenie času prípravy operačnej sály na operačný výkon.</p> <p>Skrátenie času upratovania po operačnom výkone.</p> <p>Jednoduchá likvidácia po operačnom výkone.</p> <p>Zabránenie chybám pri príprave operačnej sály.</p> <p>Nízke riziko vzniku infekcií v operačnom poli.</p> <p>Celkové zníženie nákladov na poskytovanie zdravotnej starostlivosti (zníženie rizika vzniku nozokomiálnych nákaz).</p>	<p>Primárna mierne vyššia cena setov v porovnaní s doteraz používaným textilným rúškovaním.</p> <p>Prvotný nezvyk zdravotníckeho personálu na používanie jednorazových setov.</p> <p>V niektorých prípadoch je potrebné použiť aj dodatočné položky, ktoré sa v štandardných setoch nenachádzajú.</p>

Zdroj: Autori

Tabuľka 3 Kalkulácia predpokladaných nákladov na jednorazové rúškovacie sety (hodnoty v €)



Zdroj: Autori

Charakteristika produktu

Textilné vlákno na jednorazové použitie sa vyrába z jedno - dvoj - alebo trojvrstvého materiálu. Pri viacvrstvom materiáli sú jednotlivé vrstvy vzájomne spojené. Spodná, savá vrstva pohlcuje pot vylučovaný pacientom, viaže tekutiny a sekréty. Mala by pacientovi poskytovať maximálny komfort. Stredná vrstva je nepriepustná. Zabraňuje prieniku tekutiny k pacientovi. Vrchná vrstva je zvyčajne z netkanej textílie, viaže tekutiny a sekréty. Najčastejšie sa skladajú zo syntetických materiálov: polyamid, polyetylén, polypropylén, viskóza. Sety majú univerzálne zloženie: dve veľké plachty, dva

bočné kompresy, návlek na inštrumentačný stôl, lepiace pásky na fixáciu rozličných káblov a utierku na operačné pole. Uloženie operačného krytia v sterilnom obale je podľa poradia použitia. Každé balenie, ktoré sa otvára odlepením, má dvojité samolepiacu dokumentačnú etiketu na rýchlu a spoľahlivú dokumentáciu v operačnej správe.

Výsledky a diskusia

Zavedenie jednorazových setov na centrálnych operačných sálach organizačne a technicky bolo zabezpečené kompetentnými pracovníkmi a za priameho riadenia vrcholového manažmentu FNsP. Na centrálnych operačných sálach pred výberom rúškovacieho systému bola vykonaná rozsiahla analýza systému rúškovania. Naším cieľom bolo vybrať z ponuky sortimentu operačných setov také, ktoré sú prispôsobené jednotlivým operačným výkonom a ktoré spĺňajú najprísnejšie podmienky na použitie pri operačných výkonoch. Východiskom pri výbere dodávateľov boli usmerňujúce faktory, ako je cena jednotlivých setov, zloženie setov, systém balenia, fakturácia a logistika.

Rok 2014:

- zhromažďovanie informácií,
- analýza systému rúškovania,
- zaistenie finančných zdrojov,
- vyhľadávanie možných dodávateľov,
- zhodnotenie možnosti výberu,
- výber jednorazového rúškovacieho systému,
- vyskúšanie jednorazového rúškovacieho systému,
- zaškolenie personálu,
- postupné zavedenie rúškovacieho systému od apríla 2014 podľa jednotlivých chirurgických odborov.

V roku 2014 sme vykonali 3720 operačných výkonov. Náklady súvisiace so zavedením rúškovacieho systému celkovo činili 565 074 €. (Tabuľka 4 a 5)

Rok 2015:

- aktívna spolupráca s dodávateľskými firmami,
- analýza systému rúškovania,
- spätná analýza nákladovosti zavedeného systému,
- rozšírenie sortimentu.

V roku 2015 bol 2,00%-ný nárast operačných výkonov oproti roku 2014. Rozšírením sortimentu operačných setov sme znížili náklady na pranie textilného operačného prádla, na ostatné ŠZM a na sterilizáciu o 12,00%. (Tabuľka 4 a 5)

Rok 2016:

- aktívna spolupráca s dodávateľskými firmami,
- rozšírenie sortimentu.

V roku 2016 bolo vykonaných 7272 operačných výkonov. Na základe spätnej analýzy nákladovosti zavedeného jednorazového systému došlo k zníženiu nákladov na jednotlivé sety o 2,00%. Celkové

náklady na pranie textilného operačného prádla, ostatné ŠZM a náklady na sterilizáciu sme znížili o 7,00%. (Tabuľka 4 a 5)

Tabuľka 4 Finančné náklady za roky 2014 – 2016 (hodnoty v €)

	Výdavky	k 31.12.2014	k 31.12.2015	k 31.12. 2016
1.	Rúškovacie sety	42 152	79 639	82 675
2.	Ostatné ŠZM	294 171	255 182	275 056
3.	Náklady na pranie	44 500	12 490	13 070
4.	Náklady na sterilizáciu	184 251	150 996	160 095
5.	Spolu:	565 074	498 307	530 896

Zdroj: Autori

Tabuľka 5 Finančné výsledky za roky 2014 – 2016

Rok	Náklady (€)	Zníženie nákladov v %	Počet op. výkonov	Náklady na 1 op. výkon (€)
2014	565 074	-	3 720	151,91
2015	498 307	12,00%	6 922	71,99
2016	530 896	7,00%	7 272	73,00

Zdroj: Autori

Záver

Ošetrovateľská starostlivosť je všeobecne definovaná ako súhrn všetkých činností, ktoré sestry vykonávajú v prospech pacienta alebo spoločne s ním, ako aj súhrn vytýčených cieľov či výsledkov týchto činností. Chirurgické ošetrovateľstvo je aplikovaný ošetrovateľský odbor, východiskom pre poskytovanie starostlivosti sú vedomosti a zručnosti z ošetrovateľských, medicínskych, manažérskych a humanitných predmetov. Jednou z úloh chirurgického ošetrovateľstva je asistencia pri operáciách, teda inštrumentovanie a intervencie zamerané na starostlivosť o pacienta pred a po operácii. Intraoperačné obdobie sa začína preložením pacienta do priestorov operačnej sály na vykonanie operačného zákroku. Primárnou úlohou sestry v tomto období je zachovať pacientovu bezpečnosť. Operačné krytie je dôležitým faktorom v prevencii vzniku infekcie v operačnej rane. Ak sa operačná rana správne izoluje, zaistí sa mikrobiologicky čistá oblasť v okolí miesta operácie. Spoločne s odsávacími zariadeniami slúžia operačné krytia k obmedzeniu presakovania telesných tekutín z oblasti operačnej rany. Jednorazové rúškovacie sety spĺňajú stanovené normy EN 13795 + A1. Zavedením jednorazového rúškovania sa v našom zariadení zvýšila kvalita poskytovanej intraoperačnej starostlivosti a znížili sa nároky na personál operačných sál z pohľadu manipulácie, prípravy materiálu i z pohľadu bezpečnosti práce.

Zoznam použitej literatúry

- BĚLÍKOVÁ, M. (2007) Nová evropská norma pro operační roušky a pláště. *In Rozhledy v chirurgii*, 2007, roč. 86., č.6, s. 318. ISSN 0035 – 9351
- BITTNEROVÁ, Z. (2007) Rouškování vezkúšebním provozu. *In Sestra. Inštrumentárka*, 2007, roč. 17., č. 4 mimoř. příl., s. 11. ISSN 1210 – 0404
- BOBČÍKOVÁ, B. (2003) Kontrola infekce a nová evropská norma pro operační roušky a pláště: Hlavní téma: Praktický lékař. *In Zdravotnické noviny, Příl. Léč. Listy*, 2003, roč. 52, č. 18., s. 28. ISSN 0044 – 1996

- BŽÍZA, J. (2011) Problematika legislativních požadavků na textilní zdravotnické prostředky používané v operačních sálech. *In Rozhled v chirurgii – Literatura 4*, 2011, roč. 90., č. 9, s. 517 – 518. ISSN 0035 – 9351
- ČECHOVÁ, M. (2007) Asepsy, moderní metody rouškování. *In Diagnóza v ošetrovatelství*, 2007, roč. 3., č. 6, s. 207 – 208. ISSN 1801 – 1349
- DOBSONYOVÁ, A. - MAZANOVÁ, D. – JANKECHOVÁ, M. (2016) Využitie moderného terapeutického krytia v starostlivosti o rany. *In: Florence*, 2016, roč. XII., č. 2, s. 40 – 41. ISSN 1801-464X
- DUDA, M. (2000) *Práce sestry na operačním sále*. Praha: Grada, 2000. 392 s. ISBN 80 – 7169 – 642 – 0
- FARKAŠOVÁ, D. a kol. (2005) *Ošetrovatelstvo – teória*. Martin: Osveta, 2005. 215 s. ISBN 80 – 8063 – 182 – 4
- HADAŠOVÁ, L. (2005) Skúsenosti s používaním jednorazového rúškovanía. *In Sestra*, 2005, roč. 4., č. 6, s. 45. ISSN 1335 – 9444
- JAKUBEC, I. (2005) Jednorazové rúškovanie – prepych alebo nevyhnutnosť. *In Revue medicíny v praxi*, 2005, roč. 3., č.5, s.21. ISSN 1336 – 202X
- JEDLIČKOVÁ, J. a kol. (2012) *Ošetrovateľská perioperačná péče*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelekárskych zdravotnických odborů, 2012. 268 s. ISBN 978 – 80 – 7013 – 543 – 3
- KUDLEJOVÁ, M. a kol. (2014) *Inštrumentovanie princípy, zásady, techniky a postupy*. Martin: Osveta, 2014. 699 s. ISBN 978 – 80 – 8063 – 423 – 0
- TÓTHOVÁ, E. (2014) *Manažment jednorazového rúškovanía na operačných sálach: diplomová práca*. Nové Zámky: VŠZaSP sv. Alžbety, FZaSP sv. Ladislava Nové Zámky. 2014. 79 s.
- TYCHLEROVÁ, V. (2006) Dosavadní zkušenosti s jednorazovými rouškami na centrálních operačních sálech oblastní nemocnice Mladá Boleslav a.s. *In Multidisciplinárna péče*, 2006, roč. 1., č. 2, s. 3 – 6. ISSN 1802 – 0658
- WICHSOVÁ, J. – PŘIKRYL, P. – POKORNÁ, R. – BITTNEROVÁ, Z. (2013) *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada, 2013. 192 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 3754 – 6

Kontaktné adresy:

Mgr. Ildikó Kisová

ildiko.kisova@gmail.com

PhDr. Lívia Kollárová, PhD., MHA

livia.kollar@gmail.com

PhDr. Ľubica Libová, PhD.

Lubica.Libova@unsk.sk

ETICKÉ ASPEKTY STAROSTLIVOSTI O SENIOROV V INŠTITUCIONÁLNYCH ZARIADENIACH

Silvia Puteková, Kabátová Oľga

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita v Trnave

Súhrn:

Starnutie je neoddeliteľnou súčasťou života. Stáva sa aktuálnym demografickým trendom, ako aj stále diskutovanejšou témou. Niektorí autori dokonca uvádzajú, že ide o epidémiu starnutia. Starnutie jedincov sa deje biologicky a fatálne. Populácia starne štruktúrne. Je však jasné, že spoločnosť sa musí na starnutie adekvátne pripraviť. Starnutie populácie je celosvetový problém, preto ho musíme akceptovať a prispôbiť sa mu, ale to neznamená, že starobu, starnutie a starých ľudí zavrhneme. Naším poslaním by malo byť umožniť prežiť seniorom peknú starobu, takú starobu, akú si naozaj zaslúžia. Udržať ich čo najdlhšie v sebestačnosti, aby mal každý z nich plnohodnotný a kvalitný život. Cieľom je zachovať pacientovu dôstojnosť, správať sa k nemu s úctou, rešpektovať ho a komunikovať s ním na primeranej úrovni, zachovať ich v dobrej psychickej a fyzickej kondícii. Aj seniori potrebujú mať pocit istoty, pocit bezpečia a hlavne uspokojovanie potrieb. Aby sme splnili hlavnú požiadavku musíme zachovať dôstojnosť človeka až do konca jeho života. Je dôležité zamyslieť sa nad základnými etickými princípmi pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti seniorom aj v inštitucionálnych zariadeniach.

Kľúčové slová: Senior, Etické aspekty starostlivosti, inštitucionálne zariadenia.

JohannWolfgang von Goethe raz povedal, že krásni mladí ľudia sú hračkou prírody, ale krásni starí ľudia sú umeleckým dielom. Staroba a starnutie je súčasťou života, nielen života ľudí, ale taktiež aj života zvierat a rastlín. Staroba pre nás predstavuje pojem vyvrcholenia života, našej existencie, nášho správania, ale taktiež konania voči ostatným ľuďom (Mauk, 2013). Pri pohľade na starších jedincov, teda seniorov, hovoríme o vednom odbore, ktorý nazývame gerontológia. Medzi hlavné úlohy gerontológie môžeme zaradiť najmä uchovávanie zdravia, predlžovanie života seniora a taktiež aj podporovanie života a jeho kvalít (Németh, 2009). Problematika starnutia a staroby nadobúda v spoločnosti čoraz väčší význam. Nepretržitý nárast počtu seniorov má vplyv na ďalší vývoj spoločnosti, pretože väčšina trpí vysokým výskytom chronických ochorení, rôznymi psychickými poruchami a je odkázaná na zdravotnú, ošetrovateľskú a sociálnu starostlivosť.

Nové trendy, ktoré sa uplatňujú v ošetrovatelstve, sa dotýkajú i geriatrického a gerontologického ošetrovatelstva, kde medzi základné prvky starostlivosti patrí humánny prístup ošetrojúceho personálu k seniorom (Martinková, 2011). Kvalitu starnutia ovplyvňujú zdravotný stav a životné očakávania. Deficitný model starnutia v spoločnosti spôsobuje odsunutie starých ľudí na perifériu spoločnosti. Finančné problémy ovplyvňujú nielen kvalitu života, ale taktiež aj zdravotný stav človeka (Hegyí, 2010). Hlavnou zásadou i cieľom sociálnej a zdravotnej starostlivosti o seniorov je snaha čo najdlhšieho udržania starších ľudí v ich pôvodnom, rodinnom prostredí. Toto prostredie je pre nich najoptimálnejšie a prioritné (Smoleňová 2000). Avšak u vysokého percenta seniorov rodina nedokáže poskytnúť potrebnú starostlivosť a preto sú seniori čoraz častejšie umiestňovaní v inštitucionálnych zariadeniach. Podľa Hegyiho sa starý človek pri dlhodobej inštitucionálnej starostlivosti musí vyrovnáť s viacerými okruhmi problémov: komplikácie liečby, diétne zvyklosti, psychosociálna trauma, depresia, relokačný syndróm a geriatrický maladaptívny syndróm. Nároky na ošetrovateľskú starostlivosť priamo úmerne stúpajú s potrebami a požiadavkami pacientov/klientov, kde sestra a jej pokročilé schopnosti a vedomosti zohrávajú fundamentálnu rolu (Grešš Halász, Tkáčová, 2015). Osobitnou otázkou je dodržiavanie etických princípov pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti seniorom v týchto zariadeniach. Ošetrovatelstvo je multidisciplinárny vedný odbor, ktorý by mal spájať všetky aspekty etiky a legislatívy. Aby v praxi nedochádzalo k neustálym dilemám, nedorozumeniam a chybným rozhodnutiam musíme tieto aspekty etiky a legislatívy dodržiavať,

pretože z nesprávneho legislatívneho postupu by mohli vzniknúť rôzne právne následky (Gulášová, 2009). Etickým základom pre výkon profesionálneho ošetrovateľstva je chcieť, vedieť a môcť. Tieto požiadavky sa vzájomne podmieňujú a nemožno ich oddeliť. Požiadavka chcieť sa týka morálneho postoja k vlastnému povolaniu, kde sa výrazne prejaví mravná osobnosť sestry. Požiadavka vedieť je závislá na školskej sústave v poskytovaní príslušného odborného vzdelania pre výkon profesie. Požiadavka môcť zahŕňa kompetencie sestry, kapacitu sestier, legislatívnu úpravu (Tkáčová, Dlugošová, 2011). Pri poskytovaní zdravotnej a sociálnej starostlivosti pribúdajú etické kódexy a to pre novovzniknuté dilematické situácie. Etické kódexy možno deliť: na medzinárodné a národné. Etický kódex poskytuje základný rámec v súlade, s ktorým by sme mali činiť svoje etické rozhodnutia. Pre etické kódexy existuje spoločný znak a to ich univerzalistický charakter (Kutnohorská a kol., 2011). Etický kódex je akýsi návod na správanie, ktoré je založené na potrebách a hodnotách spoločnosti (Líšková – Nádaská a kol., 2006). Tieto normy a princípy sú tak stanovené, aby každú položku týkajúcu sa bežnej praxe zachytávali. Sú to tieto princípy: princíp beneficencie, princíp maleficencie, princíp justície a princíp autonómie. Je dôležité, aby sme si uvedomili, spoznali a prijali za svoje základy ošetrovateľstva, ktoré sa týkajú etiky a práva v tomto uvedenom odbore a v praxi.

- Princíp AUTONÓMIE

Tento pojem vždy označuje nezávislú jednotku od autority centrálnej, ktorá sa samostatne rozhoduje. Autonómia znamená nezávislosť či svojbytnosť. Každý človek je schopný sám sa rozhodovať a nezávisle od ostatných vie zistiť, čo je správne. V prípade klienta je nutné, aby mu bola ponechaná jeho svojbytnosť. Ak budeme správne uplatňovať autonómiu, nikdy nedôjde k tomu, aby klient cítil pocit nedôstojnosti a nesprávny prístup zo strany zdravotníka, čo by viedlo k porušeniu pacientových práv.

- Princíp JUSTÍCIE

Tento princíp je z hľadiska ošetrovateľstva veľmi dôležitý, pretože každý jeden princíp prepája. Týmto princípom nechráni zdravotník len sám seba, ale aj klienta. Justícia je vo všeobecnosti moc zabezpečujúca vládu práva. V ošetrovateľstve sa dotýka najmä pri usmerňovaní činnosti.

- Princíp BENEFICIENCIE

Je v každom princípe konanie dobra v odbornej starostlivosti o zdravie klienta. Klientovi možno zdravotnú starostlivosť poskytnúť v každej forme. Či sa to týka potrieb primárnych, sociálnych alebo psychických. Je veľmi dôležité, aby každý zdravotnícky pracovník vedel posúdiť, či je jeho činnosť pri spolupráci s klientom smerovaná k správne konaniu, alebo či nevedie k poškodeniu jeho zdravia.

- Princíp NON – MALEFICIENCIE

Tento princíp kladie dôraz na to, aby sa klientovi pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti uškodilo čo najmenej. Je dôležité, aby sa zdravotná starostlivosť vykonávala pri čo najmenšom poškodení a traumatizovaní klienta (Gulášová, 2009).

Záver:

Seniori v inštitucionálnych zariadeniach, ktorí sú na nás odkázaní, vkladajú do našich rúk dôveru, dôveru v to, že sa na nás môžu kedykoľvek spoľahnúť, že nám môžu dôverovať, že im bude poskytnutá naozaj kvalitná ošetrovateľská starostlivosť i komunikácia. Pretože neraz sa stane, že práve poskytnutie rady, či vyrozprávanie sa naším klientom veľmi pomôže. Oni vedia, že my sme tu pre nich. Ale položme si otázku, vieme to aj my? Snažme sa naozaj o to, aby sme našich klientov spoznali, aby sme v starostlivosti o nich naozaj dodržiavali etické princípy a aby sme dosiahli takú starostlivosť, z ktorej bude mať dobrý pocit nielen klient ale aj my.

Použitá literatúra:

GREŠŠ HALÁSZ, B., - TKÁČOVÁ, Ľ. 2015, Pokročilá prax v ošetrovatelstve. In Cesta k modernému ošetrovatelstvu XVII. – recenzovaný zborník príspevků z odbornej konferencie s mezinárodnou účasťou [CD-ROM]. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, 2015, p. 19–25. ISBN: 978- 80- 87347- 20-1.

GULÁŠOVÁ, I. et al. 2007. Etika a právo v ošetrovatelstve. Bratislava. [online]. 2007. Dostupné na internete: http://www.pulib.sk/elpub2/FZ/Istonova2/pdf_doc/hruska.pdf.

HEGYI, L. – KRAJČÍK, Š. 2010. *Geriatría*. 1.vyd. Bratislava: Herba, spol. s.r.o., 2010. 608 s. ISBN 978-80-89171-73-6.

KUTNOHORSKÁ, J. a kol. 2011. Etika pro zdravotní a sociální pracovníky. Praha : Grada publishing, a. s., 2011. 105 - 111 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 3843 – 7.

LÍŠKOVÁ, M. - NÁDASKÁ, I. a kol., 2006. Základy multikultúrneho ošetrovatelstva. Martin : Osveta, 2006. 35 -41 s. ISBN 80-8063-216-2.

MARTINKOVÁ, J. 2011. Ošetrovateľská starostlivosť o pacienta s Alzheimerovou chorobou. In: [Ošetrovatelstvo](#). Prague: Ottova tiskárna s.r.o., 2011. 119-134s. ISBN 978-80-260-1322-8.

MAUK, K.L. 2013. *Gerontological Nursing*. Massachusetts: Jones and Bartlett Learning, 2013. 1062 s. ISBN 97-814-4969-4647.

NÉMETH, F. a kol. 2009. *Geriatría a geriatrické ošetrovatelstvo*. Martin : Osveta, 2009. 190 s. ISBN 978-80-8063-314-1.

SMOLEŇOVÁ L, DUŠEKOVÁ N, LOVÁSOVÁ M, a spol. 2000. Problematika inštitucionalizácie starých ľudí. In: Hegyi L. Care of Elderly – Public Health Aspects, [Starostlivosť o seniorov z aspektu verejného zdravotníctva]. 1. vyd. Bratislava: Charis, 2000, ISBN 80-67674-6-1, s. 54–58.

TKÁČOVÁ, Ľ. – DLUGOŠOVÁ, A. 2011. Etické aspekty ošetrovateľskej starostlivosti o seniorov. In *Zborník prednášok z VIII. celoslovenskej konferencie sestier pracujúcich v zariadeniach sociálnych služieb s mezinárodnou účasťou konanej dňa 16-17.9.2011 v Ružomberku*. Bratislava: Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, 2011. ISBN 978-80-89542-08-6, s. 40-46.

Kontaktná adresa:

PhDr. Silvia Puteková, PhD.
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce
Trnavská univerzita v Trnave
Univerzitné námestie 1
917 01 Trnava
silvia.putekova@truni.sk

SPÁNOK VO VYŠŠOM VEKU

Jana Martinková

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita v Trnave

Súhrn:

Spánok zohráva dôležitú úlohu pre dobrý zdravotný stav človeka a pohody po celý život. Dostatok kvalitného spánku ochraňuje naše duševné a fyzické zdravie, kvalitu života i bezpečnosť. To, ako sa cítíme počas dňa, čiastočne závisí i na tom, ako sa vyspíme. Počas spánku sa náš organizmus snaží podporovať zdravú funkciu mozgu a udržiava i fyzické zdravie. Nepretržitý nedostatok spánku môže zvýšiť riziko niektorých chronických zdravotných problémov, čo môže ovplyvniť naše myslenie, schopnosť reagovať, pracovať a učiť sa. Starnutie je z rôznych dôvodov sprevádzané náchylnosťou k poruchám spánku. S pribúdajúcim vekom sa zvyšuje riziko zdravotných ochorení, psychických problémov a nadmerného užívania liekov. Všetky tieto aspekty môžu nepriaznivo ovplyvniť spánok. Medzi najčastejšie poruchy spánku vo vyššom veku, teda u ľudí starších ako 65 rokov, patria najmä zmeny degeneratívneho pôvodu, ktoré prináša čas, telesné ochorenia, užívanie liekov na základné ochorenie, nová sociálna úloha a jej zmena po odchode detí z domova, alebo po odchode zo zamestnania, zmena fyzickej a duševnej aktivity, alebo meniaci sa životný štýl.

Kľúčové slová: Vyšší vek. Spánok. Fyziológia spánku. Narušený spánok.

Problematika staroby a starnutia je v súčasnej dobe veľmi aktuálna téma z hľadiska sociálneho, politického i ekonomického. Demografické údaje nielen na Slovensku, ale i celej Európskej únii ukazujú nárast obyvateľov vyššej vekovej skupiny. Kabátová, Puteková (2015) uvádzajú, že proces demografického starnutia je charakterizovaný zvyšovaním podielu seniorov a stáva sa spoločným celosvetovým problémom. Tento jav ovplyvňuje všetky oblasti života, nevynímajúc ošetrovateľstvo. Spolu s fyzickými zmenami, ktoré sa vyskytujú v dôsledku fyziologického starnutia, zmeny vo vyššom veku sa vyskytujú aj v oblasti spánku. Potreba spánku sa v priebehu ontogenézy mení. Už od 30 rokov veku života sa predlžuje dĺžka potrebná na zaspávanie, zvyšuje sa počet spánkových porúch a ľudia si začínajú uvedomovať, ako je kvalita spánku dôležitá (Dohnal, 2005). Spánok je ovplyvňovaný celkovým zdravotným a psychickým stavom. S rastúcim vekom dochádza k skráteniu dĺžky nočného spánku a k jeho fragmentácii. Objavujú sa poruchy dýchania spojené so spánkom, narušenie cyklu spánku a bdenia, záškľby svalových skupín a gastroezofageálny reflux (Kalvach, 2004). K ďalším zmenám typickým pre vyšší vek patrí pocit nekvalitného spánku, dlhšia doba potrebná na zaspávanie, skoré zaspávanie a predčasné ranné vstávanie. Nespavosť je frekventovaným nešpecifickým symptómom v starobe a postihuje 30 až 40% seniorov. Avšak len minimum z nich príde kvôli spomínanému problému k lekárovi a hľadá odbornú pomoc (Topinková, Neuwirth, 1995).

Vo vyššom veku dochádza k pravidelnému pospávaniu počas dňa. Takmer polovica osôb starších ako 65 rokov priznáva, že nekvalitne spí a dokonca až 2/3 inštitucionalizovaných seniorov uvádza niektorý typ poruchy. S pribúdajúcim vekom nastávajú zmeny architektúry spánku, ktoré sa prejavujú na hypnogramu, kde sa demonštrujú zvýšené výskyty nočného prebúdzania, zmeny EEG aktivity a znásobenia doby ľahkého spánku (Fulke, Vaughan, 2009). V rámci spánkových cyklov sa skraca dĺžka 3. a 4. fázy Non-REM spánku a zároveň jej celkové trvanie. Predlžuje sa dĺžka 1. fázy Non-REM a aj celá fáza REM. Zvyšuje sa čas strávený v posteli a počet nočných prebudení. Väčší problém s kvalitou a dĺžkou spánku vo vyššom veku majú muži oproti ženám (Lee-Chiong, 2008). Výskumy dokazujú, že hlavnou príčinou zhoršenia kvality spánku nie je vek, ale choroby, ktoré sa vo vyššom veku vyskytujú. Na stave zhoršeného spánku sa tiež podieľajú obmedzené sociálne kontakty, ktoré majú za následok zníženie pohybovej aktivity vo vonkajších priestoroch (Plháková, 2013).

Starnutie je z rôznych dôvodov sprevádzané náchylnosťou k poruchám spánku. S pribúdajúcim vekom sa zvyšuje riziko zdravotných ochorení, psychických problémov a nadmerného užívania liekov. Všetky tieto aspekty môžu nepriaznivo ovplyvniť spánok (Loiselle, Means, Edinger, 2005). Počas života dochádza k zmenám potreby a charakteru spánku. Celková doba spánku sa skraca, čo sa týka aj hlbokých fáz spánku. REM fáza spánku sa skraca a I. a II. fázy NREM spánku sa predlžuje. K najväčšiemu skráteniu dochádza u III. a IV. fázy NREM spánku. Vo vyššom veku je priemerná dĺžka spánku zredukovaná na 6 - 7 hodín, čo by malo postačovať na potrebnú obnovu síl. Väčšina populácie vo vyššom veku však túto dobu považuje subjektívne za nedostačujúcu. Ďalej je v starobe posunutý cyklus spánku a bdenia bez výrazného vplyvu na celkovú dobu spánku. Všetky tieto zmeny majú fyziologický charakter. Pre populáciu vo vyššom veku sú časté aj patologické zmeny, ktoré bývajú početnejšie najmä u pacientov trpiacich súčasne aj duševnou poruchou (Krombholz, Drástová, Červenka, 2009). Dohnal (2007) uvádza, že výrazné zmeny spánku vo vyššom veku sa týkajú predovšetkým jeho kvality. Tým, že sa skraca doba prítomnosti REM spánku od zaspánia, mozog tak dostane rýchlejšie požadovaný REM spánok a po zvyšok noci prebieha obvykle iba povrchný spánok, pretože sa hlboký delta spánok neustále skraca. Táto skutočnosť býva u seniorov zvyčajne dôsledkom ich presvedčenia, že spánok, nie je tak kvalitný, ako v mladšom veku.

Dohnal (2007) a Jiráček (2004) sa zhodujú, že spánok vo vyššom veku obvykle neprebíha ako celok, ale je charakteristický častým prerušovaním. Veľakrát sa tiež vyskytujú pohyby tela, ktoré sú príčinou krátkych prebudení. Vo vyššom veku je typické trávenie väčšieho množstva času v posteli, než u osôb mladšieho veku. Zvyčajne sa v starobe predlžuje doba zaspávania, čo je ale veľmi individuálne, obvyklé je opakované nočné prebudenie, predovšetkým vďaka nutkaniu na močenie, syndrómu nepokojných nôh, bolesti, fyzickým a somatickým ťažkostiam (Jiráček, 2004). Poruchy spánku vrátane upravenej dĺžky a fragmentácia spánku, sú bežné u väčšiny populácie vo vyššom veku. Viac ako 40% dospelých vo veku nad 65 rokov má problémy so zaspávaním a spánkom ako takým. Problémy so spánkom sú vo vyššom veku zvyčajne spájané so zdravotnými ťažkosťami a tiež so zmenami v každodenných činnostiach a obmedzením pohyblivosti (Spira et al., 2012).

Moráň (2001) uvádza, že nespavosť je najčastejším problémom týkajúcich sa spánku vo vyššom veku. V starobe sa často vyskytujú poruchy spánku v súvislosti so somatickým ochorením, ako už bolo vyššie spomenuté (opakované nočné močenie, somatické neurologické a interné ochorenia, hormonálne zmeny v rámci menopauzy). Neefektívny spánok je často dôsledkom zhoršenej dennej aktivity. Ďalej sú príčinami porúch spánku vo vyššom veku tiež psychologické faktory charakteristické pre vyšší vek. U niektorých spánkových porúch, ako sú spánkové apnoe, hypersomnia, narkolepsia, chrápanie, ktorými jedinec trpel aj v mladšom veku, často v starobe dochádza k ich zvýrazneniu a zhoršeniu. Výskyt syndrómu nepokojných nôh či periodický pohyb končatinami je zvyčajne prejavom poklesu transmitterov (Moráň, 2001).

Staroba a starnutie sú relatívne pojmy a ich nástup je čisto individuálny. Svetová zdravotnícka organizácia rozlišuje starobu na niekoľko kategórií - starší vek je od 60 do 74 rokov, starý vek je od 75 do 89 rokov a nad 90 rokov je dlhovekosť. Priebeh starnutia závisí na genetických dispozíciách, pohlaví, spôsobu života, rôznych ochoreniach a sociálnych okolnostiach (Kraftová, Cikánková, 2008). Starnutie je fyziologický proces, ktorý, postihuje každú časť tela iným spôsobom. Na koži sa robia vrásky a šedivé vlasy. Kĺby strácajú ohybnosť, svaly pružnosť, kosti rednú, slabne zrak, zhoršuje sa sluch a znižuje sa imunita. Sprievodným znakom je zhoršovanie pamäti a spomaľovanie poznávacích procesov. Takisto spánok podlieha mnohým zmenám, keďže v tejto dobe odchádza väčšina ľudí do dôchodku, dochádza k strate životných partnerov, nastáva pocit neúčinnosti, sociálnej izolácii a veľkého množstva voľného času. Mnohí majú narušený režim dňa a tým tiež režim spánku (Kraftová, Cikánková, 2008). Ako uvádza Chopra (2004) spánok je biologický proces, ktorý sa v priebehu života vyvíja. Vo vyššom veku dochádza k zmenám spánku. Nočný spánok sa často presúva do skorších hodín, osoby predtým zaspávajú a ráno sa skôr prebúdajú. Kvalita a dĺžka spánku sa môže v starobe meniť tiež v priebehu roka. Striedajú sa týždne alebo mesiace spánku kvalitného a obdobie spánku narušeného. Oproti tradičným názorom, že vo vyššom veku sa

potrebuje spánku menej, sa zisťuje, že celková potreba spánku sa toľko nemení. Pozorovania potvrdzujú, že populácia vo vyššom veku spí dokonca viac, ako v mladosti. Ľudia okolo sedemdesiatich rokov a starší, majú potrebu niekoľkých spánkových úsekov aj počas dňa. Tým vlastne nahrádzajú nedostatočný, alebo nekvalitný spánok počas noci. Na lôžku trávajú väčšinou viac času ako mladí, predlžuje sa doba ich zaspávania, dochádza k častejšiemu prebúdzaniu, ktoré je spôsobené nutkaním na močenie, dychovými ťažkosťami, syndrómom nepokojných nôh, bolesťou, alebo inými telesnými ťažkosťami.

Pre hodnotnejší nočný spánok vo vyššom veku je dôležité poznať správnu spánkovú hygienu a dobré spánkové návyky. Medzi najčastejšie poruchy spánku vo vyššom veku, teda ľudí starších ako 65 rokov, patria najmä zmeny degeneratívneho pôvodu, ktoré prináša čas, telesné ochorenia, užívanie liekov na základné ochorenie, nová sociálna úloha a jej zmena po odchode detí z domova, alebo po odchode zo zamestnania, zmena fyzickej a duševnej aktivity, alebo meniaci sa životný štýl (Chopra, 2004). Hospitalizácia znamená pre pacienta vždy veľký zásah do spôsobu života a do jeho zvyklostí. Je všeobecne známe, že starý strom sa zle presádza, preto vo vyššom veku sú značné problémy so zmenou prostredia (Sládková, 2006). Poruchy spánku vo vyššom veku sú veľmi časté a hospitalizácia ich väčšinou ešte prehľbuje a znásobuje. Zmena prostredia, ošetrojúci personál, noví spolubývajúci, nedostatok súkromia, to všetko sa stáva veľkou záťažou pre pacienta, ktorý si už vzhľadom na vek prináša zhoršenú adaptabilitu (Svėdíková, Menclová, 2008). Na nespavosť môže mať vplyv bolesť, svrbenie, niktúria, dýchavičnosť, kašeľ, pálenie záhy, parestézia, kŕče v lýtkach, búšenie srdca a neprirodená, vynútená poloha. K momentom porúch spánku sa tiež radí stres, úzkosť, strach z neznámeho, z budúcnosti, alebo samotná osamelosť. Ďalšou príčinou sa stáva nezvyklé lôžko, iná teplota miestnosti a neprimerané osvetlenie. Prítomnosť ďalších spolupacientov a ich telesné prejavy, ako je napríklad stonanie, plač alebo chrápanie, môžu spánok rušiť a odďaľovať. V neposlednom rade tiež nemocničný hluk predstavovaný prístrojmi, zvonenie telefónov, zatváranie dverí alebo hlučné správanie personálu, sa významne podieľa na kvalite spánku (Nevšímalová, 2008).

I osoby vo vyššom veku majú svoje potreby v oblasti bio-psycho-sociálnej a spirituálnej. Ako uvádza Bramušková, Andrási (2015) aj duchovná starostlivosť zastávala svoju významnú úlohu v starostlivosti o chorých a následne v ošetrovateľskej starostlivosti. Preto každá neuspokojená potreba je prejavom nedostatku, čo vedie k negatívne ovplyvneniu človeka nielen v jeho emóciách, myslení a prežívaní, ale aj v jeho pozornosti. V priebehu života sa tieto potreby menia, či už z hľadiska kvality, tak z hľadiska kvantity. Podľa amerického psychológa Maslowa je spánok základnou ľudskou potrebou. Spánok a jeho potreba, podobne, ako u odpočinku, je u každého individuálna. Potreba spánku sa mení s vekom a vplyvom vnútorných i vonkajších zmien. Starnutím sa potreba spánku relatívne skraca a súčasne pribúda spánkových porúch (Trachtová, 2001). Spánok je aktívny dej. Ide o fyziologickú zmenu vedomia, ktorá je charakterizovaná zmenami fyziologických funkcií, minimálne fyzickou aktivitou a zníženou reakciou na rôzne podnety. Preto je spánok nevyhnutným predpokladom pre zachovanie duševného a telesného zdravia. Práve z tohto dôvodu je zaradený medzi potreby základné, teda nižšie (Topinková, 2005). Človek prespí približne jednu tretinu života. Zdravý človek spí denne asi sedem až deväť hodín, niekto spí dlhšie, niekomu stačí aj menej. Existuje ale vzťah medzi spánkom a ochorením. Každé fyzické i psychické ochorenie je sprevádzané zvýšenou únavou. Potreba energie na zvládnutie denných činností a boj s ochorením v sebe nesú aj zvýšenú potrebu spánku. Nemusí sa vždy jednať len o dĺžku spánku, ale je dôležité, či je človek po prebudení dostatočne oddýchnutý a čulý. Jedná sa tiež o spánkovú kvalitu. Dnes už o tom, kedy ide človek spať nerozhoduje striedanie svetla a tmy. Keď príde tma, rozsvieti sa jednoducho svetlo a pokračuje sa v ďalších činnostiach. Tým sa však navodí nepravidelnosť, odklonenie života od prírody, ktorá takú vymoženosť modernej doby vráti v podobe rôznych porúch i vo vyššom veku. (Topinková, 2005). Starostlivosť o seniorov si vyžaduje od sestry zručnosti a vedomosti pri uspokojovaní fyzických potrieb, ako aj pri plnení požiadaviek psychosociálneho prostredia. Celý zdravotnícky tím by sa mal snažiť poskytnúť chorému starostlivosť na najvyššej profesionálnej úrovni, a tak prispieť k plnohodnotnému prežitiu jesene života. Staroba nie je choroba, ale je to fyziologický stav istého

obdobia života človeka, no predsa býva sprevádzaná mnohými ťažkosťami a skutočnými chorobami (Tkáčová, Dluhošová, 2011).

Použitá literatúra:

BRAMUŠKOVÁ, J., ANDRÁSI, I. (2015). Kompetencie zdravotníkov pri uspokojovaní spirituálnych potrieb. In *Spirituálne potreby pacientov v paliatívnej starostlivosti*. Martin: Osveta, 2015. 122 s. ISBN 978-80-8063-441-4.

DOHNAL, P. (2007). Senior living: trendy v seniorském bydleaní a změny životního stylu seniorů, 9.-10.11.2006. Ostrava: Ledax, 2007. ISBN 978-80-239-9067-6.

FULKE, P., VAUGHAN, S. (2009) Sleep deprivation: causes, effects and treatment New York: Nova Science Publishers, 2009, 349p. *Neuroscience research progress series*. ISBN 978-161-9422-193.

CHOPRA, D. (2004). Spokojený spánek (Insomnie a jak ji léčit). *Vydavatelstvo Pragma*, 2004. 142 s. ISBN 978- 8072 -050-96 -6.

JIRÁK, R. (2004). Poruchy spánku ve stáří. In: KALVACH et al. Geriatrie a gerontologie. *Praha: Grada*, 2004. s. 263 - 267. ISBN 80-247-0548-6.

KABATOVÁ, O., PUTEKOVÁ, S., (2015). Ošetrovateľská starostlivosť v geriatrii II. 1. vyd. Trnava: *Typi Universitatis Tyrnaviensis*, 2015. 84 s., ISBN 978-80-8082-918-6.

KALVACH, Z. (2004). Geriatrie a gerontologie. 1. vyd. *Praha: Grada*, 2004, 861 s. ISBN 80-247-0548-6.

KRAFTOVÁ, J. CIKÁNKOVÁ, K. (2008). Společnými silami ke spokojenému stáří. In *Sestra*, ISSN-1210-0404. 2008, roč. 18, č. 2, str. 34.

KROMBHOZL, R., DRÁSTOVÁ, H., ČERVENKA, V. (2009). Poruchy spánku v gerontopsychiatrii a možnosti léčby. *Psychiatrie pro praxi*. ISSN 1213-0508. 10 (4), s. 26-30.

LEE-CHIONG, TL. (2008). Sleep medicine: essentials and review. *New York: Oxford University Press*, 2008, 703p. ISBN 978-0195-306-59-7.

LOISELLE, M., MEANS, M., EDINGER. (2005). J. Sleep Disturbances in Aging. In: MATTSON, M. Sleep and aging. *Boston: Elsevier*, 2005, 204 p. ISBN 978-0444-518-76-7.

MORÁŇ, M. (2001). Poruchy spánku. *Interní medicína pro praxi*. 2001, ISSN 1212-7299 roč. 3, č. 3. s. 104-109.

NEVŠÍMALOVÁ, S. (2008). Poruchy spánku. In *Postgraduální medicína*, ISSN-1212-4184. 2008, roč. 10, č. 7, str. 778-785.

PLHÁKOVÁ, A. (2013). Spánek a snění: vědecké poznatky a jejich psychoterapeutické využití. 1. vyd. *Praha: Portál*, 2013, 264 s. ISBN 978-80-262-0365-0.

SLÁDKOVÁ, R. (2006). Problematika spánku u hospitalizovaných pacientů. In *Diagnóza v ošetrovateľství*, ISSN-1801-1349, 2006, roč. 2, č. 10, str. 387-388.

SPIRA, A. et al. (2012). Objectively Measured Sleep Quality and Nursing Home Placement in Older Woman. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2012 Jul;60(7):1237-4.

SVĚDÍKOVÁ, M., MENCLOVÁ, K. (2008). Poruchy spánku ve stáří. In *Sestra*, ISSN-1210-0404 2008 roč.18, č. 2, str. 35.

TKÁČOVÁ, Ľ. – DLUGOŠOVÁ, A. 2011. Etické aspekty ošetrovateľskej starostlivosti o seniorov. In Zborník prednášok z VIII. celoslovenskej konferencie sestier pracujúcich v zariadeniach sociálnych služieb s medzinárodnou účasťou konanej dňa 16-17.9.2011 v Ružomberku. Bratislava: Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, 2011. ISBN 978- 80-89542- 08-6, s. 40-46.

TOPINKOVÁ, E. (2005). Geriatrie pro praxi, 1 vyd., *Praha: Galén*, 2005, 270s, ISBN 80-7262- 365-6.

TOPINKOVÁ, E, NEUWIRTH, J. (1995). Geriatrie pro praktického lékaře. 1. vyd. *Praha: Grada*, 1995, 304 s. ISBN 80-7169-099-6.

TRACHTOVÁ, E. a kol. (2001). Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu, 2. vyd. *Brno: Institut pro další vzdělávání prac. ve zdrav.*, 2001, 186 s., ISBN 80-7013- 324-8.

Kontaktná adresa

PhDr. Jana Martinková, PhD.
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce
Trnavská univerzita v Trnave
Univerzitné námestie 1
917 01 Trnava
jana.martinkova@truni.sk