



**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 XXI.

která se uskutečnila dne 12.09. 2019 ve FN Motol



ISBN: 978-80-87347-41-6

Název publikace:

Cesta k modernímu ošetřovatelství XXI. – 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 42. publikaci.

Počet stran:

222

Vydání:

první, Praha, 2019

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: 978-80-87347-41-6

OBSAH:

	str.
Slovo úvodem	7
Otázky profesionalizace a humanismu v ošetrovatelské profesi doc. PhDr. Jaroslav Koťa	8
Zdravotní gramotnost - či zodpovědnost? doc. Petra Mandysová, MSN, Ph.D., Patrícia Ničová, Mgr. Iryna Matějková, DiS.	14
Specializovaná paliativní péče v ošetrovatelství Mgr. Marcel Koňařík, MBAce, PhDr. Andrea Polanská	19
Zkušenost pečujícího s umíráním v domácím prostředí - interpretativní fenomenologická analýza Mgr. Lenka Šáteková, Ph.D., Mgr. Šárka Šaňáková	21
Vplyv úzkosti na psychickú pohodu pacientov s onkologickým ochorením PhDr. Darina Šimovcová, PhD.	23
Infúzna terapia v 21. storočí PhDr. Eva Balogová, PhD. a PhDr. Mgr. Jarmila Bramušková, PhD.	29
Špecifiká práce anesteziologickej sestry v intraoperačnom období na maxilo-faciálnej chirurgii PhDr. Mgr. Jarmila Bramušková, PhD., PhDr. Eva Balogová, PhD.	34
Staroslivosť o ústnu dutinu pacientov na umelej pľúcnej ventilácii PhDr. Bc. Ľudmila Andraščíková, MBA, Bc. Kateřina Pelcová	38
Paměť jako naše největší bohatství PhDr. Martina Muknšnáblová	45
Screeningové měřící nástroje k hodnocení deliria administrované sestrou u hospitalizovaných pacientů - literární přehled Mgr. Blažena Ševčíková, prof. MUDr. Hana Matějovská Kubešová, Ph.D.	52
Poruchy výživy u seniorov doc. PhDr. Silvia Puteková, PhD.	54
Využitie alteratívny metód u pacienta s Alzheimerovou chorobou doc. PhDr. Ľubomíra Tkáčová, PhD., PhDr. Dagmar Magurová, PhD., PhDr. Anna Hudáková, PhD., PhDr. Jana Cuperová, PhD.	60

Únava způsobená rakovinou	66
Mgr. Kateřina Hašová, Mgr. Marcel Koňářik, MBAce	
Nedostatek spánku u seniorov - rizikový faktor	68
doc. PhDr. Jana Martinková, PhD.	
Slovenská spoločnosť pre ošetrovanie otvorených rán (SSOOR): projekt Missed Care	74
PhDr. Beáta Grešš Halász, PhD., PhDr. Ivana Rónayová, PhDr. Andrea Obročníková, PhD.	
Psychometrické nástroje v ošetrovateľskej praxi	79
PhDr. Marek Rabinčák	
Podiel ošetrovateľstva pri využívaní aktivizačných techník u chorých s demenciou	85
PhDr. Iveta Ondriová, Ph.D., MBA , PhDr. Terézia Fertaľová, PhD. , PhDr. Lívia Hadašová, PhD.	
Nové trendy starostlivosti u pacienta s klostrídiovou enterokolitídou	89
PhDr. Mgr. Zuzana Novotná, PhD., PhDr. Ľubomíra Lizáková, PhD., PhDr. Andrea Šuličová, PhD.	
Psoriáza nezabíjí, ale ničí životy, aneb nejčastější problémy pacientů s lupénkou	96
Mgr. Gabriela Doleželová, DiS., PhDr. Šárka Tomová, Ph.D., PhD.	
Ošetrovateľský proces pred a po plastické operaci - augmentace prsou	100
Bc. Zuzana Žežulková	
Včasná pooperačná fyzioterapia po totálnej endoprotéze kolenného kĺbu	103
PhDr. Michal Vavro, PhD., PhDr. Lívia Kollárová, PhD., MHA	
Analýza výskytu dětských úrazů a informovanost rodičů o jejich prevenci	107
PhDr. Šárka Tomová, Ph.D., PhD., Mgr. Gabriela Doleželová, DiS.	
Sekundární prevence při úrazech dětí	113
PhDr. Andrea Bratová, PhD., MPH, MUDr. Jitka Dissou	
Prevenia nákaz v zdravotníckych zariadeniach	118
PhDr. Andrea Bratová, PhD., MPH, PhDr. Lukáš Kober, PhD., MPH, Mgr. et Bc. Vladimír Siska, MPH, PhDr. Helena Gondárová - Vyhničková, dipl. s.	
Historie ošetrovateľství HIV infekce v České republice	121
Mgr. Veronika Kulířová	
Centrum zdravia a výživy v kontexte medziodborovej spolupráce vo FNsP Nové Zámky	126
PhDr. Lívia Kollárová, PhD., MHA, PhDr. Veronika Vadkertiová	

Image sestry očami laickej verejnosti	127
PhDr. Mária Popovičová, PhD., doc. ThDr. Peter Vansač, Ph.D., mim. prof.	
Motivácia slovenských mužov pro výkon povolania sestry	142
Bc. Lukáš Miňo, PhDr. Andrea Ševčovičová, MPH	
Prosociálne tendencie študentov v študijnom odbore Ošetrovateľstvo	147
RNDr. Daniela Barkasi, PhD., doc. ThDr. Peter Vansač, Ph.D., mim. prof.	
Syndrom vyhoření v mezinárodním kontextu	155
PhDr. Alena Javůrková, Ph.D., Bc. Susan Kely Gamboa Corea, PhDr. Jaroslava Raudenská, Ph.D.	
Adaptačný mechanizmus, mentorstvo, alebo ja si pamätám nástupnú prax...	161
PhDr. Alena Uríčková, PhD.	
Adaptační proces perioperačních sester	163
Mgr. Kateřina Chvojková, Mgr. Pavla Kordulová	
Využitie moderných informačných technológií v ošetrovateľstve	168
PhDr. Martina Lásková, MPH	
Mentoring klinických cvičení - pozitivní a úskalí	174
doc. PhDr. Mgr. Taťána Rapčíková, PhD., Mgr. Michaela Harabišová	
Vzdelávacie prostredie pre zdravotnícke profesie z pohľadu študentov	180
doc. PhDr. Anna Murgová, PhD., doc. MUDr. Mária Belovičová, Ph.D.	
Inovácia predmetu ošetrovateľské postupy I. a II. - vytvorenie modulového vzdelávacieho programu	190
PhDr. Terézia Fertalová, PhD. , PhDr. Iveta Ondriová, Ph.D., MBA , PhDr. Lívia Hadašová, PhD., MBA	
Vývoj vzdělávání v anesteziologii, resuscitaci a v intenzivní péči	195
PhDr. Jana Hocková, PhD., MPH, Mgr. Pavla Kordulová	
Činnosť ošetrovateľskej školy Kongregácie Milosrdných sestier svätého kríža v rokoch 1938 - 1950	201
prof. PhDr. Marta Dobrotková, Ph.D., doc. PhDr. Ľubica Ilievová, PhD.	
Komparácie prístupov k výchove budúcich ošetrovateliek v tridsiatych a štyridsiatych rokoch minulého storočia na našom území a v zahraničí - Nórsko, Anglicko, Švédsko	206
doc. PhDr. Ľubica Ilievová, PhD., Mgr. Miroslava Trogová	

Ústavy pre chorých v Československu v 30. rokoch 20. storočia	210
doc. PhDr. Jana Boroňová, PhD.	
Zákonník říšský, pro království a země v radě říšské zastoupené - Nařízení ministra vnitra ze dne 25. června 1914 o ošetřování nemocných z povolání provozovaném	212
doc. PhDr. Lúbia Ilievová, PhD., doc. PhDr. Erika Juríková, PhD.	
Právní aspekty řešení krizových situací ve zdravotnictví	217
JUDr. Vladimíra Dvořáková	
Bakalářský studijní program pro přípravu dětských sester na 2. LF UK	219
PhDr. RNDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA	

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 12.09. 2019.

Na konferenci, ve dvou hlavních blocích a v šesti workshopech zaznělo více jak 60 příspěvků věnovaných profesi sestry, paliativní péči, praxi v péči o seniory a dlouhodobě nemocné, intenzivní péči, 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 celou řadu autorů a spoluautorů odborných sdělení a nemalý počet dalších kolegyní a kolegů nejen z naší nemocnice, 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 21 let. Naše velké poděkování patří všem aktivním účastníkům za přednesené příspěvky a kolegyním a kolegům, kteří se na přípravě této konference podíleli.

Vergilius, v Rolnických zpěvech, napsal: „Felix qui potuit rerum cognoscere causas“, tedy „Šťastný ten, kdo mohl poznat podstatu věci“. Byli bychom velmi rádi, pokud Vás účast na konferenci inspirovala na cestě k lepšímu a modernějšímu ošetřovatelství a přispěla i k Vašemu profesnímu štěstí.

Těšíme se na setkání s Vámi při dvacátém druhém ročníku konference v roce 2020!

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

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

OTÁZKY PROFESIONALIZACE A HUMANISMU V OŠETŘOVATELSKÉ PROFESI

Jaroslav Koťa

Katedra pedagogiky FF UK

Anotace: Text se zabývá otázkou prestiže sester, sebepodceňováním, profesionalizací, výkladem světa a vztahem k pacientům. Obsahuje poukazy na vztah mezi profesionalizací a humanitou. Zmiňuje fenomény bolesti, obav, strachu a úzkosti. Zmíněno je i vzdělávání sester, podpůrné programy a duchovní dimenze profese založené v humanitě.

Klíčová slova: *profesionalizace, deprofesionalizace, fenomény, strach, úzkost, obavy, věda, technika, řeč a výklad, vzdělávání sester, humanizace profese.*

Pár slov o prestiži povolání v českých zemích...

O prestiži povolání sestry byla na motolských konferencích již řeč. Prestiž je na jednu stranu fluidní záležitostí. Sice je obtížné ji získat, protože jde o dlouhodobý proces, ale je poměrně snadné ji ztratit, což bývá v těchto případech proces poměrně krátkodobý. Prestiž tvoří důležitou součást sebepojetí současných profesí, a to zvláště v dnešním světě, v němž lidé hledají svou identitu, jistoty a zakotvení. Prestiž jim dodává vědomí důležitosti a významu, někdy dokonce zastírá či falešně nahrazuje i problematiku smyslu či duchovní dimenze té či oné profese.

Úvodem si k tématice prestiže dovoluji ocitovat závěry výsledků jejího každoročního měření v českých zemích, které provádí *Centrum pro výzkum veřejného mínění* – a to jsou výsledky z června 2019. Ve zprávě je již v úvodu konstatováno, že „na prvním místě v žebříčku se umístil lékař, s více než desetibodovým odstupem následují vědec spolu se zdravotní sestrou. Na dalších místech jsou učitel na vysoké škole (odstup 5 bodů) a učitel na základní škole (odstup další 2 body). Uvedené pořadí se od roku 2004 (začátek měření) nezměnilo, s tím, že zdravotní sestra byla dodatečně zařazena do seznamu profesí v roce 2011“ (Tuček, 2019). Za posledních devět let se sestra dostala na druhé místo prestižního žebříčku a předběhla jak vědce, tak učitele na vysoké škole. S tím ostře kontrastuje, (podobně jako u učitelů, kteří jsou na prvních místech žebříčku hned za sestrami), že tyto profese jsou vysoce ceněné veřejností, ale jejich aktéři či lépe aktérky – tedy včetně zdravotních sester – samy sebe většinou hluboce podceňují a stále pronášejí proslovy o nízké prestiži jejich vlastní profese. Podobně i učitelé sami sebe hodnotí daleko níže, než je hodnotí veřejnost. A toto vlastní *podhodnocování* je jakousi tradiční součástí těchto povolání a dědí se mechanicky z jedné generace na druhou, aniž by se nad tím někdo zamýšlel a zabýval se fakty, které tomu dávno odporují. Jak říkával filozof Jean Paul Sartre: rozchází-li se teorie s fakty, tím hůře pro fakta...

Domnívám se, že tendence k hlubokému sebepodceňování některých profesí je dána tím, že jde o nevýrobní aktivity, jejichž výsledky jsou obtížně vyjádřitelné nebo v principu neměřitelné. Zatím co výrobce televizorů může jasně uvést, kolik přístrojů vyprodukuje za směnu či za hodinu, u humanitních profesí je problém s tím, jak je vlastně vyhodnotit. Kolik si zapamatujete z mého dnešního povídání? Co si vlastně studující odnese z přednášky? Do jaké míry se sestry podílejí na zmírnění utrpení či bolesti toho či onoho pacienta? A dá se vůbec nějakými kvantitativními ukazateli doložit jejich podíl na terapii nemoci? Sigmund Freud kdysi prohlásil, že na světě jsou tři nemožná povolání: politik, učitel a terapeut. A terapie a bolest, to jsou nyní dva momenty, o nichž je nutné se zmínit.

Jaký je svět?

Svět, v němž žijeme, je vždy vysvětlovaným světem. To do značné míry znamená, že vždy záleží na tom, jak věcem rozumíme, protože to, jaké jim přepisujeme významy a smysl je výtvořem sdílených kulturních stereotypů, předsudků, mnohých mínění a přejatých poznatků. Významy vytváříme na základě společenských zvyklostí ve svých hlavách a podle toho posuzujeme skutečnosti kolem nás. To

je vlastně výklad pojetí, že svět je pro nás vyjádřen ve slovech, která zdaleka nejsou jen nástrojem dorozumění, ale – a to je podstatnější – ve významech slov se svět, věci a osoby v něm ukazují, vyjevují a na základě promluv, které vedeme nahlas nebo prostě jen ve své duši, světu rozumíme. Sdílené porozumění tak nejen určuje a mění smysl věcí, naší vlastní existence, ale i naladění, které vůči okolí zaujímáme. Ve výkladu svět můžeme při pesimistickém naladění pojmout jako obrovskou márnici a hřbitov, na němž všichni nakonec skončíme, nebo jako místo zázraku zrození a velkých nadějí, které lidský život povznášejí a dávají mu vyšší smysl. Je otázka naladění, kterým směrem zaměříme svou mysl a jak povedeme zápas o naše žití na této planetě. Ne nadarmo se dnes objevuje celá řada poukazů na skutečnost, že spiritualita není zdaleka jenom náboženská záležitost, ale přirozená součást našeho každodenního žití...

Tolik k interpretaci světa kolem, protože právě na pojetí či výkladu, kterým disponujeme, se vztahujeme k druhým lidem, k sobě samým a k tomu všemu, co považujeme za skutečnost. To je myšlenka, která je obtížná, ale v principu jde o to, že skutečností je do značné míry to, co za ni považujeme, protože je to součástí našeho pojetí světa. To, jak se nám věci ukazují a jak je vnímáme a jak jim rozumíme, tomu se ve filozofii říká *fenomény* naší mysli. A tyto fenomény v sobě obsahují smysl, o který nám jde. V tomto významu tedy je každý z nás duchovní bytostí, protože je to naše mysl, která připisuje naší existenci, druhým a okolí významy, podle nichž vše následně posuzujeme.

Pojetí světa, v němž se nacházíme, je výrazně ovlivněno *vědou*, která se v posledních staletích stala mohutnou silou ovlivňující všechny možné sféry našich životů, ale i výkladu a porozumění všeho, co existuje. To, co je dnes obtížně pochopitelnou teorií, se zítra stane součástí běžných každodenních zpráv, žurnalistiky a celého kulturního společenství. Když se před stoletím začala Evropou šířit psychoanalýza, vyvolávala obrovský odpor a odmítání i mezi lékaři, dnes je psychoanalytický slovník běžnou součástí popisu narcismu našich politiků, lidských neuróz, psychóz a mnohých patologických stavů u celé řady známých i neznámých osob v každodenním zpravodajství. Výrazy z psychoanalytického slovníku najde v běžném projevu kdejakého dlaždiče či prodavače.

Intervence vědy a její dcery techniky do medicínských oborů zvláště v posledních třiceti letech nabyly nevídaných rozměrů a umožňuje obrovské pokroky v léčbě. Nové diagnostické metody a měřicí procedury byly ještě před časem nepředstavitelné; dnes často lékař upřeně hledí celé minuty na obrazovku, kde se mu kreslí grafy ukazující zlepšení či zhoršování těch či oněch parametrů, podle nichž lze (podle řady laboratorních výsledků zasláných na interní okruh nemocnice) usoudit na rozsah nemoci či poškození organismu pacienta. Občas také teprve poté, co si nastuduje řadu laboratorních výsledků, otočí hlavu a začne komunikovat s pacientem.

Každá léčba začíná stanovením diagnózy – od běžných nemocí až po velmi sofistikované kombinace ohrožující zdraví či dokonce životní funkce pacientů. Od okamžiku, kdy je diagnóza stanovena, může dojít – a v lékařských situacích k tomu dochází – že se pacient promění v diagnózu: v „to koleno“, ve „zlomený obratel“, či v ten „žlučník“ apod. To je také určitý výsledek intervence vědy do lékařských oborů: namísto celého člověka, je účinná pomoc orientována na segmenty, které zhoršují kvalitu života či způsobují bolest. A tady jsme v situaci, kdy můžeme konfrontovat profesionalitu s individuální terapií.

K pojetí profesionality

Profesionalita bývá v českých zemích naivně asociována s odcizenými vztahy vůči člověku, s jakýmsi nedefinovaným technickým přístupem k žákům, klientům, pacientům apod. Takto často soudí o profesionalitě ti, kdo si o ní nikdy nic nepřčetli a netuší, kam pojetí profesionality v době specializací začalo směřovat ve dvacátém století – a to od meziválečných dob, kdy se v řadě západních zemích tvořil profesní a tím pádem i etický kodex řady tzv. učených či *intelektualizovaných profesí*. Ty mají vzor v tradičních univerzitně vzdělávaných povoláních: v lékařství, právu a kněžství. O profesionalitě sester jsem přednášel na lékařských fakultách již po listopadu 1989, ale i na filozofické fakultě, kde sestry původně zahajovaly mezifakultní vysokoškolské studium pedagogika – ošetřovatelství. Dnes po letech mohu konstatovat, že sestry se nenechaly nikdy strhnout k nedůstojnému politickému

handrkování, vyhrožování a vydírání společnosti jako lékařské kluby pod vedením neuvěřitelných populistů (vzpomeňme akce typu děkujeme odejdeme apod.), ale uchovaly si vlastní hrdost a důstojnost. A tak se jim nenápadně krok za krokem začala vysoce zvedat prestiž – až na dnešní druhé místo v žebříčku profesí v českých zemích. To, že růst prestiže je provázán i s bojem za lepší platy¹ a pracovní podmínky je v podstatě samozřejmost – a v mnohém došlo ke změnám. I když je tu ještě mnohé před námi.

Ale profesionalita a profesionalizace nemají nic společné s dehumanizací, naopak jejich nedostatek vede často k tzv. *deprofesionalizaci*, která se v současnosti projevuje především tím, že řada učitelů, sester a dalších profesí opouští svá zaměstnání a odchází do údajně lukrativnějších oblastí práce a podnikání. Jako vysokoškolský pracovník v humanitních oborech vás mohu ujistit, že v posledních letech zvláště v kombinovaném studiu přibývá zájemců o studium, kteří mají za sebou úspěšnou podnikatelskou dráhu či velké ekonomické aktivity, ale pro pocit prázdnoty a nesmyslnosti tohoto „hovadského lopocení“, jak by to asi označil Jan Amos Komenský, prodávají firmy a úspory věnují na studium humanitních oborů a na drahé psychoterapeutické výcviky, protože chtějí rozumět sobě samým, svým blízkým, světu v němž žijí – a chtějí zbytek života konat něco smysluplného nejen pro sebe, ale i pro druhé.

Profesionalizace znamená zásadní celoživotní vztah a závazek ke zvolenému povolání, úsilí o zvyšování vzdělání na co nejvyšší teoretickou úroveň, tvorbu etického kodexu, který ochraňuje jak profesionály, tak jejich klienty před libovůlí, nesmyslnými nebo neoprávněnými požadavky diletantů, podvodníků a bláznů. To jsou jen klíčové momenty profesionálního jednání, které jsem si dovilil stručně připomenout. V profesionalitě medicínských a terapeutických oborů je však zakopán jeden pes, o němž je třeba se zmínit. A na ten chci dnes zvláště položit důraz: mezi mnoha fenomény lidského žití jako jsou nuda, zármutek, krása a ošklivost, volný čas a jeho aktivní využití, stáří, láska a mnohé další, jsou i fenomény méně příjemné – a to je *bolest, strach a úzkost, obavy ze znehodnocení života, pocity provinění a ztráty smyslu, obavy ze smrti*.

Teoretický koncept profesionalizace má tendenci pojímat překerní životní situace člověka jako ty, kterým profesionál rozumí lépe než laik a je schopen mu pomoci z této situace vybědnout, zmírnit ji nebo ji jiným způsobem zvládnout. Ale mluvmе v tomto okamžiku přesně. Lékař či sestra mívají daleko lepší náhled na to, jak se bude vyvíjet či jak léčit tu, či onu nemoc, než je náhled pacienta. Podobně právník rozumí lépe překerní situaci obžalovaného a může mu účinně pomoci vést obhajobu a provést jej spletí paragrafů až k osvobození. Učitel může rozumět specifickým potřebám a potížím svých žáků daleko lépe, než jim rozumí oni sami a doporučit jim nebo jejich rodičům vhodný učební postup. Ale právě to může vyvolávat některá nedorozumění.

Pokusím se nyní jen v obrysech naznačit, v čem je jádro problému. Pacient, který přichází s bolestí či obtížemi, je sice může více či méně popsat, ale nikdo jiný na světě za něj tuto bolest nemůže prožít – ani ošetřující lékař ani žádná zdravotní sestra. Z výrazu tváře a z chování pacienta můžeme jen soudit, co vlastně prožívá, ale za hypotézy se nedostaneme. A to jsem jen u fyzické stránky. Každá nemoc či úraz mají také další dimenzi – a tou je reakce psychiky pacienta na změněný stav organismu a mysli.

Vztahy k pacientům či klientům

I když civilizace, v níž žijeme nás učí již od mládí ovládat své emoce a bolest, v nitru mnozí nemocní prožívají strach (ten je vždy konkrétní a má vcelku určitelnou příčinu) nebo úzkost (neurčitý pocit existenčního ohrožení, pro který se často vůbec nedaří najít přesný výraz). Mnozí pacienti se tak ocitají na křižovatce naděje a velké nejistoty, tedy snahy najít pomoc a úlevu na straně jedné, na straně druhé v sobě nesou celou řadu obav počínajících od zásahů do jejich těl, životů, pracovního

¹ Laici si pletou velice často prestiž a výši platů a směšují je, ačkoliv mezi nimi nemusí existovat žádná korelace, či spíše naopak – profese s enormními platy nebývají v žádné zemi na prvních místech v žebříčku prestiže profesí; oligarchové a miliardáři bývají naopak často předmětem opovržení. V uvedeném žebříčku prestiže je například zajímavé předposlední místo poslanců, poslední pak zauímají uklízečky.

uplatnění, náplně životního času apod. Nemoc mohou chápat i jako trest za provinění či nepřízeň osudu, prokletí apod.

Humanitní poslání profesionálů – a zvláště sester – je v první řadě vzbudit a udržovat v pacientovi důvěru, že se mu dostane maximální péče. *Důvěra* se stala jedním z naprosto klíčových pojmů nejen v životě moderního člověka, ale hraje zásadní roli v každé léčbě včetně psychoterapie. V řadě zemí je úvodem do ošetrovatelství právě výuka toho, jak mají lékaři a sestry postupovat, aby od počátku navodili v komunikaci důvěru pacientů v to, že přišli právě na to místo, kde se jim dostane pochopení a pomoci. Patří k tomu schopnost dívat se pacientovi do očí, vlídně jej uvítat pozdravením a tím, že se mu sestra či lékař představí, ev. mu podají ruku. Poté s ním zahájí dialog (nikoliv výslech) o tom, proč vlastně přicházejí vyhledat pomoc atd.

Když se nedávno vrátil můj kolega ze stáže z jednoho známého psychoterapeutického institutu evropského formátu, referoval o tom, s jakým úžasem pozoroval, jak naprosto slušné chování doktorů a sester neuvěřitelně zlepšuje terapeutické výsledky léčby. Klima instituce a přístup k pacientům jsou dimenze terapie, které mohou výrazně napomoci celému léčebnému procesu tím, že posílí pacientovu naději, sebevědomí a dají mu pocit lidské důstojnosti i v době, kdy je odkázán na pomoc druhých.

Otázka je, do jaké míry jsme jako učitelé, lékaři, správci veřejného života, ale i jako sestry a lékaři a mnohé další humanitní profese připraveni na to, abychom byli schopni se vyrovnat sami se sebou, se svými obavami, strachy a nedostatky. Dokážeme v dnešním složitém světě dospět k uvědomění toho, co říkal Saint-Exupéry: největší luxus jsou mezilidské vztahy. A to jsou také vztahy k pacientům, k lidem v bolesti, v pocitu ztráty životních jistot a existenciálních úzkostí. Mimochodem: mnohé z nejistot je někdy velmi prosté odstranit lepší komunikací, kdy například sestra pacienta před operací upozorní, že po zákroku sice bude mít několik dní takové či jiné potíže, ale po třech dnech či po týdnu již bude sebeobslužný do té míry, že se sám osprchuje či dojde na toaletu. Pokud pacient netuší, jaké jej čeká perspektiva v několika dalších dnech, prohlubuje se výrazně jeho nejistota a obavy, i když jej společnost naučila je okolí nesdělovat. Budeme ošetřování, které neumí sdělit pacientovi to, co jej čeká, označovat pracovně za *technologické a zanedbávající psychickou stránku terapie*, i když jej tělesně dokážeme dát do pořádku. Právě nejistota může vést některé pacienty nejen k nespokojenosti, ale i k různým druhům agrese či nepříjemným projevům vůči okolí, kdy v nepřátelských gestech signalizuje podobně jako dítě svou úzkost ze zanedbání, z nedostatku respektu a z nevšímavosti k jeho duševnímu světu.

Vzdělávání sester, jejich profesionalizace a zápas o podporu

Profesionalizační dráha sester byla před časem zkomplikována hloupými pokusy o zjednodušení vzdělání, aby stát získal rychlokvašené sestry do nemocničního provozu. To, že tento iluzorní krok bude odsouzen ke krachu, bylo zřejmé od samého počátku. Sestra přece není zdaleka jenom provozní zaměstnanec. Je to bytost s hluboce lidskými potřebami, pracuje v náročných životních situacích, kdy se denně může setkávat s bolestí, obavami, umíráním a smrtí. Jde o náročnou profesi pracující s lidmi, a tak jako učitelky, lékařky, soudkyně či sociální pracovnice na prahu vyhoření potřebují i sestry občas odbornou pomoc. Takovou jim mohou například nabídnout balintovské psychoterapeutické skupiny, různé formy osobnostních výcviků apod.

Je také zapotřebí, aby pokračovala i nadále emancipace sester (která mimochodem dlouhodobě probíhá v celém vyspělém západním světě), a aby byly i nadále důstojně řešeny otázky jejich vzdělávání. V posledních letech odchází ze všech možných vysokoškolských oborů v tomto státě cca o 13.000 více prvomagister než prvomagistrů. Proč nejde tedy dořešit otázky dalšího vzdělávání sester? Odpověď je prostá, ale je složité ji zvládnout. Jednak jde o řadu předsudků vůči této profesi a vztahu k lékařům a pacientům; za druhé: sestry na cestě k profesionalizaci budou muset zvládnout i to, aby měly v zákonodárných orgánech důstojné zastoupení, tedy zastoupení mezi poslanci a senátory projednávajícími a schvalujícími zákony. S tím je třeba i nadále pracovat, aby nebyly nadále schvalovány takové paskvily, které se v oblasti péče o nemocné schvalovaly v posledních letech.

Pár slov závěrem

Ale největší práci v pravém slova smyslu konají sestry v každodenním provozu, v komunikaci tváří v tvář pacientům, kteří vědí, jaké oběti a osobní ústupky jsou nuceny přinášet, aby svému povolání daly vyšší smysl. Nejde jen o to, aby člověk dokázal ovázat tělesné zranění, ale je třeba aby uměl současně podat kousek naděje jeho ztrápené duši. V dnešním světě prorostlém vědeckými teoriemi je trochu nemístné hovořit o lásce. Ale vlastně právě o to jde: o intelektuální poctivost a hledání smyslu duchovní dimenze vlastních životů a životů druhých – a o lásku k lidem jako takovým. To jsou ty humanitní dimenze profesionálního jednání. Právě úcta, respekt a láska k druhým, ať přicházejí v sebeobtěžnější a náročnější situaci, je to, co dává celému léčebnému procesu duchovní smysl. Nevím, protože to neví nikdo na světě, jaký je vlastně podíl sester na ozdravném procesu, protože to nelze vyjádřit v žádných číslech – ale jde o otázky humánního gradientu medicíny, bez něhož se mění celá terapie v prostou mechanickou dřinu ohrožující své aktéry vyhořením. Jsem hluboce přesvědčen, že lidská duše se rozmnožuje tím, že se rozdává – a kdo dokáže rozdávat radost a naději, učinil pro lidstvo to nejlepší, co mu bylo svěřeno do vínku. Ve věku, kdy našim životům vládne věda a technika je zapotřebí posilovat právě v ošetrovatelských profesích humanitní aspekty celého léčebného procesu: a tyto zlidšťující aspekty terapie má každá ošetrovatelka v pohledech, ve slovech i v rukou. Existuje prestiž, kterou sestrám připisuje veřejnost – a ta je velice vysoká. Ale jsou také okamžiky, kdy si člověk klade otázku: a na základě čeho si lze vážit sama sebe? Pokusil jsme se dnes takovou odpověď jenom naznačit... Potřebujeme vědu pro řešení mnohých problémů a usnadnění těžkostí; potřebujeme profesionalitu jako trvalý zápas o modernizaci a zvyšování kvality – a potřebujeme prohloubení humánních aspektů medicíny, aby zdravotní péče měla dobrý smysl i pro ty, kdo se na ni v každodenních provozech podílejí...

Prameny a literatura:

DOSTÁLOVÁ, Olga. *Nemoc jako křižovatka: rady onkologickým pacientům*. Vydání 1. V Praze: Stanislav Juhaňák - Triton, 2018. 351 stran. ISBN 978-80-7553-454-5.

HONZÁK, Radkin. *I v nemoci si buď přítelem*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1989. 159 s. Život a zdraví.

HONZÁK, Radkin. *Svépomocná příručka sestry: (psychothriller)*. První vydání. Praha: Galén, [2015], 2015. 257 stran. ISBN 978-80-7492-142-1.

KOŤA, Jaroslav (2016) *Vybrané problémy profese sester v postmoderní době*. (2016) In: sb. Cesta k modernímu ošetrovatelství XVIII. (konference v září 2016 ve FN Motol). Praha: Ústav ošetrovatelství FN Motol 2. LFUK, s. 7 – 30.

KOŤA, Jaroslav (2017) *Problémy se sociálním statusem sestry ve společnosti*. In: sb. Cesta k modernímu ošetrovatelství XIX. (konference 14. 9+.2017 ve FN Motol). Praha: Ústav ošetrovatelství FN Motol 2. LFUK, s. 7 – 13.

KOŤA, Jaroslav (2018) *Sestry na křižovatce*. In: sb. Cesta k modernímu ošetrovatelství XX. (konference 13. 8. 2018 ve FN Motol). Praha: Ústav ošetrovatelství FN Motol 2. LFUK, s. 8 – 13.

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

SCHERER, Georg. *Základní fenomény lidského bytí očima filozofie*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2007. 167 s. ISBN 978-80-7192-979-6.

STASKOVÁ, Věra, TÓTHOVÁ, Valérie a KOŤA, Jaroslav. *Odkaz Joyce E. Travelbee pro ošetrovatelství 21. století*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2019. 135 stran. ISBN 978-80-271-2206-6.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie et al. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 134 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3223-7.

TUČEK, Milan (2019) *Prestiž povolání – červen 2019*. (2019) (tisková zpráva na webu: Centrum pro výzkum veřejného mínění. Sociologický ústav AV ČR)

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

ZACHAROVÁ, Eva. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení. 2.*, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. 264 stran. Sestra. ISBN 978-80-271-0155-9.

Korespondence:

doc. PhDr. Jaroslav Koťa

Katedra pedagogiky Filozofické fakulty UK

Celetná 20

116 38 Praha 1

Email: Jaroslav.Kota@ff.cuni.cz

ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST – ČÍ ZODPOVĚDNOST?

Petra Mandysová^{1,2}, Patrícia Ničová¹, Iryna Matějková¹

¹Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství

²Nemocnice Pardubického kraje, a.s., Pardubická nemocnice, Neurologická klinika

Souhrn:

Úvod: Autoři se v příspěvku věnují problematice zdravotní gramotnosti. Ta je v posledních letech nejčastěji definována jako schopnost jedince získávat informace týkající se nemoci a zdraví, pochopit je a využívat je pro podporu svého zdraví. Pouze někteří autoři definici zdravotní gramotnosti rozšiřují o další faktory a poukazují přitom na roli poskytovatelů zdravotních služeb. Příspěvek klade důraz právě na tyto neméně důležité aspekty zdravotní gramotnosti.

Vlastní text: Zdravotnická zařízení by měla vytvářet prostředí podporující zdravotní gramotnost. V první řadě je žádoucí, aby zdravotnické zařízení provedlo „sebe-posouzení“, do jaké míry podporuje zdravotní gramotnost. Následně je třeba vytvořit akční plán pro optimalizaci zdravotní gramotnosti, poté jej implementovat, vyhodnotit a případně upravit. Jsou prezentovány související otázky, na které je žádoucí v průběhu procesu nalézat řešení. Příkladem je otázka existence organizační kultury podporující zdravotní gramotnost, zapojení příjemců péče do celého procesu, vzdělávání poskytovatelů péče (např. jak psát edukační materiály jednoduchým jazykem pro laického čtenáře) i příjemců péče (např. jak efektivně komunikovat se zdravotnickým personálem ohledně léčby a péče).

Závěr: Zdravotní gramotnost nepředstavuje pouze individuální schopnost jedince. Jedná se o projev interakce člověka s faktory v prostředí, včetně prostředí zdravotnického zařízení. Poskytovatelé zdravotních služeb mohou prostředí podporující zdravotní gramotnost vytvářet vědomě a systematicky.

Klíčová slova: *Zdravotní gramotnost; Zdravotnické zařízení; Pacient; Zdravotnický personál*

Health Literacy – Whose Responsibility?

Summary:

Introduction: In the article, the authors discuss the issue of health literacy. In recent years, health literacy has been defined mostly as the individual's ability to gain information concerning health and illness, to understand it and use it in order to support one's health. Only some authors believe the definition of health literacy encompasses other factors and point out the role of providers of information and services. The article emphasises this particular aspect of health literacy, which is no less important.

Main text: Health care facilities should create environments that support health literacy. First, health care facilities should conduct self-assessments concerning the degree to which they support health literacy. Next, they should develop an action plan to optimize health literacy, implement it, evaluate, and if needed, adjust it. The authors will present associated issues that should be resolved during the above-mentioned process. As an example, it is a question whether the organizational culture is supportive of health literacy, and whether the care recipients are involved in the process. Moreover, it is a question whether relevant education has taken place, targeting both health providers (e.g. concerning the development of educational materials using appropriate language for the layperson) and care recipients (e.g. how to communicate with health care providers effectively concerning the care and treatment they receive).

Conclusion: Health care literacy does not concern only the individual person's abilities. It is an interaction between people and other factors around them, including health care facilities. Health

care providers can develop environments that are supportive of health literacy; they can do so intentionally and systematically.

Key words: *Health literacy; Education; Nurse;*

Úvod

Zdravotní gramotnost jako pojem má svoje počátky v 70. letech minulého století. Již v té době došlo k poznatku, že jedinec s adekvátní úrovní zdravotní gramotnosti je schopen zaujmout zodpovědný postoj vůči svému zdraví i vůči zdraví své rodiny a komunity, ve které žije (Sørensen et al., 2012, s. 1). V posledních letech se otázka zdravotní gramotnosti dostává více do popředí nejen v zahraničí, ale i v České republice, a to zejména vzhledem ke zvyšující se komplexnosti léčby a zdravotní péče. V odborné literatuře se v této souvislosti objevuje celá řada definic zdravotní gramotnosti; je přitom patrný trend, kdy postupně dochází k posunu od úzce zaměřené definice spočívající v tom, že člověk „zvládne“ konkrétní slova a čísla na téma nemoci a zdraví, k mnohem širším definicím zahrnujícím i další jeho schopnosti (Sørensen et al., 2012, s. 2). Konkrétně se jedná o schopnosti jedince získávat informace týkající se nemoci a zdraví, pochopit je a využívat je pro podporu svého zdraví (Kickbusch et al., 2013, s. 4), což je definice podporovaná mj. Světovou zdravotnickou organizací a uváděná i v nedávno publikované české odborné literatuře (Bártlová a kol., 2018; Olecká, Ivanová, 2016, s. 495; Olecká et al., 2016, s. 2). Tato definice klade důraz na jedince a jeho vlastní schopnosti a chování. Někteří autoři přitom uvádějí, že navíc záleží na poskytovateli zdravotních informací služeb, (Olecká, Ivanová, 2016, s. 495), avšak tuto myšlenku mnohdy dále nerozvíjejí. Příspěvek klade důraz právě na tento aspekt zdravotní gramotnosti a uvádí možné intervence, jejichž cílem je vytvořit prostředí, které zdravotní gramotnost podporuje.

Akční plán pro optimalizaci zdravotní gramotnosti

Zdravotnická zařízení hrají důležitou roli nejen při poskytování léčby a péče. Neméně důležitá je i související komunikace s pacienty a jejich rodinami a poskytování informací. Bez možnosti této komunikace a bez poskytnutí jasných informací se totiž pacient jen obtížně může aktivně spolupodílet na managementu svého onemocnění, ať už se jedná o přípravu na diagnostický test, léčbu samotnou, opatření mající za cíl předcházet komplikacím či o jakýkoliv další související aspekt léčby a péče. Aby pacient dosáhl optimální úrovně zdravotní gramotnosti, musí zdravotnické zařízení vytvářet prostředí, které zdravotní gramotnost podporuje. Některé zdroje přitom dokonce zdůrazňují, že právě i zdravotnické zařízení – nejen pacient – by mělo vykazovat zdravotní gramotnost (Kickbusch et al., 2013, s. 26; Tasmanian Council of Social Service, 2019, s. 4).

Ať už se jedná o názor, že zdravotnická zařízení mohou pouze podporovat zdravotní gramotnost u příjemců péče, nebo o názor, že samy o sobě vykazují danou úroveň zdravotní gramotnosti, měla by být z jejich strany vyvíjena snaha usnadňovat lidem proces získávání potřebných informací, porozumění těmto informacím a jejich využití pro optimalizaci zdravotního stavu. Lze si například představit situaci, kdy se člověk potřebuje objednat na vyšetření. Tento počin v sobě může zahrnovat celou řadu kroků. Může být nutné přečíst si informace týkající se tohoto vyšetření, pochopit je a postupovat dle pokynů, potvrdit termín vyšetření, zajistit si dopravu a dostavit se na místo, které člověk často předem nezná a zorientovat se tam tak, aby se dotyčný opravdu dostal až k vyšetřujícímu, a na závěr tohoto procesu je důležité porozumět pokynům od vyšetřujícího či dalšího personálu. Ovšem usnadňování procesu získávání potřebných informací znamená, že ve vztahu s pacientem budou zdravotnická zařízení více podporovat rovnocennost včetně většího sdílení zodpovědnosti (Kickbusch et al., 2013, s. 26).

Pro optimalizaci zdravotní gramotnosti v daném zdravotnickém zařízení je žádoucí, aby zdravotnické zařízení nejprve provedlo „sebe-posouzení“, do jaké míry podporuje zdravotní gramotnost. Kickbusch et al. (2013, s. 31) v publikaci vydané Světovou zdravotnickou organizací uvádějí celou řadu

charakteristik, které „zdravotně gramotná“ zdravotnická zařízení vykazují. Přítomnost a kvalitu těchto charakteristik lze tedy posuzovat. V první řadě je otázkou, zda je přítomna organizační kultura podporující zdravotní gramotnost, to znamená, zda existují standardy podporující zdravotní gramotnost, zda jsou na její podporu vyčleněny finanční zdroje, dále zda je zdravotní gramotnost zohledněna při plánování léčby a péče, zda je sledována v auditech apod. (Kickbusch et al., 2013, s. 31). Otázkou také je, zda je personál edukován na téma principů a postupů, které by podporovaly získávání a porozumění informací pacientem a jeho rodinou. Stejně tak je otázkou, zda personál ověřuje, do jaké míry skutečně došlo k porozumění informacím. Konečně otázkou je i zapojení příjemců péče do celého procesu a jejich vzdělávání, např. jak efektivně komunikovat se zdravotnickým personálem ohledně léčby a péče (Kickbusch et al., 2013, s. 31).

Následně je třeba vytvořit akční plán pro optimalizaci zdravotní gramotnosti, poté jej implementovat, vyhodnotit a případně upravit. Při tvorbě akčního plánu je vhodné stanovit priority; související otázkou je, do jaké míry se jedná o důležitou oblast, kterou je žádoucí řešit co nejdříve, jaké zdroje a kolik času k tomu budou potřeba, a zda je možné implementovat malou změnu s potenciálně velkým dopadem (Tasmanian Council of Social Service, 2019, s. 17). Ke konkrétním krokům patří např. získávání zpětné vazby od pacientů a jejich rodin novým způsobem, edukace personálu na téma zdravotní gramotnosti, „procházka“ budovami zdravotnického zařízení v doprovodu příjemce léčby a péče s cílem posoudit nápisy, orientační tabule apod., posouzení vybraných edukačních brožur, průzkum týkající se toho, zda se informace skutečně dostanou k lidem, kteří je potřebují nejvíce, odstraňování zastaralých zdrojů informací, uzpůsobení velikosti písma pro osoby se zrakovými deficitem či nahrazování psaného textu zvukovou nahrávkou, asistence při vyplňování formulářů apod. (Tasmanian Council of Social Service, 2019, s. 19-34).

Právě edukační brožury často nejsou z hlediska zdravotní gramotnosti zcela vyhovující.

Často totiž vznikají materiály, které obsahují příliš složitý text obsahující dlouhá souvětí, odborné termíny a pojmy, které by bylo možno nahradit slovy kratšími a jednoduššími. Náročnost textu (jeho tzv. „čtivost“) lze přitom posoudit pomocí jednoduchých měřítek; v České republice se za tímto účelem používá zejména Mistríkův vzorec (Mandysová, 2016, s. 54; Šoukalová et al., 2018, s. 27). Ten lze vypočítat následovně: $R = 50 - (S \times V) / (N / L)$, kde R je výsledná čtivost textu, S je ukazatelem průměrné délky slov vyjádřený v počtu slabik, V je průměrnou délkou vět vyjádřenou počtem slov, N je počet všech slov použitých pro měření a L je ukazatelem počtu rozdílných slov (Mandysová, 2016, s. 54). Výsledná čtivost může být od 0 do 50, čím vyšší je skóre, tím snazší je daný text. Text je příznivější při použití kratších vět a slov a při co nejdůslednějším využití stejných slov opakovaně pro popis stejné věci. V případě edukační brožury týkající se např. konkrétního diagnostického testu by tedy bylo vhodné opakovaně používat pouze jeden pojem pro označení tohoto testu, např. „test“ nebo „vyšetření“, a vyvarovat se střídání těchto pojmů, což by mohlo některé čtenáře mást. Navíc je vhodné při tvorbě edukačních materiálů pamatovat i na aspekty grafické, kulturní apod. Graficky „náročný“ materiál může být nepřehledný, pokud např. obsahuje text vepsaný do obrázku či obsahuje nevhodné kombinace barev zhoršující viditelnost textu (Mandysová, 2016, s. 55).

Součástí zmíněného akčního plánu pro optimalizaci zdravotní gramotnosti by tedy například mohla být i edukace personálu na téma psaní edukačních brožur či textů obsažených v informovaných souhlasech. To by mohlo podpořit tvorbu jasnějších edukačních materiálů a dalších textů pro pacienty, jejich rodiny a širokou veřejnost, pochopitelných i laickým čtenářem bez vyšší úrovně vzdělání. Co se týče ověřování, zda pacient rozumí informacím poskytnutým prostřednictvím edukačního materiálu, lze daný text pacientovi přečíst a následně klást otázky vycházející přímo z tohoto textu. Pacient by měl být schopen na většinu těchto otázek odpovědět (Mandysová, 2016, s. 49). Pokud naopak pacient na více než čtvrtinu otázek vycházejících z právě přečteného textu neodpoví, je zřejmé, že daný materiál je nevhodný – je příliš složitý. Je důležité přitom mít na paměti, že by měly být kladeny takové otázky, které pokrývají nově nabyté informace, a ne informace, které již pacient měl ještě před přečtením daného textu.

Uskutečněné kroky a související zjištění by měly být pečlivě zdokumentovány, získané informace by měly být zanalyzovány. Otázkou např. může být, zda lze vyzorovat určité trendy, zda jsou některé informace překvapivé nebo neúplné. Je možné zjistit, co již zdravotnické zařízení dělá dobře a naopak kde jsou nedostatky. Po implementaci konkrétních kroků lze pozorovat konkrétní změny; je vhodné stav změřit a porovnat se stavem před implementací, tyto informace zdokumentovat. Některé informace přitom budou kvantitativního charakteru (např. získané statistiky z průzkumu), jiné budou spíše kvalitativní (výsledky pozorování a rozhovorů) (Tasmanian Council of Social Service, 2019, s. 21). Například, úsilí věnované zmíněné edukaci na téma tvorby edukačních brožur může vést k tomu, že nově vznikající brožury budou mít lepší čtivost než brožury vytvořené personálem před absolvováním této edukace. Pokud bude čtivost edukačních brožur a dalších informačních materiálů vypočítána pomocí zmíněného Mistríkova vzorce před edukací a po edukaci personálu, bude se jednat se o informace kvantitativního charakteru. Zároveň může být pozorováním či rozhovorem zjištěno, zda jsou informace z edukačních brožur pacientem skutečně lépe chápány a využity. Po vyhodnocení všech získaných informací pramenících z implementace konkrétních opatření pro optimalizaci zdravotní gramotnosti může být nutné tato opatření upravit. Jedná se o proces, který by měl být prováděn opakovaně, na základě standardů daného zařízení, uzpůsobených tak, aby byla zdravotní gramotnost součástí přístupu všech zdravotnických pracovníků ke všem příjemcům léčby a péče.

Závěr

Příspěvek pojednává o důležitosti zdravotní gramotnosti při poskytování léčby a péče. Zdravotní gramotnost by měla být součástí veškerého plánování, poskytování a hodnocení zdravotních služeb. Veškerá činnost poskytovatelů těchto služeb by měla být zaměřena na naplnění potřeb příjemců těchto služeb, ať už jsou jakkoliv „zdravotně gramotní“. Tím je de facto důležitější, aby „zdravotní gramotnost“ vykazovala právě zdravotnická zařízení. Taková prostředí lze vytvářet vědomě a systematicky.

Literatura

BÁRTLOVÁ, S. a kol. (2018) *Zdravotní gramotnost u vybraných skupin obyvatelstva Jihočeského kraje*, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2018, 176 s. ISBN 978-80-271-2414-5.

KICKBUSCH, I., PELIKAN, J. M., APFEL, F., TSOUROS, A. D. (2013) *Health literacy: the solid facts*. 2013. [cit. 2019-06-29]. Dostupné na internetu < http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf >

MANDYSOVÁ, P. (2016) *Příprava na edukaci v ošetrovatelství*, 82 s. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2016, ISBN 978-80-7395-971-5.

OLECKÁ, I., IVANOVÁ, K. (2016) Health literacy of primiparae in the first six months of maternity: review. In *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 2016, roč. 7, č. 3, s. 494 - 503. ISSN 2336-3517

OLECKÁ, I., IVANOVÁ, K., MIHÁL, V. (2016) Pilotní studie potřeb prvorodiček s dítětem v symbiotickém období života v oblasti zdravotní gramotnosti. In *Profese online*, 2016, roč. 9, č. 2, s. 1 – 9. ISSN 1803-4330

SØRENSEN, K., VAN DEN BROUCKE, S., FULLAM, J., DOYLE, G., PELIKAN, J., SLONSKA, Z., BRAND, H. (2012) Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. In *BMC Public Health*, 2012, roč. 12, č. 80, s. 1 – 9. ISSN 1471-2458.

ŠOUKALOVÁ, K., PRÁZNÝ, M., MANDYSOVÁ, P., DOLEŽALOVÁ, B. (2018) Assessing the clarity and readability of knowledge questionnaire for patients with diabetes mellitus. In *Ošetrovatelstvo: teória, výskum, vzdelávanie*, 2018, roč. 8, č. 1, s. 26-31. ISSN 1338-6263.

TASMANIAN COUNCIL OF SOCIAL SERVICE. *HELLO Tas! A toolkit for health literacy learning organizations*. 2019. [cit. 2019-06-29]. Dostupné na internetu < <https://www.hellotas.org.au/>>

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, OFFICE OF DISEASE PREVENTION AND HEALTH PROMOTION. *Quick guide to health literacy*. Bez data. [cit. 2019-06-01]. Dostupné na internetu < <https://health.gov/communication/literacy/quickguide/quickguide.pdf>>

Korespondence:

doc. Petra Mandysová, MSN, Ph.D.

Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií

Studentská 95

532 10 Pardubice

Email: petra.mandysova@upce.cz

SPECIALIZOVANÁ PALIATIVNÍ PÉČE V OŠETŘOVATELSTVÍ

Marcel Koňářík¹, Andrea Polanská²

¹Fakultní nemocnice Ostrava, Klinika hematoonkologie

²Fakultní nemocnice Ostrava, Náměstkyňě pro ošetrovatelskou péči

Souhrn: Paliativní péče má v systému ošetrovatelství své nezastupitelné a stále významnější postavení. S rostoucí prevalencí a incidencí nemocí a zároveň se stárnutím obyvatelstva je stále častěji a intenzivněji zapotřebí péče a služeb, které jsou schopny saturovat potřeby člověka v průběhu nevyléčitelného onemocnění. Příspěvek si klade za cíl informovat odbornou veřejnost o možnostech i limitech specializované paliativní péče.

Klíčová slova: *Paliativní péče; Specializovaná paliativní péče; Péče o nevyléčitelně nemocné*

SPECIALIZED PALLIATIVE CARE IN NURSING

Summary: Palliative care has an irreplaceable and increasingly important position in the nursing system. With the increasing prevalence and incidence of disease and the aging of the population, is needed increasingly and intensively care and services for saturating human needs during an incurable disease. The paper aims to inform the professional public about the possibilities and limits of specialized palliative care.

Key words: *Palliative care; Specialized palliative care; Caring for terminally ill*

Úvod

Specializovanou paliativní péči začala Fakultní nemocnice Ostrava poskytovat v prosinci roku 2018, a to formou konziliární činnosti a prostřednictvím Ambulance paliativní a podpůrné péče. Reagovali jsme tak na velkou mezeru ve spektru poskytované medicínské a ošetrovatelské péče, která je určena zejména nevyléčitelně nemocným pacientům a jejich blízkým.

Vlastní text

Paliativní péče je definována jako „aktivní péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevyléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stádiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým“ (Skála et al., 2011, s. 3). Je to však jedna z mnohých definic, které se pokouší vystihnout velmi širokou problematiku. Každopádně, během cca 10 let se pojetí paliativní péče významně kvalitativně posunulo. Dříve byla chápána jako péče o terminálně nemocného nastupující po ukončené péči kurativní, dnes je definována Světovou zdravotnickou organizací jako přístup přesahující medicínské pojetí – je to péče, která zlepšuje kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožujícím onemocněním (WHO, 2011). Paliativní péče tedy není pouze náhradou za péči kurativní, ale je souborem mnoha přístupů a postupů, které přináší benefity pacientům, jejich blízkým, ale i celému zdravotnickému systému. Kurativní léčba není vyloučena, paliativní péče ji může doplňovat.

Paliativní medicína, potažmo ošetrovatelská péče stanoví cíle, jak zmírnit utrpení ve všech stádiích nemoci a neomezuje se pouze na zajištění komfortu na konci života – na rozdíl od „tradičního“ pojetí, kdy je zpočátku poskytována agresivní, intenzivní léčba a, pakliže selže, přechází se na léčbu podpůrnou, která se zaměřuje i na psychosociální potřeby jedince (Joshi, Darekar, Saudagar, 2017, s. 1858). Paliativní péče může být tedy zahájena již v době diagnózy nepříznivého onemocnění.

Mezi základní problémy, které provází pojem paliativní péče, patří předsudky a neznalost. Jedním z hlavních omylů je domněnka, že paliativní péče rovná se hospicová. Lze se setkat i s názory, že péče paliativní zkracuje život nebo je schopna řešit pouze bolest, atd. Někdy již samotný pojem „paliativní“ evokuje představu jakési podřadné, méněcenné, neodborné péče...

Velmi důležité je rovněž uvědomit si rozdíly mezi paliativní péčí obecnou a péčí specializovanou. Obecnou paliativní péčí rozumíme dobrou klinickou a sociální péči o pacienty s pokročilým onemocněním, která je poskytována zdravotníky a pracovníky sociálních služeb v rámci rutinní činnosti. Její součástí je základní léčba symptomů, podpůrná komunikace s pacientem a jeho rodinou a přiměřené organizační zajištění péče zohledňující specifika pokročilého onemocnění. Obecnou paliativní péčí by měli umět poskytnout všichni zdravotníci s ohledem na specifika své odbornosti (Sláma, 2012, s. 10). Specializovaná péče je interdisciplinární a je vždy poskytována týmem, ve kterém je lékař s atestací v paliativní medicíně, sestra se specializací, sociální pracovník, psycholog, případně pastorační pracovník, etik, farmaceut (Sláma, 2012, s. 11). Setkáváme se s tvrzením různých oddělení, že jejich pracovníci poskytují specializovanou péči (lékař, sestra), tu však lze poskytovat jedině v rámci práce týmové, mezioborové, jinak lze poskytovat pouze péči obecnou.

Závěr

Specializovaná paliativní péče je užitečným a velmi žádaným nástrojem k naplňování biopsychosociálních a spirituálních potřeb pacientů. Její dostupnost se naštěstí stále zlepšuje, bohužel, ve spoustě zdravotnických zařízení není poskytována vůbec či pouze okrajově, a to z důvodů nedůvěry a nepochopení jejího přínosu.

Literatura

JOSHI, A., DAREKAR, A., B., SAUDAGAR, R. B. (2017) Palliative care – Makes Difference for Patient Dying in Hospital. *In Research Journal of Pharmacy and Technology*, 2017, roč. 10, č. 6, s. 1858-1864. ISSN 09743618.

SKÁLA, B. (2011) *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci*, 1. vyd. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2011, 10 s. ISBN 978-80-86998-51-0.

SLÁMA, O. (2012) Obecná a specializovaná péče v ČR. *In Paliativna medicína a liečba bolesti*, 2012, roč. 5, č. 1, s. 10-12. ISSN 1337-6896.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Palliative care*. [cit. 2019-07-12]. Dostupné na internetu <<http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/cancer/policy/palliative-care>>

Korespondence:

Mgr. Marcel Koňářík, MBAce
Klinika hematonekologie
Fakultní nemocnice Ostrava
17. listopadu 1790
708 52 Ostrava Poruba
Email: marcel.konarik@fno.cz

ZKUŠENOST PEČUJÍCÍHO S UMÍRÁNÍM V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ - INTERPRETATIVNÍ FENOMENOLOGICKÁ ANALÝZA (IPA)

Lenka Šáteková, Šárka Šaňáková

Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetrovatelství

Souhrn: Zemřít doma, v přirozeném prostředí, je přáním většiny osob. Základ v péči o umírajícího v domácí péči tvoří především rodinní, nebo osobě blízcí pečující. Rodinní pečující poskytující přibližně 80 % domácí péče. Zkušenosti rodinných pečujících jsou stanoveny jako mezinárodní výzkumná priorita v péči na konci života. Cílem případové studie bylo zjistit zkušenosti rodinného příslušníka s péčí o umírajícího v domácím prostředí. Byl zvolen design případové studie. Sběr dat byl zajištěn pomocí hloubkového rozhovoru s následným využitím interpretativní fenomenologické analýzy (IPA). Respondentem byla žena s předcházejícím zdravotnickým vzděláním, která pečovala o svého dědečka v domácím prostředí. Bylo identifikováno 6 hlavních témat, kterými respondentka popsala svou zkušenost: Víím jak se postarat, Ničeho nelituji, Smíření vs. nesmíření, Respekt, Intimní okamžik smrti a Přínosy péče. Tým, že respondentka měla předcházející vzdělání ve zdravotnictví byla fyzická péče dle jejich slov jednodušší. Ústředním bodem bylo smíření respondentky s umíráním a respekt k umírajícímu i celé rodině. Přestože péče o umírajícího rodinného příslušníka je těžká a náročná, pečující této zkušenosti nelituje a je připravená v případě potřeby ji zopakovat. Zkušenost pečující ukazuje důležité mezery v péči, kterým je potřebné se v praxi více věnovat. Je nutné reagovat vhodnými ošetrovatelskými intervencemi na aktuální požadavky rodinných pečujících.

Klíčová slova: *rodinný pečovatel, zkušenost, umírání, domácí péče, interpretativní - fenomenologická analýza*

CAREGIVER'S EXPERIENCE WITH DYING AT HOME – INTERPRETATIVE FENOMENOLOGICAL ANALYSIS (IPA)

Lenka Šáteková, Šárka Šaňáková

1 Palacký University in Olomouc, Faculty of Health Sciences, Department of Nursing

Summary: To die at home, in a natural environment, is the wish of most people. Family or close caregivers are the basis for care for the dying in home care. Family caregivers providing approximately 80% of home care. The experience of family caregivers is set as an international research priority in end-of-life care. The aim of the case study was to find out the family member's experience of caring for the dying person in the home. Case study design was chosen. Data collection was ensured through an in-depth interview followed by interpretative phenomenological analysis (IPA). The respondent was a woman with prior nursing education who cared for her grandfather at home. Six main topics have been identified by which the respondent described her experience: I know how to take care, I do not regret anything, reconciliation vs. non-reconciliation, Respect, Intimate Moment of Death, and Care Benefits. The fact that the respondent had prior nursing education was physical care for her simpler by their words. The focal point was the reconciliation of the respondent with dying and respect for the dying person and the whole family. Although caring for a dying family member is difficult and challenging, she does not regret this experience and is ready to repeat it if necessary. The caregiver's experience shows important gaps in care that need more attention in practice. It is necessary to respond with appropriate nursing interventions to the current requirements of family caregivers.

Key words: *family caregiver, experience, dying, home care, interpretative - phenomenological analysis*

Korespondence:

Mgr. Lenka Šáteková, Ph.D.

Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetrovatelství

Hněvotínská 976/3

775 15 Olomouc

Email: lenka.satekova@upol.cz



VPLYV ÚZKOSTI NA PSYCHICKÚ POHODU ONKOLOGICKÝCH PACIENTOV

PhDr. Darina Šimovcová, PhD.

Fakulta zdravotníctva, Trenčianska univerzita A. Dubčeka v Trenčíne

Abstrakt

Východiská: Pri stretnutí s ohrozujúcimi alebo stresovými situáciami väčšina z nás prežíva úzkosť a napätie. Ľudia, ktorým je diagnostikované onkologické ochorenie na začiatku, ale i počas liečby sa stretávajú s rôznymi pocitmi. Tieto pocity sú normálne, i keď neprijemnú adaptačnú reakciu na stres, ktorá ju pomáha zvládnuť, sa väčšina ľudí snaží zvládnuť bez väčších problémov. Táto úzkosť pomáha jedincovi pri zvládaní ohrozujúcej situácie.

Ciele: Cieľom štúdie bolo zistiť mieru úzkosti a prítomnosť rizikových faktorov, ktoré môžu ovplyvňovať psychickú pohodu u pacientov s onkologickým ochorením.

Súbor a metódy: Na zisťovanie miery výskytu úzkosti sme použili Beckovu sebaopisovú stupnicu úzkosti, ktorá je zameraná na posúdenie stupňov závažnosti úzkosti. Výber respondentov bol zámerný. Naš prieskumný súbor tvorilo 45 onkologických pacientov. Priemerný vek respondentov 62 rokov. Priemerná dĺžka ochorenia bola 2 roky a 2 mesiace.

Výsledky: Mieru minimálnej úzkosti sme zistili u 12 (27%) respondentov, mierne príznaky úzkosti vykazovalo 16 (36%) respondentov, stredná úzkosť bola zistená u 12 (27%) respondentov, ťažká úzkosť bola zistená u 5 (11%) respondentov. Medzi najzávažnejšie rizikové faktory, ktoré sme zistili bola nervozita a strach, že sa stane to najhoršie.

Záver: Na základe našich výsledkov považujeme za dôležité venovať tomuto problému zo strany ošetrovateľskej starostlivosti náležitú pozornosť a sledovanie miery úzkosti u onkologických pacientov ako súčasť hodnotenia zdravotného stavu pacientov.

Kľúčové slová: Úzkosť. Ošetrovateľská starostlivosť. Onkologický pacient. Rizikové faktory.

Abstract

Background: When encountering threatening or stressful situations, most of us experience anxiety or tension. People diagnosed with oncological diseases will either to begin with, or during treatment, experience various emotions. These feelings are normal, although an unpleasant adaptive response to stress that helps to cope with it, most people try to handle it without major problems. This anxiety helps an individual to handle a threatening situation.

Goals: The study aimed to determine the degree of anxiety and the presence of risk factors that may affect the psychological well-being of patients suffering an oncological disease.

Sample and methods: To measure the rate of anxiety, we used Beck's self assessment anxiety scale which is aimed at assessing the degree of anxiety severity. The choice of respondents was deliberate. Our research sample consisted of 45 oncological patients. Average age of respondents was 62. Average disease duration was 2 years and two months.

Results: The rate of minimal anxiety was found in 12 (27%) respondents, 16 (36%) respondents had mild anxiety symptoms, 12 (27%) respondents found moderate anxiety, 5 (11%) respondents found severe anxiety. The most serious risk factors we found were nervousness, and fear that the worst would happen.

Conclusion: Based on our results we consider it important, from the perspective of nursing care, to provide this problem with the appropriate attention and the monitoring of anxiety rates in oncological patients as a part of patient health assessment.

Key Words: Anxiety. Nursing care. Oncological (cancer) patient. Risk Factors.

Úvod

Strach a úzkosť majú tisíce podôb. Pokiaľ má strach zrozumiteľný dôvod, väčšinou mu rozumieme a sme ochotní nejakým spôsobom s obeťou tohto pocitu súcitiť. Sú však ľudia, ktorých úzkosť žiadny zrozumiteľný dôvod nemá, preto je označovaná za chorobu. Každý človek má svoj strach. Pocity úzkosti a strachu nie sú príjemné, ale môžu byť veľmi užitočné, pretože nás upozorňujú na nebezpečenstvo a pomáhajú nám niekedy zachrániť život. Strach a úzkosť sú súčasťou sebazáchovných mechanizmov a hrajú dôležitú úlohu v zápase o prežitie. Úzkosť je považovaná predovšetkým za psychický jav, jeho ovplyvňovanie teda zákonite spadá do odboru psychiatrie a psychológie. Pri tomto pomerne jednostrannom pohľade sa však zabúda na to, že úzkosť nie je len psychickým prežívaním, ale že ju sprevádza mnoho telesných príznakov. Pretože ľudia nemajú radi, ak sú označovaní za psychiatrických pacientov upozorňujú lekárov predovšetkým na telesné ťažkosti. Úzkosť nie je len nepríjemný psychický pocit, je to podobne ako bolesť komplexné psychosomatické prežívanie či skúsenosť sprevádzajúce človeka predovšetkým v situácii ohrozenia a jej rozvoj začína tam, kde o úzkosti ešte nikto neuvažuje. Úzkosť si nemôžeme predstaviť bez stresovej situácie. Základnou charakteristikou úzkostného jedinca je, že vníma nebezpečie tam, kde ho zdravý človek nevidí (Honzák 2005). Onkologické ochorenie patrí medzi najnáročnejšie situácie, ktoré môžu nastať v živote jednotlivca. Vyžaduje veľa zmien a adaptácie, je veľkou záťažou fyzickou i psychickou a zároveň mení situáciu prežívania a spolunažívania. Každý človek má inú schopnosť reagovať na zmeny a taktiež i inú rýchlosť adaptácie prispôsobenia sa svojmu zdravotnému stavu. Onkologicky chorý pacient sa musí vyrovnávať s mnohými ťažkými pocitmi ako sú napr. hnev, pocit bezmocnosti, nespravodlivosti, viny, trestu, strachu a úzkosti (Gulášová, 2008). Úzkosť často pramení z rôznych osobných problémov, z chronickej choroby, môže mať závažné následky, ktoré môžu vyústiť do depresie.

Cieľ

Cieľom štúdie bolo zistiť mieru úzkosti a prítomnosť rizikových faktorov, ktoré môžu ovplyvňovať psychickú pohodu u pacientov s onkologickým ochorením.

Súbor

Náš prieskumný súbor tvorilo 45 onkologických pacientov hospitalizovaných na onkologickej klinike v Trenčíne.. Výber respondentov bol zámerný. Priemerný vek respondentov bol 62 rokov. Priemerná dĺžka ochorenia bola 2 roky a 2 mesiace.

Metodika

Na zisťovanie miery výskytu úzkosti u onkologických pacientov sme použili Beckovu sebaopisovú stupnicu úzkosti (BAI), ktorá je zameraná na posúdenie stupňov závažnosti úzkosti. BAI obsahuje 21 položiek, ktoré sa vzťahujú na prežívanie intenzity vegetatívnej symptomatológie, kognitívnych a emocionálnych prejavov. Respondenti určili na škále ako často v priebehu minulého týždňa zaznamenali prítomnosť príslušných príznakov. 0 – vôbec, 1 – mierne, 2 – stredne silne, 3 – veľmi silne. Na základe súčtu jednotlivých položiek sme vypočítali stupne závažnosti úzkosti. Súčet bodov 0 – 7 – minimálna úzkosť, 8 – 15 – mierna úzkosť, 16 – 25 – stredná úzkosť, 26 – 63 ťažká úzkosť (Beck 1988). Analýzou jednotlivých príznakov sme zistili prítomnosť rizikových faktorov.

Výsledky a diskusia

Úzkosť považujeme za abnormálnu vtedy, keď predstavuje neadekvátnu reakciu na podnet, keď je neprimeraná, čo do svojej intenzity, trvá príliš dlho, často i po odstránení vyvolávajúceho podnetu alebo je spojená s maladaptívnym správaním a vyskytuje sa v situáciách, ktoré väčšina ľudí zvládne bez väčších ťažkostí (Raboch a kol. 2012 str. 275). Človek na svoje ochorenie reaguje rôznym spôsobom. Každá situácia, v ktorej sme každý okamžik nášho života je podfarbený nejakým pocitom (emóciou). Emócia vyjadruje vzťah človeka k jeho vlastným prejavom a situáciám z jeho okolia. Emócie sprevádzajú všetky duševné prejavy človeka a majú ďalekosiahly význam.

Jedným z cieľov v našej práci bolo zistiť mieru úzkosti u onkologických pacientov. Na zisťovanie miery výskytu úzkosti u onkologických pacientov sme použili Beckovu sebaopisovú stupnicu úzkosti (BAI), ktorá je zameraná na posúdenie stupňov závažnosti úzkosti. BAI obsahuje 21 položiek, ktoré sa vzťahujú na prežívanie intenzity vegetatívnej symptomatológie, kognitívnych a emocionálnych prejavov.



Graf 1 Stupne závažnosti úzkosti

Na základe vyhodnotenia výsledkov sme zistili mieru minimálnej úzkosti u 12 (27%) respondentov, mierne príznaky úzkosti vykazovalo 16 (36%) respondentov, stredná úzkosť bola zistená u 12 (27%) respondentov, ťažká úzkosť bola zistená u 5 (11%) respondentov. Sestry pri svojej práci v ošetrovateľskej starostlivosti o onkologických pacientov si musia uvedomiť, že zotavovanie je hlboko osobný, jedinečný proces zmeny vlastných postojov, pocitov, hodnôt, cieľov. Je to spôsob, ako žiť spokojný, plnohodnotný a prínosný život cez všetky obmedzenia spôsobené chorobou. Základným princípom zotavenia je zmena myslenia. Zotavenie človeka je jedinečné. Každý z nás sa zotavuje z rôznych vecí rôzne a nezáleží to primárne na jeho zdravotnom stave, ale na rade ďalších okolností: skúsenostiach, charakterových rysoch, prostredí kde človek žije vrátane toho ako človek na liečbu reaguje (Malý príručka reformou psychiatrické péče, 2017). Pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti sestry potrebujú poznať pravdepodobné príčiny (príznaky) pacientovej úzkosti v danej situácii a musia byť schopné správne odhadnúť skryté problémy, či obavy. Pokiaľ zostanú emocionálne problémy skryté, môžu vyústiť do stavu úzkosti, depresie, sociálnej izolácie a beznádeje. Ak chceme, aby nám pacient povedal dôležité informácie alebo sa zdôveril so svojimi problémami, sestra musí používať empatický prístup, kde môže zásadnou mierou pomoci pomôcť sa pacientom vyrovnáť s ich ťažkým obdobím a vyriešiť niektoré z ich problémov. Veľmi dôležité je, aby sestry včas dokázali rozpoznať a diagnostikovať symptómy – prejavy, ktoré môžu byť rizikovými faktormi psychickej pohody u onkologických pacientov (Payneová, S. a kol. 2007).

Druhým cieľom našej štúdie bolo zistiť prítomnosť rizikových faktorov, ktoré môžu ovplyvňovať psychickú pohodu u pacientov s onkologickým ochorením. Úzkosť je veľmi nepríjemný pocit vnútorného napätia až strachu, ktorý pacient nie je schopný bližšie definovať. Môže ovplyvňovať i funkciu vegetatívnych orgánov ako je srdce, pľúca, žalúdok. Pacient svoj stav popisuje rôzne ako že mu búši srdce, nemôže sa nadýchnuť, zviaza mu žalúdok (Kučerová, H. 2013). Zmeny, ktorým v organizme dochádza sú sprevádzané zmesou pocitov, ktoré sa môžu vyznačovať nástupom strachu alebo úzkosti. Na základe vyhodnotenia dotazníka BAI, jednotlivých položiek – prejavov sme zistili, že u respondentov v našej práci respondenti vykazovali určité prejavy úzkosti ako miernu, strednú alebo silnú úzkosť. Všetky tieto prejavy považujeme za rizikové faktory, ktoré môžu ovplyvňovať psychickú pohodu pacienta.

Tab. 1 Opisné charakteristiky jednotlivých zložiek BAI

Č. otázky	Prejav úzkosti	0 vôbec	1 mierne	2 stredne	3 silne
1.	Třpnutie alebo mravčenie	36%	42%	20%	2%
2.	Pocit tepla	56%	24%	18%	2%
3.	Neistota v nohách	40%	40%	9%	1%
4.	Neschopnosť uvoľniť sa	51%	36%	9%	1%
5.	Strach, že sa stane to najhoršie	44%	27%	16%	1%
6.	Závrate alebo točenie hlavy	36%	18%	7%	4%
7.	Zrýchlený tlkot srdca	51%	31%	13%	4%
8.	Nepokoj	33%	47%	11%	9%
9.	Strach	40%	33%	18%	9%
10.	Nervozita	24%	58%	9%	9%
11.	Pocit dušnosti	67%	27%	4%	2%
12.	Chvenie rúk	56%	36%	7%	2%
13.	Slabosť	31%	44%	18%	7%
14.	Strach, že sa prestanem ovládať	64%	24%	7%	4%
15.	Ťažkosti s dýchaním	62%	27%	9%	2%
16.	Strach, že zomriem	44%	38%	9%	9%
17.	Panika	76%	22%	2%	0%
18.	Zlé trávenie, bolesti brucha	56%	22%	18%	4%
19.	Nevôľnosť	56%	27%	9%	9%
20.	Návaly tepla do tváre	64%	22%	9%	4%
21.	Potenie (nespôsobené teplom)	53%	31%	13%	2%

Z výsledkov uvedených v kontingenčnej tabuľke (1) ako miernu úzkosť najviac vykazovali respondenti v prejave nervozita (58%), nepokoj (47%), neistota v nohách (40%), strach, že zomriem (38%). Vnímanie a prežívanie symptómov môže byť ovplyvnené duševným stavom pacienta a tým aký význam chorobe a symptómom prikladá. Ako uvádzajú v literatúre (Ó Connor M., Sanchia, A., 2005) pacient môže niekedy symptómy popierať, pretože sa bojí hospitalizácie, liečby alebo skutočnosti, že by sa jeho stav zhoršil. Ďalšou časťou analýzy jednotlivých prejavov bolo zistenie stredného prejavu úzkosti. Na základe výsledkov sme zistili, že strednú hodnotu úzkosti vykazovali respondenti najviac v prejave třpnutie alebo mravčenie (20%), pocit tepla (18%), strach (18%), slabosť (18%), zlé trávenie, bolesti brucha (18%) a strach, že sa stane to najhoršie (16%). V ďalšej časti analýzy sme skúmali

u respondentov prejavy silnej úzkosti. Z výsledkov uvedených v kontingenčnej tabuľke vyplýva, že medzi silné prejavy úzkosti patria najmä nepokoj (9%), strach (9%), nervozita(9%), strach, že zomriem (9%), nevoľnosť (9%). Ako preukázali naše výsledky aj literárne pramene (Payneová, S. a kol. 2007) uvádzajú, že úzkosť je často spojená so strachom z choroby, a zo smrti, ale sama spôsobuje aj telesné symptómy. Niektoré situácie, s ktorými sa človek v priebehu života stretáva, môžu byť tak závažné a traumatizujúce, že i zrelý a sebavedomý človek nie je schopný ich sám prekonať. Ale často s pomocou zdravotníckeho personálu, rodiny, známych, ktorým človek verí, a ktorí majú prirodzenú schopnosť človeku v strachu a úzkosti poskytnúť potrebnú podporu. Musíme si uvedomiť, že každý človek je iný, má iné schopnosti, inú silu zdolávať prekážky a taktiež každá situácia môže byť pre neho špecifická. Zo strany zdravotníckych pracovníkov pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti u onkologických pacientov musia byť zvolené cesty vedúce k potrebnej pomoci. Preto je potrebné, aby sestry vo svojej praxi využívali psychologické prostriedky poskytujúce bezprostrednú pomoc a podporu k postupnej úprave psychického stavu pacienta (Langmeiner, J., 2006). Významným prostriedkom pre sestru na zhodnotenie problémov, emocionálnych prejavov a zistenia pacientových obáv a starostí je komunikácia. Nedostatok zručností a času komplikuje komunikáciu v mnohých zdravotníckych zariadeniach. Psychický stres u ľudí s onkologickým ochorením predstavuje výrazný klinický problém. Pokiaľ problémy týchto ľudí zostanú skryté môžu sa prejaviť ako vážnejšie poruchy. Môže ísť o prejavy úzkosti, depresie, smútku a môžu mať pacienti problém s adaptáciou. Psychické problémy sa môžu zhoršovať vplyvom liekov a negatívne vnímaných symptómov napr. bolestí. Podľa niektorých výskumných štúdií existuje vzájomná súvislosť medzi stupňom psychického stresu a tým, či sa pacient zverí so svojimi problémami. Podľa štúdie (Heaven et Maguire 1998 in Connor 2005 str. 31) napríklad pacienti v hospici mali viac obáv a starostí, vykazovali vyššiu úroveň úzkosti, či depresie. Ďalej skúmali ako sa pacienti so svojimi obavami zverujú sestram a ako ich sestry identifikujú. Podľa záverov štúdie sa pacienti zverili skôr s telesnými ako psychologickými problémami a viac ako 60 % svojich problémov zamlčali. Podľa štúdie to, že pacienti o svojich problémoch mlčali, neznamená, že žiadne nemali, ale že boli v psychickej tiesni. Preto je dôležitá schopnosť sestier, aby vedeli identifikovať psychickú tiesň a problémy onkologických pacientov (Ó Connor, M., Aranda, S., 2005). Je dôležité si uvedomiť, že telo a psychika sú úzko prepojené. Keď človek pociťuje úzkosť, jeho telo nie je uvoľnené, ale pokiaľ sa uvoľní, úzkosť zmizne (Gulášová, 2008). Sestry si musia pri svojej práci v ošetrovateľskej starostlivosti na základe svojich odborných vedomostí a skúseností uvedomiť, že ešte okrem prejavov úzkosti, ktoré sme zisťovali pomocou dotazníka BAI, Bouček. J. (2006) v literatúre uvádza, že prežívanie úzkosti ovplyvňuje celý rad ďalších faktorov ako je napr. osobnosť človeka, genetická výbava, predchádzajúce skúsenosti s ochorením, vek, prostredie, ďalšie ochorenie.

Odporúčania pre prax

- Empaticky vyjadrovať porozumenie pre pacientovu situáciu so zachovávaním profesionality,
- Prejavovať úctu k pacientovi vzhľadom k jeho ochoreniu,
- Akceptovať pacientove ťažkosti s vytváraním pre pacienta atmosféru bezpečia.

Záver

Reakcie ľudí na ťažké životné situácie sú rôzne. Potrebná je kvalitná ošetrovateľská starostlivosť, aby sa pacient cítil dobre. Pacient by mal mať príležitosť hovoriť o strachu a obavách. Onkologické ochorenie, predovšetkým vo svojom pokročilom štádiu spôsobuje chorému celý rad ťažkostí a symptómov telesného a psychického charakteru. Ako uvádza Vorlíček, J. a kol. (2006) na subjektívne hodnotenie vplyvajú aspekty fyzicky obťažujúce symptómy (utrpenie, zhoršenie výkonnosti a sebestačnosti), emocionálne (duševná pohoda, úzkosť, depresia), sociálne (rodinné vzťahy, sociálne aktivity). Jednotlivé aspekty sa navzájom ovplyvňujú a ich vplyv zhoršuje kvalitu života. Predstavy o plnohodnotnosti vlastného života sú u každého pacienta iné. Pre sestru je dôležité, aby vedela u pacienta vyhodnotiť jednotlivé príznaky, nakoľko sú pre pacienta obťažujúce a spôsobujú pacientovi celkový dyskomfort. Všeobecne môžeme povedať, že čím je výraznejšia úzkosť, tým je horšia kvalita života.

Použitá literatúra

BECK, A. T. et al.1988. An Inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1988, vol. 56, no.6, p. 893–897.

BOUČEK J. a kol. 2006. Lékařská psychologie. UP Olomouc, 1. vydání, 2006. 142 s. ISBN 80-244-1501-1.

GULÁŠOVÁ, I. 2009. Telesné, psychické, sociálne a duchovné aspekty onkologických ochorení. Vydavateľstvo Osveta. Martin. 99 s. ISBN 97-88-08063305 -9.

HONZÁK, R. et al.2005. Úzkostný pacient. Vydavateľ: Galén. 2005.180 s. ISBN 8072623672.

HÖSCHL, C.,- LIBIGER, J., - ŠVESTKA, J. 2004. Psychiatrie. Praha. Vydavateľstvo Tigis. 883 s.. ISBN 8090013074.

KUČEROVÁ, H., 2013. Psychiatrické minimum. Vydal: Grada Publishing.a.s. 2013.168 s.. ISBN 978 80-247-8879-1.

LANGMEIER J., - KREJČÍŘOVÁ D.2006. Vývojová psychologie. Vydavateľstvo Grada. 2006. 368 s. ISBN 8024712849.

Malý průvodce reformou psychiatrické péče, 2017. Psychiatrická společnost ČLS JEP, Praha 2017 . Psychiatrická klinika 1.LF UK a VFN

Ó CONNOR, M. – ARANDA , S. 2005.Paliatívny péče – pro sestry všech oboru. Praha. 2005.324 s. ISBN 80-247-1295-4.

PAYNEOVÁ, S. – SEYMOUROVÁ, J, - INGLETONOVÁ, CH. 2007.Paliatívny péče .Princípy a praxe. Společnost pro odbornou literaturu, o.s. Brno. 2007. 806 s. ISBN 978-80-87029-25-1.

RABOCH, J.-, PAVLOVSKÝ,P.,- JANOTOVÁ, D.2012. Psychiatrie: minimum pro praxi. 5. vyd. Praha: Triton, 2012, 239 s. ISBN 978–80–7387–582-4.,

Korespondence:

PhDr. Darina Šimovcová, PhD.

Fakulta zdravotníctva, Trenčianska univerzita A. Dubčeka v Trenčíne

Študentská 1

911 50 Trenčín

Email: darina.simovcova@tnuni.sk

INFÚZNA TERAPIA V 21.STOROČÍ

Eva Balogová¹, Jarmila Bramušková^{1,2}

¹Fakulta zdravotníctva Slovenskej zdravotníckej univerzity so sídlom v Banskej Bystrici

²Nemocnica Zvolen, a. s.

Súhrn: Autori príspevku sa zamerali na problematiku tekutinovej a objemovej terapie so zameraním na prednemocničnú neodkladnú a intenzívnu starostlivosť. Stručne charakterizujú infúzne roztoky dostupné na našom trhu a približujú najnovšie odporúčania týkajúce sa aplikácie kryštaloidov a koloidov.

Kľúčové slová: *Objemová terapia, Kryštaloidné a koloidné roztoky, Balansované roztoky.*

Infusion therapy in the 21st century

Summary: The authors focused on the issue of fluid and volume therapy with a focus on pre-hospital emergency and intensive care. They briefly characterize the infusion solutions available in our market and outline the latest recommendations regarding the application of crystalloids and colloids.

Key words: *Volume therapy, Crystalloid and colloidal solutions, Balanced solutions.*

Úvod

Objemová terapia, teda aplikácia infúzií je liečbou s potenciálom pacientovi nielen pomôcť, ale aj ublížiť. „Možno si to dostatočne neuvedomujeme, keď vešiame vaky s infúziami nad posteľ pacienta“ (Studie podávaní..., 2013). To sú slová profesora Matějoviča z Českej spoločnosti intenzívnej medicíny ČLS JEP a týkajú sa hlavne pacientov, ktorých zdravotný stav si vyžaduje dlhodobjšiu alebo masívnejšiu infúznú terapiu. K situáciám v ktorých druh a množstvo aplikovaného infúzneho roztoku ovplyvňujú osud človeka viac než si myslíme patria šokové stavy a pacienti v kritickom stave hospitalizovaní na oddeleniach intenzívnej a resuscitačnej starostlivosti, pacienti u ktorých došlo k akútnemu, vážnemu zhoršeniu zdravotného stavu.

Tekutiny významne ovplyvňujú orgánové funkcie ako aj reakcie na inzulť. Pred zahájením infúznej terapie je nutné vziať v úvahu patofyziologické zmeny sprevádzajúce akútny stav a vopred si stanoviť hemodynamické ciele. Musíme poznať indikáciu, druh roztoku, množstvo resp. podľa čoho ukončiť terapiu, vnímať infúzne roztoky ako lieky aj s ich nežiaducimi účinkami.

Telesné tekutiny

Tekutiny tvoria 53-60% celkovej hmotnosti dospelého človeka. Podiel tekutiny na hmotnosti človeka kolíše v závislosti na veku, pohlaví a na množstve tuku. Starutím sa mení podiel *extracelulárnej* (ECT) a *intracelulárnej* (ICT) tekutiny na celkovom objeme vody v organizme. Pri narodení tvorí voda asi 79% hmotnosti, z toho ECT je 44,3% a ICT 34,7 %. U dospelého človeka tvorí voda 53%, z toho 2/3 tvorí ICT a 1/3 ECT. Extracelulárna, teda mimobunečná tekutina je neustále v pohybe a predstavuje médium pre transport živín a odpadových produktov metabolizmu. Delí sa na tekutinu *intravaskulárnu* (krvná plazma, lymfa) a *extravaskulárnu*, teda tkanivový mok. Patrí k nej ale aj lymfa vnútorného ucha, tekutina v centrálnom nervstve a plodová voda. Telesné tekutiny obsahujú *ióny*, teda častice s kladným alebo záporným elektrickým nábojom (elektrolyty) schopné viesť elektrický prúd. Vodná a elektrolytová rovnováha prispieva k *homeostáze organizmu* a je udržiavaná fyziologickými procesmi v organizme. K narušeniu homeostázy môže dôjsť pri zvýšenej telesnej aktivite, hnačke, zvracaní, horúčke, liečbe diuretikami, nedostatočnom príjme tekutín alebo pri vysokých odpadoch z drénov.

Pohyb telesných tekutín a elektrolytov v organizme:

- *difúzia* - pasívny transport, náhodný pohyb molekúl z jedného miesta na druhé podľa koncentračného gradientu,
- *osmóza* - samovoľné prenikanie molekúl z menej koncentrovaného roztoku do koncentrovanejšieho cez polopriepustnú membránu. Výsledkom je dosiahnutie rovnakej osmotickej aktivity na oboch stranách membrány.
- *aktívny transport* – látky prechádzajú membránami buniek z menej koncentrovaného roztoku do koncentrovanejšieho, pričom spotrebúvajú energiu, napr. sodíkovo-draslíková pumpa
- *osmolalita* – je schopnosť priestoru „prisávať“ cez membránu. pričom hlavným faktorom ovplyvňujúcim osmolalitu je natrium (Dingová a kol., s.212, 2018).

Indikácie tekutinovej terapie

Resuscitácia obehu patrí k základným liečebným intervenciám pri hypovolémii, teda pri absolútnej alebo relatívnej strate cirkulujúceho objemu. Aplikácia tekutín je terapeutickou modalitou riešenia porúch hydratácie, tekutinovej a minerálovej rovnováhy. So spomínanými stavmi sa stretávame v rámci urgentnej a intenzívnej medicíny u pacientov s úrazmi či akútnym zhoršením zdravotného stavu neúrazovej etiológie. Na ich zvládnutie sa v praxi používajú roztoky *kryštaloidov* – soľné roztoky s rôznym obsahom minerálov, tonicitou a osmolalitou a roztoky *syntetických, prípadne humánnych koloidov* (Záhorec a kol., 2013). Rovnako ako hypovolémia je pre pacienta nebezpečná aj *hypervolémia*. Nadmerný prívod tekutín môže viesť k edému pľúc, interstícia orgánov a čreva. Prevenciou iatrogénneho poškodenia pacienta je preto starostlivé zváženie indikácie tekutinovej terapie s prihliadnutím na patogenetický mechanizmus straty objemu, individuálne klinické prejavy a patofyziologické zmeny sprevádzajúce akútne stavy. Vždy je treba zvážiť pomer riziko/benefit, dodržiavať indikačné kritéria a maximálne možné denné objemy. Pozornosť treba venovať predovšetkým aplikácii koloidov. Tu je treba držať sa odporúčaní odborných spoločností vychádzajúcich s medicíny založenej na dôkazoch.

Patofyziologické zmeny cirkulácie kriticky chorých pacientov

Systémová zápalová reakcia organizmu na akútny inzulť vedie k disfunkcii mikrocirkulácie a k úniku tekutiny z kapilár do interstícia. Podľa Tešínskeho intersticiálny edém vedie k zhoršeniu tkanivovej oxygenácie. Masívna objemová substitúcia ďalej zhoršuje mikrocirkuláciu a tým zvyšuje riziko pľúcneho edému, intraabdominálnej hypertenzie a sekvestrácie tekutín do tretieho priestoru (Pro objemovou., 2013). Zníženie objemu cirkulujúcich tekutín spustí kompenzačné mechanizmy ktorých cieľom je redistribúcia obehu a zabezpečenie prekrvenia životne dôležitých orgánov na úkor splanchnických orgánov.

K príznakom akútnej hypovolémie patria zníženie systémového krvného tlaku, vzostup srdcovej frekvencie, zníženie kapilárneho návratu, náplne periférneho žilového systému, chladné akrá, príp. akrálna cyanóza, oligúria, zvýšenie špecifickej mernej hmotnosti moču, stúpa šokový index. Laboratórne dochádza k poklesu pH, zvyšuje sa deficit báz, stúpa laktát (Záhorec a kol., 2013).

Infúzne roztoky a ich delenie

Infúzne roztoky (infundibilia) môžu byť v sklenenej alebo plastovej fľaši a v plastovom vaku. *Plastové, tzv. kolapsoidné infúzne fľaše* nepotrebujú na rozdiel od sklenených zavzdušnenie, čím sa znižuje riziko infekcie pri podávaní infúzie. *Plastové vaky* majú zvyčajne dva vstupy- jeden pre napichnutie infúznej súpravy a jeden pre pridávanie liekov. Základom infúzneho roztoku je sterilná apyrogénna, destilovaná voda. Infúzne roztoky zvyčajne delíme do dvoch veľkých skupín – *kryštaloidné a koloidné* roztoky.

Kryštaloidné roztoky

Kryštaloidné roztoky sú roztoky elektrolytov alebo nízkomolekulárnych cukrov. Voľne prestupujú membránami, preto v krvnom riečisku ostáva asi len 1/3 (iný zdroj 20%) podaného objemu aj to len obmedzený čas, potom dochádza k presunu do interstícia. V prípade potreby doplnenia väčších strát cirkulujúceho objemu treba preto podať vyššie množstvo kryštaloidov. Nadmerný prevod kryštaloidov môže viesť k hyperhydratácii, periférnym opuchom, edému pľúc. V rámci urgentnej a intenzívnej medicíny sa kryštaloidy používajú na:

- na riedenie liekov,
- úpravu dehydratácie a udržanie stáleho množstva iónov v telesných tekutinách,
- ako nosné médium pre infúziu aplikáciu liekov,
- na udržanie vstupu do cievného riečiska (Šeblová a kol., 2018).

Podľa osmolarity sa roztoky delia na:

- izotonické: F1/1, Ringer, Hartmann, Plasmalyte, Ringer-laktát, Ringerfundin,
- hypotonické: F1/2, F1/3, F1/5, G5%,
- hypertonické: Darrow, G 10-40%.

Izotonický roztok má rovnakú aktuálnu osmolalitu ako plazma (288 mosmol/kg). Hypotonicitu roztoku pre objemovú terapiu spôsobuje únik tekutín do intracelulárneho priestoru, predovšetkým pri podaní veľkého objemu. Závažnou komplikáciou je potom hyponatremická encefalopatia, mozgový edém a respiračná nedostatočnosť.

Koloidné roztoky

Koloidné roztoky sú makromolekulárne roztoky, ktoré na rozdiel od kryštaloidov zotrávajú po podaní v krvnom riečišti. Delíme ich na:

- *dextrány*- ich používanie sa spája s rizikom alergických reakcií, ovplyvňujú koagulácie a renálne funkcie, už sa nepoužívajú,
- *roztoky na báze želatíny*- *Gelofusine, Gelaspan, Haemaccel, Gelafundin, Gelifundol R* alebo hydroxyetylškrobu- *HAES-STERIL, Tetraspan, Voluven*, slúžiace k rýchlej náhrade krvného objemu, hlavne pri krvných stratách. Ich použitie pri masívnych krvných stratách je limitované hemodilúciou (kritickou je hodnota hemoglobínu pod 80g/l). Výhodou koloidov je náhrada objemu v pomere 1:1, dlhšie zotrvanie v obehu (objemový efekt cca 3-4 hodiny, 35-50%), objemový efekt je ale nižší ako pri HES. Nevýhodou prevažne želatínových roztokov sú poruchy koagulácie, rôsolovenie roztoku v chlade a výskyt alergických reakcií.
- *roztoky na báze hydroxyetylškrobu (HES)* sú rizikovými z hľadiska nefrotoxicity, preto pri ich dávkovaní treba byť opatrný a podávať len množstvá potrebné k dosiahnutiu vopred stanovených hemodynamických cieľov. Podľa aktuálnych odporúčaní odborných komisií možno ich podanie zväziť u náhle vzniknutej život ohrozujúcej hypovolémii, pričom dbáme na dostatočnú hydratáciu pacienta. Kontraindikovanými sú u pacientov so sepsou, popáleninami, renálnou insuficienciou, dialýze a pri edéme pľúc. Majú výraznejší a dlhšie trvajúci objemový efekt ako želatínové roztoky (cca 6 hodín) a neodporúča sa ich miešať s inými liekmi.
- *prirodzené koloidy* - roztok *Albumin HUMAN 5% a 20%*. Albumín je prirodzenou frakciou ľudskej plazmy (**Bartůněk a kol., 2016**).

Jednotlivé koloidy sa líšia efektivitou objemovej náhrady a dĺžkou hemodynamickej stabilizácie. Ku koloidným roztokom patria aj roztoky aminokyselín a tukov, ktoré sa používajú za účelom parenterálnej výživy. Vo volumoterapii majú svoje miesto kryštaloidy i koloidy. Pri ich aplikácii treba

ale myslieť na fakt, že ich iónové zloženie ovplyvňuje vodnú a elektrolytovú bilanciu, funkciu obličiek a krvnú zrážanlivosť.

Balansované roztoky

V poslednom období na trhu objavili tzv. *balansované roztoky*. Balansované roztoky majú iónové zloženie podobné plazme, včítne obsahu kalcia a disponujú aj komponentmi plazmatického pufrovacího systému, resp. prekursorami bikarbonátu (laktát, acetát, glukonát, maleát), ktoré udržiavajú stabilné pH a redukujú riziko dilučnej acidózy. Kalcium je základným kofaktorom pre aktiváciu koagulácie. Balansované roztoky korigujú elektrolytickú nerovnováhu celého extracelulárneho priestoru. Sú indikované pri objemovej substitúcii v prípade viacmenej normálnej plazmatickej koncentrácie základných iónov (dehydratácia, krvácanie). Balansované roztoky v porovnaní s 0,9% NaCl vedú zriedkavejšie k poruche ABR (hyperchloremická acidóza), akútnemu poškodeniu obličiek, potrebe externej náhrady ich funkcie. V porovnaní s „fyziologickým“ roztokom nezaťažujú organizmus nadmerným obsahom chloridov. Koloidy s balansovaným nosným roztokom udržiavajú koaguláciu lepšie, než koloidy založené na nebalansovanom roztoku NaCl (BBraun). Balansovanými roztokmi je vhodné nahradiť nebalansované v prípade veľkej objemovej náhrady u pacientov s rizikom renálneho zlyhania a tkanivovej hypoperfúzie.

K *balansovaným kryštaloidným* roztokom patria:

- Ringer-laktát, Ringer-acetát, Ringerfundin,
- Plasmalyte, Isolyte.

K *balansovaným koloidným* roztokom patria:

- Tetraspan 6%, Tetraspan 10% (izotonické, s obsahom kalcia),
- Volulyte 6%, Volulyte 10%,
- Gelaspan 4% (izotonický, izoonkotický, s obsahom kalcia, bez limitu dávky).

V mnohých prípadoch možno stanovené hemodynamické ciele u hypovolemických pacientov dosiahnuť balansovanými kryštaloidnými roztokmi. Výsledky najnovších štúdií potvrdili zníženie parametrov oxidačného stresu, pokles zápalových parametrov, zvýšenie prekrvenia obličiek a zlepšenie renálnej oxygenácie pri použití balansovaných roztokov u akútnych stavov v porovnaní s nebalansovanými kryštaloidnými roztokmi (Pro objemovou., 2013). V učebniciach sa stretávame s informáciou, že na zvládnutie akútnej hypovolémie je potrebný niekoľkonásobný objem kryštaloidov v porovnaní s koloidmi. Podľa prof. Cvachovca je to o 10 – 60 % viac (Krystaloidy, nebo..., 2013). Je pravda, že pri objemovej terapii je krátkodobá efektivita koloidov výrazne vyššia než u kryštaloidov. Čo sa týka nežiaducich účinkov koloidov, predovšetkým ich negatívneho vplyvu na renálne funkcie, odporúča neprekračovať maximálne doporučené dávky. U pacientov v kritickom stave je do príjmu tekutín vhodné započítať aj tekutiny ktorými riedime ATB a lieky aplikované kontinuálne perfuzormi. Podľa prof. Matějoviča neplatí, že kryštaloidmi sa nedá pacient v ťažkom šoku zresuscitovať. Odporúča použiť niektorý z balansovaných kryštaloidných roztokov, pričom voľba konkrétneho roztoku by mala závisieť na klinike. Krvácajúci pacient bude profitovať z roztoku obsahujúceho kalcium a pacient s ťažkou acidózou zase z roztoku s alkalizujúcim efektom (Studie podávaní...,2013).

„Oblíbený“ fyziologický roztok nepatrí k odporúčaným pri masívnej objemovej substitúcii. V danej situácii vedie k poklesu pH, zvýšeniu deficitu báz, poklesu plazmatickej koncentrácie bikarbonátu a k metabolickej acidóze (Pro objemovou., 2013). Podľa prof. Matějoviča by fyziologický roztok indikovaný s cieľom objemovej terapie mali nahradiť balansované roztoky, ktoré nepredstavujú pre človeka riziko vysokého príjmu chloridov a sú menej rizikovými než koloidné roztoky (Studie podávaní..., 2013).

Záver

Nedostatočné vedomosti o stratégii objemovej liečby u pacientov v akútnom stave so sebou nesú potenciálne riziko iatrogénneho poškodenia. Prevenciou je teda starostlivý výber konkrétneho infúzneho roztoku, vhodná kombinácia roztokov tak aby boli dosiahnuté vopred stanovené ciele. V prípade aplikácie potenciálne rizikových roztoku treba striktno dodržiavať odporúčania výrobcu a maximálnu dĺžku aplikácie. S ohľadom na nežiaduce účinky roztokov HES podľa Vymazala (2019) nemáme dost presvedčivé dôkazy aby sme ich vôbec nepoužívali a máme dost dôkazov, aby sme ich používanie starostlivo zvažili.

Literatúra

Balancovaná objemová terapia. Pridávame novou dimenziu. Materiál firmy BBraun. Dostupné na : <https://www.bbraun.cz/content/dam/catalog/bbraun/bbraunProductCatalog/S/AEM2015/cs-cz/b2/balancovana-objemovaterapie-broua.pdf.bb-.19915781/balancovana-objemovaterapie-broua.pdf>

BARTUNĚK,P., JURÁSKOVÁ, D., HECZKOVÁ, J., NALOS, D. (2016) *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*, Praha: Grada Publishing, 2016. 752 s. ISBN 978-80-247-4343-1.

DINGOVÁ, ŠLIKOVÁ, M., VRABELOVÁ, L., LIDICKÁ, L. (2018) *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupu pro zdravotnické záchranáře*, Praha: Grada Publishing, 2018, 312 s. ISBN 978-80-271-0717-9.

Krystaloidy, nebo koloidy? Existuje jasná odpověď? *In Příloha Zdravotnických novin, roč. 2013, č. 6, s. 17-18* [cit. 2019-7-10]. Dostupné na internete <http://www.baxter.cz/downloads/novinky/clanek-FORTE.pdf>

Pro objemovou substituci jsou preferovány balancované roztoky. *In Příloha Zdravotnických novin, roč. 2013, č. 6, s. 17-18* [cit. 2019-7-10]. Dostupné na internete <http://www.baxter.cz/downloads/novinky/clanek-FORTE.pdf>

Studie podávání krystaloidu se zásadně rozcházejí se stanovisky učebnic. *In Příloha Zdravotnických novin, roč. 2013, č. 6, s. 17-18* [cit. 2019-7-12]. Dostupné na internete <http://www.baxter.cz/downloads/novinky/clanek-FORTE.pdf>

ŠEBLOVÁ, J., KNOR, J. a kol. (2018) *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*, 2.akt. vyd., Praha: Grada Publishing, 2018, 492 s. ISBN 978-80-271-0596-0.

VYMAZAL,T. (2018) *Tekutiny v anesteziologii a intenzivní péči 2019*. [cit. 2019-7-12]. Dostupné na internete <https://www.ipvz.cz/vzdelavaci-akce/dokumenty/12924-doc-vymazal-tekutiny-kmen-kurz-5-2019.pdf>

ZÁHOREC, R. a kol. (2013) Koloidné roztoky hydroxyetylškrobov-indikácie a kontraindikácie ich použitia v anestéziológii, perioperačnej a intenzívnej medicíne. *In Anestéziológia a intenzívna medicína*, 2013, roč.2,č. 2, s.48-54. ISSN 1339-0155

Korespondence:

PhDr. Eva Balogová, PhD.

FZ SZU v Bratislave so sídlom v Banskej Bystrici

Sládkovičova 21

974 05 Banská Bystrica

Email: eva.balogova@szu.sk

ŠPECIFIKÁ PRÁCE ANESTÉZIOLOGICKEJ SESTRY V INTRAOPERAČNOM OBDOBÍ NA MAXILLO – FACIÁLNEJ CHIRURGII

Jarmila Bramušková^{1,2}, Eva Balogová¹

¹Fakulta zdravotníctva SZU so sídlom v Banskej Bystrici

² Fakultná nemocnica s poliklinikou F. D. Roosevelta Banská Bystrica

Súhrn: Súčasná anestéziológia je zameraná nielen na odborné znecitlivenie, ale aj na kontinuálne udržiavanie stabilizovaného stavu operovaných pacientov počas operačného zákroku. Pri operačných výkonoch v maxillo-faciálnej chirurgii má podávanie anestézie obzvlášť svoju dôležitú úlohu. Anestéziológ a anestéziologická sestra tvoria spoločne tím, ktorý sa počas operačného zákroku musia zamerať na bezpečné zaistenie dýchacích ciest a stabilizáciu vitálnych funkcií. Počas celého operačného zákroku využívajú moderné monitorovacie zariadenia, ktoré ich informujú o aktuálnom stave pacienta. Anestéziologická sestra musí asistovať lekárovi pri invazívnych výkonoch, ale zabezpečuje aj kontinuálne podávanie liekov. Operačné zákroky sú v mnohých prípadoch časovo náročné, čo spôsobuje záťaž nielen pre pacienta, ale aj pre samotný anestéziologický tím. Prioritou však zostáva stále bezpečnosť pacienta a jeho stabilizácia počas operačného zákroku.

Kľúčové slová: *Anestézia. Sestra. Maxillo – faciálna chirurgia. Pacient.*

Summary: Current anesthesia is focused not only on professional anesthesia, but also on the continual maintenance of the stabilized state of the operated patients during surgery. In surgical procedures in maxillo-facial surgery, the administration of anesthesia plays a particularly important role. The anaesthesiologist and anaesthesiologist together form a team that must focus on securing the airways and stabilizing vital functions during surgery. Throughout the operation, they use modern monitoring devices to inform them of the patient's current condition. The anesthetic nurse must assist the physician in invasive procedures, but also ensures continuous administration of medications. In many cases, surgical procedures are time consuming, causing a burden not only on the patient but also on the anesthesia team itself. However, patient safety and stabilization during surgery remain a priority.

Key words: *Anesthesia. Sister. Maxillo - facial surgery. Patient.*

Odbor anestéziológie je v porovnaní s ostatnými odbormi pomerne mladý, ale aj napriek tomu má v súčasnosti významné postavenie. Použitie rôznych chirurgických postupov je známe už niekoľko tisícročí, ale správy o použití metód na tíšenie bolesti sa nezachovali takmer žiadne (Rogozov, 2010).

Z pohľadu stomatológie, či maxillo-faciálnej chirurgie môžeme z historického hľadiska spomenúť zubného lekára Wellsa, ktorý sa v roku 1844 zúčastnil exhibície, na ktorej bolo možné inhalovať oxid dusný. On sám si dal vytrhnúť zub múdrosti, počas ktorého inhaloval oxid dusný a jeho prvé slová po odznení účinkov oxidu dusného boli: „Nová éra trhania zubov“ (Utopian Surgery, 2019). Za ironiu môžeme zároveň považovať fakt, že jeden z najväčších vynálezov v medicíne, ktorý prispel k rozvoju všetkých operačných odborov vznikol prostredníctvom použitia látok, ktoré v tej dobe slúžili ako zdroj opojenia a zábavy – názov oxid dusný – rajský plyn (Málek a kol., 2011).

Špecifiká maxillo-faciálnej chirurgie

V maxillo-faciálnej chirurgii sa operačné pole nachádza v oblasti horných dýchacích ciest, preto veľmi významnú úlohu zohráva úzka spolupráca medzi chirurgom a anestéziológom. Z anestéziologického hľadiska je potrebné sa vyhnúť riskantnému priebehu sedácie, či nedostatočnej celkovej anestézii (Larsen, 2004).

Príprava pacienta pre anestéziu

- **anamnéza** – celkový stav, tolerancia záťaže, psychické rozpoloženie, predchádzajúce a súčasné ochorenia, súčasné užívanie liekov, alergie, abúzus, predchádzajúce anestézie, prípadné komplikácie počas podávania anestézie, podávanie krvných derivátov v minulosti – ich tolerancia, prípadne komplikácie.
- **klinické vyšetrenie** – vyšetrenie dýchacích ciest (vzhľadom na intubáciu), auskultácia pľúc, vyšetrenie kardiovaskulárneho systému.
- **laboratórne vyšetrenia** – všetky základné laboratórne parametre, prípadne doplnené o špecifické parametre vzhľadom na ochorenie pacienta.
- **konziliárne vyšetrenia** – najčastejšie je potrebné ORL vyšetrenie, vzhľadom na miesto v oblasti tváre a krku. Veľmi často je potrebné vyšetriť pacienta kardiológom, endokrinológom, prípadne hematológom (vzhľadom na jeho súčasné ochorenie, prípadne vzhľadom na výsledky krvných parametrov).
- **samotné anestéziologické vyšetrenie** – anestéziológ zhodnotí anamnestické údaje pacienta, terajšie a predchádzajúce ochorenia, laboratórne parametre, ako aj konziliárne vyšetrenia a stanoví anestéziologické riziko (ASA 1 – 5) a rozhodne, aký typ anestézie bude vhodný u pacienta počas chirurgického zákroku.

Zaistenie dýchacích ciest pred operačným zákrokom v maxillo-faciálnej chirurgii

Zaistenie dýchacích ciest môže byť často ovplyvnené nedostatočným otvorením úst pacienta, prípadne obštrukciou dýchacích ciest, ktoré vznikli ako komplikácia primárneho ochorenia pacienta. Najčastejšie sa pacientovi zavádza endotracheálna kanylka, prípadne nasotracheálna kanylka a v mnohých prípadoch sa následne vykonáva chirurgická tracheostómia, ktorá je ponechaná aj v pooperačnom období na potrebný čas. U mnohých pacientov sa vykonáva priama laryngoskopia, ale niekedy je nutné využiť nasotracheálnu intubáciu v lokálnej anestézii. Často je potrebné využiť videolaryngoskop, prípadne intubovať za pomoci fibroskopu. V urgentných prípadoch je potrebné vykonať koniotómiu, kde operatér použije rigidný bronchoskop.

Nijaký spôsob zaistenia dýchacích ciest nie je univerzálne zaručený, bezpečný a ani ľahký.

Monitorovanie dýchacieho systému

Na monitorovanie dýchacích parametrov sa najčastejšie využíva *pulzná oxymetria* – ide o neinvazívnu metódu merania saturácie hemoglobínu kyslíkom (je založená na fakte, že oxygenovaný hemoglobín pohlcuje menej svetla v červenej oblasti oproti redukovanému hemoglobínu). Pri poruchách periférneho prekrvenia, anémii, prípadne iktere môže dôjsť k obmedzeniu merania pulznej oxymetrie. Ďalšou metódou je *kapnometria* a *kapnografia*. Kapnometria číselne udáva hodnotu CO₂ na konci výdychu a kapnografia graficky znázorňuje krivku CO₂ počas dychového cyklu. Meranie je kontinuálne, počas celej doby anestézie (Ševčík a kol., 2014).

Monitorovanie kardiovaskulárneho systému

Základom monitorovania kardiovaskulárneho systému je snímanie *EKG krivky*, ktoré nám dáva obraz o srdcovej frekvencii, prípadne o poruchách srdcového rytmu. *Meranie krvného tlaku* sa počas anestézie najčastejšie vykonáva neinvazívne, ale pri rozsiahlych operačných zákrokoch využívame invazívne meranie krvného tlaku. Invazívne meranie arteriálneho tlaku je základnou súčasťou hemodynamického monitorovania pacienta. Podmienkou pre meranie invazívneho arteriálneho tlaku je zavedenie katétra do artérie a tlak je pomocou prevodníka zmenený na elektrický signál a ten je následne prenesený na obrazový monitor do grafickej a číselnej podoby (Černý a kol., 2000).

Využitie monitorovacieho systému EV 1000 – ide o monitorovaciu platformu, ktorá zobrazuje periodické a kontinuálne hemodynamické merania súvisiace s hodnotením základných súčastí aplikácie kyslíka a vyváženosť aplikácie kyslíka vzhľadom na jeho spotrebu. Prístroj slúži ako pomôcka

pre lekára pri hodnotení aktuálneho stavu pacienta a ako podporný prostriedok pri rozhodnutiach týkajúcich sa optimalizácie aplikácie kyslíka formou riadenia pred záťažou, po záťaži a riadenia kontraktility. Prístroj dokáže zhodnotiť podiel extravaskulárnej vody v pľúcach (indikátor pľúcneho edému). Kontinuálne parametrické merania prostredníctvom arteriálneho vedenia cez senzor zahŕňajú:

- CO – srdcový výdaj – kontinuálne hodnotenie objemu krvi prečerpávanej srdcom (l/min.),
- PR – srdcová frekvencia – počet pulzov arteriálneho tlaku krvi/min.,
- SV – systolický objem - objem krvi prečerpávaný počas každého úderu srdca,
- SVV – odchýlka systolického objemu – percentuálny rozdiel medzi minimálnou, maximálnou a strednou hodnotou SV.
- CI – srdcový index – srdcový výdaj vzhľadom na plochu tela,
- DIA a SYS – diastolický a systolický tlak krvi,
- SVR – systémový cievy odpor – odpor, ktorý musí prekonať ľavá komora na vytlačenie systolického objemu počas každého úderu srdca,
- SVI – index systolického objemu – systolický objem vzhľadom na plochu tela,
- MAP – stredný arteriálny tlak – priemerný systémový krvný tlak v rámci jedného srdcového cyklu.

Zabezpečenie venózneho prístupu – pri kratších operačných zákrokoch sa u pacienta zabezpečuje periférny venózne prístup, vo väčšine sestra zabezpečuje aspoň dva venózne prístupy širšieho lumenu. Pri časovo náročných zákrokoch lekár rozhodne o zabezpečení *centrálneho venózneho prístupu*, zavedením centrálneho venózneho katétra do veľkej vény. Najčastejšie sa CVK zavádza do v. subclavia alebo v. femoralis. U pacienta sa predpokladá, že bude potrebná intervencia podávania parenterálnej výživy viac ako 5 dní, prípadne bude potrebné aplikovať koncentrované roztoky, v niektorých prípadoch aj hradenie veľkej straty krvi alebo tekutín. Úlohou sestry je nachystať lekárovi sterilný stolík s potrebnými pomôckami, zaujať u pacienta potrebnú polohu a asistovať mu pri samotnom výkone. Výhodou zavedenia CVK je počas operačného zákroku najmä možnosť podávania viacerých liečiv naraz, ale aj podávanie infúzných roztokov pretlakom.

Aplikácia anestetík

Vo väčšine prípadov sa využíva TIVA – Total intravenous anesthesia, ktorá znamená iba podávanie liekov intra venózne v kombinácii s použitím ventilácie pacienta vzduchom a kyslíkom. Výhodou je ľahká kontrola aplikácie liekov a vedomia pacienta, ako aj eliminácia znečistenia pracovného prostredia operačnej sály inhalačnými anestetikami. Nevýhodou je väčšia variabilita medzi dávkou a účinkom oproti inhalačným anestetikám, ako aj ich náročnosť na podávanie z pohľadu prístrojového vybavenia, monitorovania a cenovej dostupnosti.

Odber krvi počas podávania anestézie

V priebehu operačného zákroku a podávania anestézie sestra odoberá vo väčšine prípadov arteriálnu krv zo zavedeného arteriálneho katétra. Odber krvi sa vykonáva najmä u dlhých operačných zákrokoch a u pacienta sa hodnotí: acidobázická rovnováha, krvný obraz, ionogram a glykémia. V prípade väčších krvných strát sestra odoberá krv na krížny test a objednáva transfúziu z laboratória.

Zavedenie nazogastrickej sondy – po zabezpečení dýchacích ciest sestra u pacienta zavedie nazogastrickú sondu, ktorá má veľký význam pre pooperačné obdobie u pacienta, pretože vzhľadom na operačný zákrok pacient v pooperačnom období nemôže prijímať stravu per os, ale strava je mu podávaná rozmixovaná do NGS.

Zavedenie permanentného močového katétra – zavádza sa u všetkých pacientov, ale najmä u tých, u ktorých sa predpokladá dlhý operačný zákrok. Močový katéter je napojený na zberný sáčok, s možnosťou merania hodinovej diurézy. Hodinová diuréza je pre lekára významným ukazovateľom hydratácie pacienta, prípadne zaťaženia kardiovaskulárneho systému.

Záver

Práca anestéziologickej sestry má svoje nezastupiteľné miesto. Je spojená s mnohými rizikami nielen pre ňu samotnú, ale aj pre pacienta. Počas operačných zákrokov v maxillo-faciálnej chirurgii musí sestra ovládať nielen základné poznatky podávania anestézie, ale aj špecifiká, ktoré vyplývajú z náročnosti operačných zákrokov. Sestra sa musí neustále vzdelávať a osvojiť si nové poznatky práce s najnovšou technológiou, ktorá je využívaná na monitorovanie samotného pacienta počas operácie. Keďže sa operačné pole nachádza v oblasti hlavy a krku, v mnohých prípadoch sa anestéziologický tím musí orientovať o stave pacienta prostredníctvom monitoringu. Počas celého operačného zákroku musí byť „v strehu“, aby nedošlo k ohrozeniu zdravia pacienta. Spoločne s anestéziológom vytvárajú „jeden celok“, ktorý zabezpečuje adekvátne a bezpečné podávanie anestézie pacientovi a čo najmenej komplikovaný priebeh samotného operačného zákroku.

Použitá literatúra:

ČERNÝ, V. a kol. (2000) *Invazivní hemodynamické monitorování v praxi*. Praha: Grada Publishing, 2000, 104 s. ISBN 80-7169-994-2.

LARSEN, R. (2004) *Anestezie*. 7. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004, 1395 s. ISBN 8024704765.

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

ROGOZOV, V. Historie. In: NALOS, D., MACH, D., et al. (2010) *Periferní nervové blokády pro klinickou praxi včetně UZ navádění*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 43 – 48.

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

Utopian Surgery? [online]. [cit. 2019-08-01], dostupné na <http://www.general-anaesthesia.com/index.html>.

Korespondence:

PhDr. Mgr. Jarmila Bramušková, PhD.
Fakulta zdravotníctva SZU so sídlom v B. Bystrici
katedra urgentnej zdravotnej starostlivosti
Sládkovičova 21
974 05 Banská Bystrica
jarmila.bramuskova@szu.sk

STAROSTLIVOSŤ O ÚSTNU DUTINU PACIENTOV NA UMELEJ PĽÚCNEJ VENTILÁCII

Ľudmila Andraščíková¹, Kateřina Pelcová²

¹Fakulta zdravotníckych odborov Prešovskej univerzity v Prešove, Katedra dentálnej hygieny

²Stomatologie Šumice, s.r.o.

Súhrn: Kriticky chorí pacienti hospitalizovaní na anestéziologicko-resuscitačnom oddelení sú okrem iného ohrození aj narušením orálneho zdravia a vznikom ochorení ústnej dutiny. Aj v súčasnosti je u pacientov v intenzívnej starostlivosti často podceňovaná kvalitná ústna hygiena. Príčinou je buď nedostatočná pozornosť venovaná starostlivosti o ústnu dutinu zo strany ošetrojúceho personálu, nízka úroveň informovanosti sestier o možnostiach starostlivosti o ústnu dutinu pacienta na umelej ventilácii (UPV) alebo strata priority v starostlivosti o orálne zdravie pacienta na UPV. Správnymi postupmi starostlivosti o ústnu dutinu pacienta na UPV je možné skrátiť dĺžku hospitalizácie, predchádzať vzniku infekcií, nozokomiálnych nákaz ventilátorovej pneumónie, a následne znížiť náklady na zdravotnú starostlivosť pacienta. Cieľom štúdie je porovnať úroveň informovanosti ošetrojúceho personálu o význame a postupoch starostlivosti o ústnu dutinu pacienta na UPV na anestéziologicko-resuscitačnom oddelení vo vybraných štátnych a neštátnych zdravotníckych zariadeniach v Českej republike. Prostredníctvom dotazníka sme zisťovali úroveň informovanosti sestier pracujúcich na anestéziologicko-resuscitačných oddeleniach o potrebe a možnostiach starostlivosti o ústne zdravie pacientov na UPV, ako aj záujem personálu o vyššie uvedenú problematiku. Získané výsledky poukazujú na odlišnosti v starostlivosti o orálne zdravie pacientov na UPV. Ošetrojúci personál vyjadril záujem o získanie informácií v starostlivosti o ústnu dutinu pacientov v intenzívnej starostlivosti. Výsledky prieskumnej štúdie môžu byť podkladom pre prípravu odborných školení v predmetnej téme, ako aj vypracovanie návrhov na zmenu v ošetrovateľských postupoch s cieľom zachovať čo najvyššiu možnú mieru orálneho zdravia pacientov na UPV.

Kľúčové slová: *Umelá pľúcna ventilácia. Pacient. Intenzívna starostlivosť. Orálne zdravie. Ochorenia ústnej dutiny.*

Care for oral cavity of patients on artificial pulmonary ventilation

Summary: Severely ill patients hospitalized at anaesthesia-resuscitation department are endangered, among other things, by oral health disorder and rise of oral cavity disorders. Even today, the quality oral hygiene in intensive care patients is often underestimated. The causes are either insufficient treating personnel attention to oral cavity care, or low nurses' awareness of possibilities how to care for oral cavity of patients on artificial pulmonary ventilation (APV), or loss of priority in care for oral health of APV patients. Appropriate procedures of APV patient oral cavity care might shorten hospitalization time, prevent infection rise, rise of nosocomial infections of ventilator-associated pneumonia, and consequently reduce costs of patient health care. The aim of the study is to compare the level of treating personnel awareness of significance and procedures of anaesthesia-resuscitation APV patient oral cavity care in selected public and private facilities in the Czech Republic. Using a questionnaire, we were finding out nurses working at anaesthesia-resuscitation department awareness level of need and possibilities of APV patient oral health care, as well as their interest in this issue. Obtained results show differences in care for APV patient oral health. Treating personnel expressed their interest in gaining information on intensive care patients' oral health. The results of the research study might serve as a groundwork for preparation of professional schoolings on the topic, as well as elaboration of suggestions for change in treating procedures with the purpose of maintaining the highest possible level of APV patient oral health.

Key words: *Artificial pulmonary ventilation. Patient. Intensive care. Oral health. Oral cavity disorders.*

Úvod

Jednou z najdôležitejších a nevyhnutných činností na anesteziologicko-resuscitačnom oddelení pri zaisťovaní dýchacích ciest u pacientov v intenzívnej starostlivosti je umelá pľúcna ventilácia. Cieľom je obnova transportu kyslíka ku tkanivám s elimináciou oxidu uhličitého z tela von. Zabezpečenie dýchacích ciest môže mať invazívnu alebo neinvazívnu formu. Pri invazívnom spôsobe zabezpečenia dýchacích ciest ide o tracheálnu intubáciu, tracheostómiu, koniopunkciu alebo koniotómiu (Klimešová, Klimeš, 2011; Ševčík a kol., 2014). Invazívne zaistenie dýchacích ciest so sebou prináša vysoké riziko vzniku poškodenia, poranenia a vzniku infekcie nielen v ústnej dutine, ale aj v dolných dýchacích cestách. Nedostatočnou starostlivosťou o ústnu dutinu dochádza ku kumulácii zubného plaku v ústach, premnoženiu patogénnych baktérií a k vysokému riziku vzniku ventilátorovej pneumónie (Sedwick, 2012).

Gajdošová a kol. (2015) poukazuje na skutočnosť objavenia nového orgánu v tele človeka – mikrobióm, ktorý obsahuje miliardy baktérií. Tie sa kolonizujú od narodenia, sú jedinečné a rozličné u každého jedinca. Baktérie a ľudský organizmus by mali mať medzi sebou symbiotický vzťah, keďže podľa Kumara a kol. (2015) a Marsha a kol. (2015) sa mikrobióm podieľa na rozvíjaní hostiteľovej imunity. Symbiotický vzťah medzi hostiteľom a baktériami môže byť narušený vplyvom vnútorných alebo vonkajších podmienok ako je vek, stav imunitného systému, celkový zdravotný stav, antibiotická liečba, stav ústnej hygieny a stav chrupu, užívanie liekov, spôsob stravovania či fajčenie.

Mikrobiologické osídlenie ústnej dutiny určuje či je mikrobióm fyziologický alebo patologický, čo sestre a ošetrojúcemu personálu pomáha stanoviť správny postup starostlivosti buď o zdravú ústnu dutinu, alebo zvoliť špecifickú starostlivosť o ústnu dutinu. Význam starostlivosti o ústnu dutinu pacienta na umelej pľúcnej ventilácii (UPV) potvrdzuje aj fakt, že iba 20 % plochy ústnej dutiny tvoria zuby a až 80 % plochy ďasná, jazyk, sliznice, podnebie. Kovaľová a kol. (2017) charakterizuje zubný mikrobiálny povlak ako mäkký nános mikroorganizmov na povrchu zubov a ich náhrad, ktorý sa nedá vypláchnuť, len mechanicky odstrániť. Čím viac povlak hrubne, množia sa v ňom anaeróbne baktérie, pričom dochádza k následnej kolonizácii ďalších častí v ústnej dutine. Produkty baktérií poškodzujú okolité tkanivá. Narúšajú aj povrch stien ciev v závesnom aparáte zubov, čím sa následne dostávajú do celého tela.

Pacienti napojení na UPV sú ohrozovaní ventilátorovou pneumóniou, keďže hromadiaci orálny biofilm sa stáva rezervoárom pre potencionálne respiračné patogény (*Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, *Enterobacter cloacae*, *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli*), ktoré sa bežne v ústach nenachádzajú (Ewan a kol., 2015; Shay a kol., 2005; El-Sohl AA., 2011). Riziko nastáva už po 24 až 48 hodinách bez mechanického odstraňovania zubného povlaku. Ošetrovateľská starostlivosť má zahŕňať starostlivosť o ústnu dutinu, aby sa zabránilo vzniku aspiračnej ventilátorovej pneumónii, ktorá aj v súčasnosti predstavuje najčastejšiu nozokomiálnu nákazu u pacientov hospitalizovaných na jednotkách intenzívnej starostlivosti. Od ošetrojúceho personálu tiež závisí, do akej miery sa bude zvyšovať riziko komplikácii UPV. Znalosť správnych postupov ošetrovania ústnej dutiny pacientov na UPV ošetrojúcim personálom je základným predpokladom úspešnej prevencie vzniku ventilátorovej pneumónie a vzniku možných negatívnych dôsledkov na priebeh hospitalizácie, ako aj celkový zdravotných stav pacienta.

Ciele štúdie

Hlavným cieľom štúdie bolo porovnať úroveň informovanosti ošetrojúceho personálu o význame a postupoch starostlivosti o ústnu dutinu pacienta na UPV na anesteziologicko-resuscitačnom oddelení vo vybraných štátnych a neštátnych zdravotníckych zariadeniach v Českej republike. Následne sme zisťovali záujem ošetrojúceho personálu o získavanie nových aktuálnych poznatkov z oblasti starostlivosti o ústnu dutinu pacienta a vplyve orálneho zdravia na zdravotný stav pacienta na UPV.

Metodika

Zber údajov bol realizovaný prostredníctvom anonymného dotazníka vlastnej konštrukcie, v ktorom boli použité otvorené a uzavreté otázky. Respondenti mali možnosť výberu z viacerých možností. Zber údajov prebiehal elektronicky v termíne od 1.12.2018 do 1.2.2019 pomocou programu Survio. Štatistické spracovanie výsledkov bolo realizované metódou popisnej štatistiky v programe STATISTICA CZ 12.

Materiál – súbor

Výber respondentov bol zámerný. Kritériom výberu bola ochota spolupracovať a aktuálny výkon sesterského povolania v intenzívnej starostlivosti. Prieskumnú vzorku tvorilo 110 respondentov (sestier). Prieskumnej štúdie sa zúčastnilo 90,4 % (n = 100) žien a 9,6 % (n = 10) mužov, pričom išlo o 36 % (n = 40) respondentov pracujúcich v štátnych nemocniciach a 64 % (n=70) v ostatných typoch nemocníc. V štátnych nemocniciach prevláda rozmedzie praxe 11 až 20 rokov, konkrétne 35 % (n = 14), v ostatných typoch najviac (40 %; n=28) prevláda dĺžka praxe 6 až 10 rokov. Najčastejšie vekové rozmedzie respondentov je 30 až 40 rokov. V štátnych nemocniciach malo vysokoškolské vzdelanie 1. stupňa (bakalár) 10,30 % (n = 4) a 2.stupňa 15,40 % (n = 15) opýtaných. V ostatných typoch nemocníc dosiahlo vysokoškolské vzdelanie 1. stupňa 21,3 % (n = 22) a 2.stupňa 12,2% (n = 12) respondentov. V tomto type nemocníc pracovalo 22,3 % (n = 22) sestier s vyšším odborným vzdelaním.

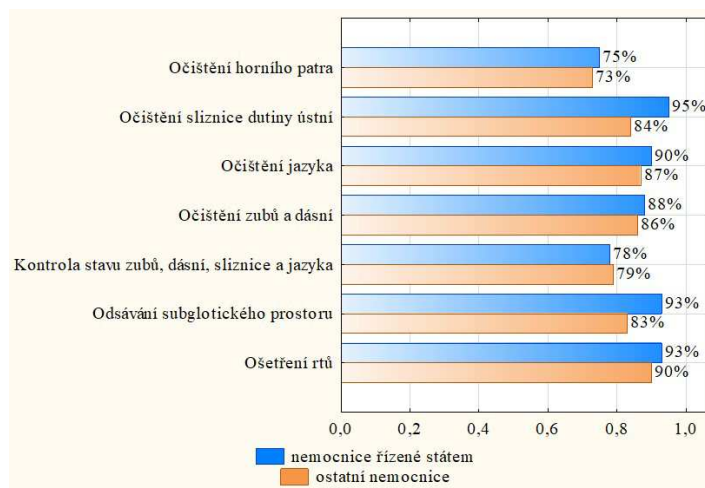
Výsledky

Takmer všetci respondenti sa zhodli na nevyhnutnosti vykonávania kvalitnej starostlivosti o ústnu dutinu pacientov na UPV a uvedomovali si prípadný negatívny dopad na celkový priebeh hospitalizácie pri nevhodných postupoch, či prípadných komplikáciách v zmysle ventilátorovej pneumónie.

V štátnych nemocniciach 75% (n = 35) opýtaných reflektuje prítomnosť ošetrovateľského štandardu špecifickej starostlivosti o ústnu dutinu. Naopak, 26 % (n = 10) respondentov uviedlo, že o ošetrovateľských štandardoch nevie alebo ani neexistujú. V ostatných typoch nemocníc sme zaznamenali horšie výsledky, pretože až 55 % (n = 38) o ošetrovateľskom štandarde k starostlivosti o ústnu dutinu nevie.

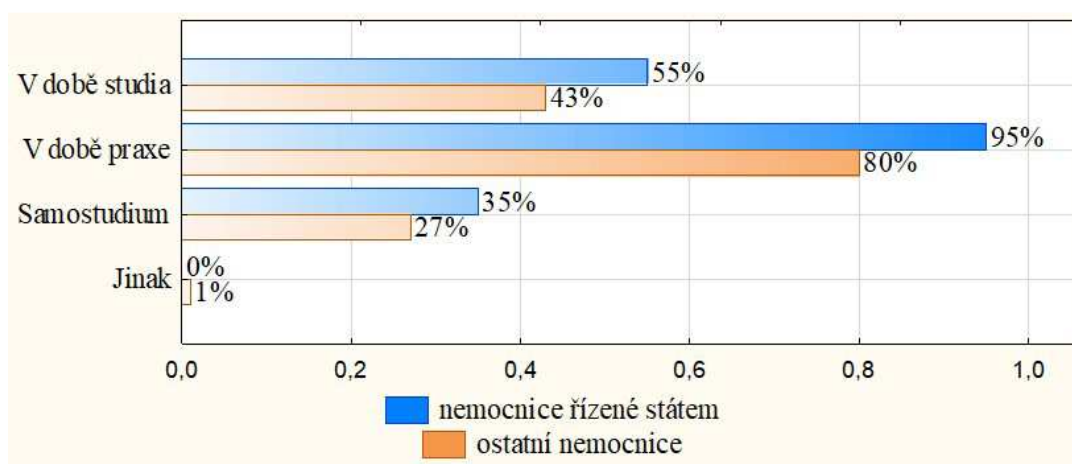
V ďalšej položke sme sa zameriavali na zisťovanie rozdielov v postupoch špecifickej starostlivosti o ústnu dutinu pacienta na UPV v intenzívnej starostlivosti (graf 1).

Graf 1 Porovnanie postupov ošetrujúceho personálu pri starostlivosti o ústnu dutinu



Z výsledkov vyplýva, že pri určitých postupoch ako je čistenie podnebia, jazyka alebo ošetrovanie pier nie sú u ošetrojúceho personálu v skúmaných typoch nemocníc veľké rozdiely. Avšak mierne rozdiely sú v čistení sliznice ústnej dutiny, kde v štátnych nemocniciach sa uvedenej činnosti venuje 95 % (n = 67) respondentov a v ostatných typoch nemocníc 84 % (n = 33) respondentov. Podobné rozdiely sú pri odsávaní subglotického priestoru, ktorý potvrdil lepšie skóre pre štátne nemocnice (93% štátne nemocnice, 83 % neštátne nemocnice).

Graf 2 Prehľad foriem získavania nových poznatkov o špecifickej starostlivosti o ústnu dutinu



Prevažná väčšina ošetrojúceho personálu - 95 % v štátnych nemocniciach a 80 % v neštátnych nemocniciach uvádza, že vedomosti k špecifickej ošetrovateľskej starostlivosti získali počas získavania odbornej praxe. Formu samoštúdia k uvedenej problematike využíva iba 35 % (n = 25) opýtaných zo štátnych nemocníc a iba 27 % (n = 11) z neštátnych nemocníc).

Záujem o získavanie nových poznatkov a zručností k problematike špecifickej starostlivosti o ústnu dutinu pacientov na UPV jednoznačne prejavilo 24 % (n = 17) opýtaných zo štátnych nemocníc a 31,4 % (n = 13) z neštátnych nemocníc. Z uvedených výsledkov vyplýva, že ošetrojúci personál z oboch skúmaných typov nemocníc má vysoký záujem o zvýšenie poznatkov k špecifickej starostlivosti o ústnu dutinu pacienta na UPV vzhľadom na to, že až 61,6 % respondentov z oboch typov nemocníc si uvedomuje priamu súvislosť medzi ochoreniami ústnej dutiny a vznikom ventilátorovej pneumónie. Rovnaký názor na vznik zubného kazu a parodontitídy vplyvom nedostatočnej starostlivosti o ústnu dutinu pacientov na UPV má 78 % respondentov zo štátnych nemocníc a 75 % z ostatných typov nemocníc. Zaujímavosťou sú výsledky informovanosti respondentov o vplyve kvality starostlivosti o ústnu dutinu pacienta na UPV na vznik rôznych ochorení. Až 97 % opýtaných zo štátnych nemocníc a 99 % z neštátnych nemocníc disponuje informáciami o priamom súvisi nízkej kvality starostlivosti o ústnu dutinu pacienta na UPV na vznik parodontitídy a aterosklerózy, cievnej mozgovej príhody či endokarditídy.

Diskusia

Starostlivosť o ústnu dutinu u pacientov na UPV na anestéziologicko-resuscitačných pracoviskách predstavuje elementárnu úlohu v prevencii vzniku patologických zmien v ústnej dutine a pri prevencii vzniku infekčnej ventilátorovej pneumónie (Bartůnek a kol., 2016). Prítomnosť precízne vypracovaných ošetrovateľských štandardov na pracovisku je neoddeliteľnou súčasťou riadenia systému kvality poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti a prostriedkom k jej neustálemu zvyšovaniu. Ošetrovateľský štandard zároveň slúži ako podklad k realizácii auditov. V našej štúdii výsledky poukazujú na fakt, že na pracoviskách sú vo väčšine prípadov prítomné ošetrovateľské

štandardy k špecifickej starostlivosti o ústnu dutinu pacienta na UPV, avšak 68 % zo všetkých opýtaných respondentov u oboch typov skúmaných zdravotníckych zariadení štandardy buď nereflektuje na svojom pracovisku alebo ani nevie o ich existencii.

Mierne rozdiely sa vyskytujú aj v jednotlivých potrebných postupoch pri ošetrovaní ústnej dutiny pacienta na UPV. Vytejková (2011) zdôrazňuje význam starostlivosti o subglotický priestor ako hlavný činiteľ pri prevencii vzniku zápalových komplikácií u pacienta na UPV. Našou štúdiou poukazujeme na skutočnosť, že práve v uvedenej oblasti sú rozdiely v postupe ošetrojúceho personálu v štátnych a neštátnych nemocniciach. Rozdiely nachádzame aj pri kontrole slizníc, jazyka, zubov a ich náhrad, ale aj v čistení podnebia ústnej dutiny.

Osídlenie ústnej dutiny závisí od mnohých faktorov ako je vek, pohlavie, stav chrupu, celkový zdravotný stav, výživy, užívania liekov a hygieny ústnej dutiny. Baktérie v orálnom mikrobióme sa pri premnožení v zubnom povlaku aktívne podieľajú na vzniku gingivitídy, rozvoja paradontitídy, vzniku zubného kazu a ochorení slizníc či jazyka. V zmysle systémových ochorení sa podieľajú na vzniku alebo zhoršovaní celkových ochorení ako je diabetes mellitus, kardiovaskulárne ochorenia, pneumónia, poruchy imunity, renálnej insuficiencii, vzniku septického stavu (Kovaľová a kol., 2017; Norman a kol., 2014). V našej štúdii výsledky poukazujú na mierne rozdiely v názoroch vplyvu úrovne kvality ošetrovateľskej starostlivosti o ústnu dutinu pacienta na UPV na vznik patologických zmien v ústach (gingivitída, paradontitída, zubný kaz) a ich prípadný vplyv na celkové ochorenia. Pozornosť zameriavame na fakt, že vysoké percento opýtaných vie o vplyve ochorení v ústnej dutine a narušenej symbióze v orálnom mikrobióme na priebeh celkových ochorení ako ateroskleróza, zhoršená imunitná obrana, vznik septického stavu či renálnej insuficiencie.

Vysoký počet respondentov v našej štúdii prejavil záujem o zvyšovanie si informácií o problematike kvalitnej ošetrovateľskej špecifickej starostlivosti o ústnu dutinu pacienta na UPV. Domnievame sa, že si uvedomujú medzery vo vedomostiach a niektorých nedostatkoch v postupoch pri poskytovaní intenzívnej ošetrovateľskej starostlivosti o dutinu ústnu u pacienta na UPV.

Na základe vyššie uvedených výsledkov možno konštatovať, že starostlivosť o ústnu dutinu pacienta na UPV má svoje významné miesto a je čoraz viac aktuálnejšou témou. Vedomosti ošetrojúceho personálu v štátnych a neštátnych nemocniciach o problematike starostlivosti o ústnu dutinu pacientov na umelej pľúcnej ventilácii má niekoľko nedostatkov a medzier. Avšak aktívny záujem ošetrojúceho personálu o zvyšovanie si poznatkov v uvedenej oblasti, vypracovanie a dodržiavanie ošetrovateľských štandardov o špecifickej starostlivosti o ústnu dutinu pacienta na UPV zabezpečí čoraz vyššiu kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti, zmierni negatívne následky UPV a dokáže predchádzať ďalším komplikáciám. Pre personál je vhodné nadviazať spoluprácu s dentálnou hygieničkou, ktorá dokáže pomôcť k zvyšovaniu vedomostí a praktických zručností v starostlivosti o ústnu dutinu pacientov na UPV.

Záver

V intenzívnej ošetrovateľskej starostlivosti na anestéziologicko-resuscitačných pracoviskách v štátnych i neštátnych nemocniciach existujú mierne rozdiely v postupoch pri poskytovaní špecifickej ošetrovateľskej starostlivosti o ústnu dutinu pacienta na UPV, aj napriek novej využiteľnosti ošetrovateľských štandardov. Ošetrojúci personál z našej štúdie si uvedomuje dôsledky narušeného orálneho zdravia počas UPV, ale skôr s výskytom ventilátorovej pneumónie ako ďalšími možnými vplyvmi na celkové zdravie či výskytom zmien priamo v ústnej dutine. Aj napriek uvedeným výsledkom z našej štúdie je pozitívne, že ošetrojúci personál má záujem zvýšiť si vedomosti a zručnosti aj v oblasti orálneho zdravia u pacientov na UPV. Zvyšovaním informovanosti všetkých členov ošetrovateľského tímu o orálnom zdraví a jeho vplyve na zdravotný stav či dĺžku hospitalizácie možno zvýšiť kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti u pacientov na umelej pľúcnej ventilácii. Priamoúmerne tomu dokážeme znížiť riziko vzniku ventilátorovej pneumónie a ďalších komplikácií. Organizáciou vzdelávacích aktivít, školení, seminárov či účasťou na odborných konferenciách je

možné šíriť odborné informácie o správnych postupoch vedúcich ku kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti a udržaniu orálneho zdravia u pacientov na UPV.

Použitá literatúra

BARTŮNĚK, P., JURÁSKOVÁ, D., HECZKOVÁ, J., NALOS, D. (2016). *Vybrané kapitoly z intenzívnej péče*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2016, 172 s. ISBN: 978-80-274-4343-1.

GAJDOŠOVÁ, M., VOCHYÁNOVÁ, Z., OSTRÁ, V., GREC, R., HLOUCHOVÁ, D., PTÁČKOVÁ, V. *Mikrobiom-antibiotika, probiotika a prebiotika v běžné lékařské praxi*. Verzia 02 (2015) posledná aktualizácia 1.9.2015. [cit. 2019-13-07]. Dostupné na internete: <<<http://www.docplayer.cz/21351302-M-i-k-r-o-b-i-o-m-antibiotika-probiotika-a-prebiotika-v-bezne-lekarenske-praxi-zari-2015.html>>>.

EL-SOLH, AA. *Association Between Pneumonia and Oral Care in Nursing Home Residents*. *Lung*. Posledná aktualizácia 10.07.2011. [cit. 2019-14-07]. Dostupné na internete: <<http://www.pubfacts.com/detail/21533635/Association-between-pneumonia-and-oral-care-in-nursing-home-residents>>.

EWAN, VC., SAILS, AD., WALLS, AWG., RUSHTON, S., NEWTON, JL. *Dental and Microbiological Risk Factors for Hospital-Acquired Pneumonia in on-Ventilated Older Patients*. *Plos ONE*, 2015, 10, Vol. 4. Posledná aktualizácia 20.04.2015. [cit. 2019-15-07]. Dostupné na internete: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4414413/>>.

KLIMEŠOVÁ, L., KLIMEŠ, J. (2011) *Umělá plicní ventilace*. Brno: NCONZO, 2011, 110 s. ISBN 978-80-7013-538-9.

KUMAR, PS., MASON, MR. *Mouthguards: doas the indigenous microbiome play a role in maintaining oral health? In Frontiers in Cellular and Infection mikrobiology*. Posledná aktualizácia 06.05.2015. [cit. 2019-14-07]. Dostupné na internete: <<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fcimb.2015.00035/full>>

MARSH, PD., HEAD, DA., DEVINE, DA. *Ecological Approaches to Oral Biofilms: Control without Killing*. *In Caries Research*. . Posledná aktualizácia 13.04.2015. [cit. 2019-16-07]. Dostupné na internete: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25871418>>.

NORMAN, O. H., FRANKLIN, G-G., CHRISTINE, N. N. (2014) *Pearson new international edition*. 1. vyd., England: Pearson, 2014, 796. ISBN 1-292-04061-0.

SHAY, K., SCANNAPIECO, FA., TERPENNING, M., SMITH, BJ., TAZLOR, GW. *Nosocomial Pneumonia and Oral Health. Special Care in Dentistry*. [online]. Sv. 25, 4, stránky 179-187. Posledná aktualizácia 07.-08.2005. [cit. 15.07.2019] Dostupné na internete: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16295222>>

SEDWICK, M.B., a kol. *Using evidence-based practice to prevent ventilator-associated pneumonia*. *Critical Care Nurse*, 2012 Aug; 32 (4): 41-51. [cit. 14. 07. 2019]. Dostupné na internete: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22855078>>.

ŠEVČÍK, P. a kol. (2014) *Intenzívnej medicína*. Praha: Galén, 2014, 1195 s. ISBN 978-80-7492-06-60.

VYTEJČKOVÁ, R., SEDLÁŘOVÁ, P., WIRTHOVÁ V., a kol. (2011) *Ošetrovateľské postupy v péči o nemocné I*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011, 228 s. ISBN 978-80-247-3419-4.

Korespondence:

PhDr. Bc. Ľudmila Andraščíková, MBA
Fakulta zdravotníckych odborov Prešovskej univerzity v Prešove, Katedra dentálnej hygieny
Partizánska 1, 080 01 Prešov
Slovenská republika
Email: ludmila.andrascikova@unipo.sk

Bc. Kateřina Pelcová, DiS.
Stomatologie Šumice, s. r. o.
Šumice 400, 687 31 Šumice
Česká republika
Email: KaterinaBuchtikova@seznam.cz



PAMĚŤ JAKO NAŠE NEJVĚTŠÍ BOHATSTVÍ

PhDr. Martina Muknšnábllová

Vyšší zdravotnická škola MILLS Čelákovice

„V životě zapomínáme mnohem více věcí, než bychom si chtěli zapamatovat.“

Lech Przewczek

Souhrn: Paměť je složitý mentální proces, při němž je aktivováno několik částí mozku, označovaných jako paměťové systémy. Zásadní vlastností paměti je její nadčasovost, kdy paměť spojuje minulost (zážitky a vzpomínky), současnost (naše aktuální konání) a budoucnost (promyšlenost a plánování jednání). Délka uchované informace v paměti může být od několika milisekund až po mnoho let, dle preference poznatku a připravenosti mozkové tkáně. Informace může být neustálým opakováním uchována i v rámci krátkodobé paměti, ale u dlouhodobé paměti je informace zpracována zakódováním a strukturalizací. Paměť se v průběhu vývoje člověka mění, horizont překlenutí pozitivního vývoje je individuální, záleží zejména na zdravotní kondici jedince a dlouhodobé trénovanosti mozkových funkcí.

Klíčová slova: paměť, zapomínání, kognitivní kondice, mozkové struktury

Summary: *Memory is a complex mental process during which several parts of the brain called memory systems are activated. The crucial attribute of the memory is its timelessness as memory connects past (experience and memories), present (our current activities) and future (planned activities). Time interval for which information is stored may differ from few milliseconds to many years according the priority of the information and readiness of the brain tissue. Information may be preserved via repetition even within short-term memory but at long-term memory it is being process via encoding and structuring. Memory changes within human's life, the horizon of positive development is individual, depending mainly on the individual's health condition and long-term training of brain functions.*

Key words: *memory, forgetting, cognitive condition, brain structures*

Úvod

Paměť neboli mnézie, z řeckého mnenie uvedl jako pojem poprvé do odborné literatury R. Semon v roce 1921. Paměť je jednou z nejdůležitějších vlastností nervového systému a interaktivní součástí všech kognitivních funkcí lidského organismu. Bez paměti není člověk schopen se začlenit do fungující společnosti a tedy ani přežít. Paměť je nezastupitelnou schopností, jelikož doprovází všechny naše činnosti (nejen ty intelektuální). D. Esquirol na začátku 19. století označil paměť za jediné bohatství, které člověk má. Paměť zásadně rozhoduje o úspěšnosti a bezpečnosti jedince na základě reakce na aktuální časovou a prostorovou příslušnost pramenící ze zapamatování si minulých obdobných zkušeností. Zapamatováním si pro život důležitých informací je podmínkou pro možnost orientovat se v prostředí, adaptovat se na změny a řešit problémy.

Dělení paměti podle typu ukládané informace

Sluchová (zvuková, echoická), zraková (vizuální, ikonická), čichová, chuťová, hmatová (úchopová, haptická) jsou souhrnně pojmenovány jako senzorycká (získává podněty zaslané od smyslových orgánů) paměť nebo též názorně obrazná - senzomotorická paměť. Je uplatňována zejména při získávání určitých dovedností. Lokalizovaná je do nedominantní hemisféry. Čistě senzorycká, jednoduchá paměť tvá velmi krátkou dobu, jen maximálně několik vteřin (od několika milisekund

do cca 3 vteřin), pokud si ke smyslovým vjemům (např. vůním) nepřičítáme pojem nebo význam. Smyslové vjemy, které stály za naši pozornost v danou chvíli, převedeme do krátkodobé paměti (na 12 vteřin) nebo je jim věnováno tolik důležitosti, že budou moci být převedeny do dlouhodobé paměti (na dobu dle výše impulsu a frekvenci použití). Ikonická paměť je jakýsi fotoobraz toho, co jsme právě viděli. Prostřednictvím ikonické či echoické paměti vnímáme svět kolem nás jako probíhající film a nikoliv jako jednotlivé úseky děje zastavované při každém mrknutí nebo nepostřehnutí slabiky, ale díky sensorické paměti si dokážeme složit celkový obraz. Sensorická paměť nám umožňuje vnímat okolní svět jako dynamický systém nejen jako krátké útržky po sobě jdoucí. Bez ikonické paměti bychom při každém přerušení očního kontaktu ztratili souvislost, ale díky uchování sensorických informací na pár vteřin, jsme schopni zůstat v kontextu sledovaného. Velký vliv na zapamatování senzomotorických vjemů má představivost. Ikonickou paměť se zabýval experimentálně např. G. Sherling (1960), který prokázal závislost úspěšnosti zapamatovaného na celkovém počtu nabízených informací k zapamatování, kdy neplatí, že čím více informací nabízených, tím více zapamatovaných, neboli existuje kapacita pro krátkodobou paměť, vstřípení podnětů (jen nejvýše dvanáct položek na dobu 500 ms).

Slovně logická paměť je lokalizována do dominantní hemisféry mozku. Má zásadní význam pro osvojování nových vědomostí. Vstupními informacemi jsou slova, která jsou pomocí logických myšlenkových pochodů specifikována a následně zařazena na odpovídající místo.

Velmi zřídka se vyskytuje čistě názorně obrazná paměť nebo slovně logická. Většinou se jednotlivé druhy paměti kombinují, jelikož i typů impulsu k jednotlivé informaci může přicházet více najednou (informaci současně slyšíme i vidíme nebo je dokonce součástí naší vlastní činnosti atd.). U smíšených podob paměti je zvýšený předpoklad pevnější paměťové stopy a tedy trvalejšího uchování poznatku. Proto je vhodné při záměrného zapamatování využít více smyslových receptorů (přijímačů informací) najednou.

Druhy paměti podle délky

Ultrakrátká paměť

Nejkratší je paměť sensorická, ne vždy ale v sensorické paměti jde o záměr déle uchovat vjem, ale jen pochopit souvislost jevu. Ultrakrátká paměť zachytí vjem na desetinu vteřiny až několik málo vteřin, bez nutnosti uvědomění si procesu vnímání podnětu. Ultrakrátká paměť chrání náš mozek před přetížením.

Krátkodobá (operační) paměť

Do krátkodobé paměti je informace uložena zhruba na dvacet vteřin (prefrontální lalok mozku) a poté je buď zapomenuta, nebo přesunuta dle preference poznatku do dlouhodobé paměti. Krátkodobou paměť člověk využívá jen pro okamžité použití získané informace. Rozsah položek je individuální, ale většinou se u zdravého dospělého jedince dle výzkumů George Millera (1956) pohybuje mezi pěti až devíti položkami k zapamatování. Ovšem Cowan (2000) Millerovo magické číslo sedm snížil, popsal menší průměrnou kapacitu lidské krátkodobé paměti, uvádí průměr 4 (2-6 položek). Délka krátkodobé paměti je dána dobou dráždění mozkových neuronů elektrickou aktivitou vzniklou impulzem z receptoru smyslového orgánu. Elektrickou aktivitou se mění napětí nervového vlákna i membrány neuronu. Při krátkodobé paměti neurony nemanipulují s informacemi. Při uchování informací se odlehčuje kapacitě neuronů vyřazením předchozí nedůležité informace, tzv. princip přepisu předchozích informací. Při krátkodobé paměti nemusí dojít k otisku vlivem příchodu dalších informací, pokud ty předchozí nebyly identifikovány, zakódovány. Při edukaci je tedy nezbytné ponechat mozku čas na odpovídající zařazení v souvislostech (vytvoření vazeb) a toto umístění podpořit opakování. Důležité je množství nových informací regulovat dle probíhajícího paměťového procesu, jelikož nově přicházející informace ještě před ukotvením předchozí může původní informaci vytěsnit nebo výsledek zneprávesnit, poznatky budou uloženy ne v odpovídajících

souvislostech, chaoticky a následně může dojít při jejich použití v myšlenkových pochodech k chybné interpretaci (efektu nepochopení) a kvalita je snižována.

Seskupováním individuálních položek do sourodých skupin (angl. nazývaných chunks) lze i kapacitu krátkodobé paměti zvýšit. Každý jedinec si může najít svůj postup, jak si zapamatovat více informací najednou, např. že si je poskládá ve virtuální příběh atd., využívá se tak důležitá vlastnost paměti – kontinuitnost neboli průběžnost, kdy potřebujeme, aby spoje jednotlivých položek si byly blízké v neurální síti. Jedinec si většinou převede izolovaná písmena nebo čísla do nějakých podobností dle své profesního nebo jiného osobního zaměření, prováděny byly mnohé výzkumy se zvyšováním paměti na základě vzniku štěpů. Gobet a Simon (1996) uvedli navýšení kapacity paměti u šachových mistrů až na padesát tisíc používaných štěpů. Kalakoski a Saariluoma (2001) popsali sledování paměti u různých profesí a v zapamatování ulic si vedli nejlépe taxikáři, jelikož pravděpodobně měli nejlepší systém na štěpení dle svých zkušeností. Neustálým opakováním lze uchovat informaci v krátkodobé paměti na neomezenou dobu. Pro dlouhodobější zapamatování je ale potřeba impulz znovu vyvolat (aktivovat neurony k zopakování akce a dokončení děje s ukládáním). Nebo je pro potřebu nezapomenout danou informaci hned po 12-20 vteřinách, si ji stále alespoň potichu opakovat (přeřikávat), abychom využili krátkodobou paměť několikrát po sobě, než např. požadované pořadí čísel napíšeme na papír a potom již můžeme čísla zapomenout. Toto tzv. mechanické opakování doporučoval již Hermann Ebbinghaus (1885), čímž lze informaci i s využitím krátkodobé paměti podržet na neomezený čas. Délku krátkodobé paměti lze prodloužit i délkou expozice a tím zajištění trvalejší, pevnější fixace otisku obrazu do paměti, čímž se krátkodobá paměť postupně dostává do střednědobé až dlouhodobé. Krátkodobá paměť je velmi ovlivněna našim vědomím. Kapacita krátkodobé paměti nás chrání před zaplněním paměti všemi vjemy v minulosti a tím by docházelo ke zmatenosti, jelikož by naše myšlení bylo rušeno mnoha relativními souvislostmi, obdobně jako u rozptylování schizofreniků.

Krátkodobá paměť je oproti dlouhodobé nejen kratší, ale také zranitelnější. Při manipulaci s ní se mění na paměť pracovní, se kterou když dále pracujeme, tak se postupně mění v dlouhodobou. V pracovní paměti se pracuje jak s informacemi aktuálně vštípenými tak s těmi z dlouhodobé paměti. Pracovní systém jako inteligentní celek je vysoce adaptabilní. Tento druh paměti je nezbytný pro inteligentní zpracování přicházejících impulzů a reakce na ně. Je velmi důležitá pro myšlení. Pracovní paměť zpracovává impulzy fonologické (zvukové řečové i neřečové informace zpracované v levé části mozku) a zrakově prostorové (zpracované v pravé části mozku, týlní, temenní a spánkové laloky). Další složkou pracovní paměti je centrální výkonnostní část (čelní laloky mozku – ke koordinaci více úloh současně, přesun pozornosti, útlum méně důležitých informací) zajišťující integraci fonologické a vizuální k vytvoření celkového reálného objektu. Nejen proto při zátěži jen např. vizuální paměti dojde stejně k aktivaci většího korového rozsahu.

Střednědobá paměť

Střednědobá paměť uchová informaci až na 20 minut. Jde o přechod mezi krátkodobou a dlouhodobou pamětí. Dochází již ke vzniku paměťové stopy (změnami v neuronech a jejich výběžcích), která ale není příliš pevná a je nezbytné ji pravidelně upevňovat zopakováním, jinak dojde k jejímu vyhasnutí (zapomenutí). I při malém vyrušení v ukládání bude přenos nekvalitní, pozměněný nebo zcela zamítnutý, stačí např., aby se dospělý jedinec v rámci svých několika rolí a povinností se věnoval více činnostem najednou a nedojde k trvalému a silnému neurálnímu spoji v mozku.

Dlouhodobá paměť

Délka uchované informace v rámci dlouhodobé paměti může být od několika minut až po mnoho let, dle plasticity mozkové tkáně. Informace musí být vzata do kontextu s minulými uloženými poznatky. Chemické změny probíhají v jádře neuronu a vytvářejí předlohu ukládané informace. Při tvorbě paměťové stopy opakovaným upevňováním dojde k trvalejším chemickým změnám v mozkové buňce, k ukládání látek bílkovinné povahy, které trvaleji uloží otisk vštípené informace i do cytoplazmy neuronu. V rámci dlouhodobé paměti lze uložit informace na dlouhou dobu i ve velkém

množství (až 2,5 petabytů). Do dlouhodobé paměti se přepisuje informace z krátkodobé paměti při opakování a manipulaci s informací. V závislosti na funkci hipokampu, který zpracovává přicházející informace z mozkové kůry, dojde k prvotnímu dlouhodobému vstřípení za 30 minut po vjemu a opětovně a pevněji za 3-6 hodin. Informace se kódují do podoby mentálních poznatků, sémanticky (dle významu pojmu). Uložení je na krátkou dobu do hipokampu (klíčový uzel paměti, tvoří vnitřní dolní část spánkového laloku) za současného působení amygdaly (nakupení šedé kůry mozkové pod kůrou spánkových laloků, její neurony vykazují zvýšenou aktivitu při učení spolu s emocemi). Kvalita udržení informace je ovlivněna citovým rozpoložením jedince. Pokud mozek vygeneruje potřebnost daného poznatku za dva až čtyři týdny dojde k jeho přeložení a ještě trvalejšímu umístění do mozkové kůry ve formě paměťového zápisu (v podobě další chemické změny v neuronu). Jednotlivé korové oblasti si stopu uloží dle jejich zaměření. Přenos informace z krátkodobé do dlouhodobé paměti (transmisí) zajišťuje limbický systém. Na základě dlouhodobé paměti lze provádět efektní myšlenkové pochody. Informace v dlouhodobé paměti vydrží déle, pokud je vkládáme postupně s dostatečným časem na zpracování. Kvantita i kvalita zapamatovaného není stejná, pokud si položky k zapamatování snažíme vstřípit všechny najednou nebo pokud si je rozdělíme do několika celků, i když se výsledný počet hodin věnovaných učení shoduje, tzv. efekt rozložení.

K zapomínání dochází fyziologicky či patologicky ve všech fázích paměti (při vstěpování, ukládání či vybavování). Při zapomínání nedokážeme zachovat vlastnosti objektu, mění se nebo zcela ztrácí přesnost iniciálního vjemu či myšlenkové operace. Ebbinghausova křivka (1885) ukazuje na největší díl zapomenutých informací v první hodině po vstěpování a následujících devět hodin, poté se proces stabilizuje a příliš mnoho informací již nezapomeneme. Ovšem záleží na řadě dalších okolností, prioritě a preferenci poznatku atd. V rámci dlouhodobé paměti tedy nelze stále uchovat vše a nepodstatné informace přirozeně zapomínáme, často přepíšeme jiných více důležitých. D. Rubin prokázal, že v dlouhodobé paměti zapomeneme nejvíce informací v prvních dvou až třech letech po vstěpování. H. P. Bahrick (1984) vytvořil termín – permastorní poznatky neboli poznatky uloženy na téměř natrvalo, podmínkou je ale velká důležitost informace nebo neobvyklá důslednost při učení, např. za nestandardních podmínek. Z řady informací si pamatujeme nejlépe průměrně 5 posledních položek, z důvodu jejich nedávného vnímání. O něco méně si pamatujeme ty počáteční položky, ale jelikož na počátku je pozornost nejvyšší, pamatujeme si jich stále více než těch položek prostředních (tzv. Jostův princip neboli postremita).

Druhy paměti podle typu informace

Deklarativní (explicitní) paměť

Deklarativní paměť zahrnuje poznatky z vlastních životních zážitků a znalosti o světě. Informace jsou ukládány do mezimozku a mediální části temporálního laloku mozkové kůry. Její součástí je také prostorová navigace. Egocentrická prostorová orientace si pamatuje rozložení subjektů v prostoru, její centrum je v temenním laloku. Zatímco allocentrická orientace využívá kognitivní mapu prostředí, vzájemné vztahy mezi subjekty, flexibilitu dynamických poznatků, je uložena ve spánkovém laloku (v hipokampu se propojí znalosti o uložení subjektu v prostoru a rozhodne se o další navigaci).

Sémantická a epizodická paměť

Sémantická paměť (encyklopedická) zahrnuje fakta o fungování světa kolem. Epizodická paměť pojímá poznatky k častým až k automatickým činnostem člověka jako např. chůze. Výsledkem epizodické jsou vykonávané činnosti, zatímco u sémantické paměti jsou to pronášená slova. Sémantická paměť je uložena v inferirolaterální části temporálních laloků. Epizodická je uložena v hipokampu a v přilehlé prefrontální a spánkové kůře. S ohledem na obrovské množství ukládaných informací je nezbytné utvořit si hierarchii a specifické řazení jednotlivých poznatků, např. utvořit skupinu názvy, definice, chemické vzorce atd., aby bylo možné využívat následně při vybavení podobnost spojů. Související poznatky se postupně skládají do určitých předepsaných postupů pro

danou záležitost. K epizodické paměti patří paměť autobiografická spojená s čistě osobními zážitky z jednotlivých vývojových období nebo na významné životní události. Zahrnuje důležité vzpomínky se souvisejícími jevy, tzv. zábleskové vzpomínky (flashbulb), kdy si jedince přesně pamatuje významný detail z nějaké vzpomínky a efekt paměťové sebereferece neboli zapamatování si souvislostí nějaké události s přímým dopadem na vlastní osobu. Paměť sémantická a epizodická se při vybavení kombinují (slučují) a zároveň jsou modifikovány minulými i nově přicházejícími. Vliv individuální důležitosti určitého poznatku pro jedince hraje tedy roli, jak dobře bude zapamatován, zkušenosti a vědomosti jedince ovlivní, jak bude informace zafixována kvalitativně i kvantitativně.

Procedurální paměť

Procedurální paměť je fylogeneticky starší než deklarativní. Uplatňuje se již v prenatálním období. Nese poznatky bez konkrétního deklarativního obsahu, vztahující k psychomotorickým cílům - k dovednostem nebo algoritmům, užívaných automaticky, podvědomě. Vyžaduje častější opakování k ukotvení (zautomatizování). Poznatky ukládané v rámci procedurální paměti se nacházejí v různých částech mozku podle vztahujících se dalších funkcí mozku (bazální ganglia, mozeček, motorická oblast). Implicitní (skrytá, předpokládaná) paměť se odehrává většinou bez aktivní účasti vědomí, je mimovolní. Paměť dovedností a návyků obsahuje poznatky k provedení senzomotorických činností respektive našich nejrůznějších dovedností (jemná i hrubá motorika). Jsou uloženy ve striatu a bazálních gangliích v mozku.

Principy zlepšování paměti:

Obecně přináší úspěch v zapamatování, pokud si abstraktnímu pojmu přiřadíme nějakou reálnou představu a poznatek má konkrétní, praktický význam.

- Mnemotechnické pomůcky – řetěz nápomocných slov (např. be fe le me pes se veze), zřymovaný text, vytvoření fiktivních celků zdánlivě nesouvisejících jednotlivých dat (vymyslet si příběh), přiřazení položky k zapamatování nějakému běžnému předmětu (pan Koleno má holou hlavu), zakomponování pojmů k zapamatování na známá místa určitého prostoru (představit si nákup v jednotlivých částech lednice), vytvoření slova z počátečních písmen nějakého souboru slov, foneticky pomocná slova,
- hledání co nejvíce souvislostí mezi poznatky, aby se nám souvislosti propojili a paměťové spoje upevnili vícenásobnou interakcí s dalšími, což zrychluje vybavení, navíc tato metoda trénuje kreativitu a myšlení
- učit se nové věci postupně, posloupně, v kratších celcích, s dostatkem odpočinku (ve spánku se vštípené informace lépe ukládají, přiřazují na odpovídající místo k podobným poznatkům)
- opakovat nejen souhrnným přeříkáním, ale především odpověďmi na logické otázky
- využívat nevědomé vstřebávání informací při zautomatizované činnosti (poslouchat text i mimovolně), mozek posléze pozná, že již danou informaci vnímal a nějakým způsobem již ukládal, takže již jen oživí a upevní spoje
- využívat při paměti již minulé poznatky a nabalovat na ně další či naopak dedukovat
- využít ke vštěpování správné denní doby dle individuální preference, ne každý je schopen si zapamatovat nové informace vnímané v noci či brzy ráno
- zajistit si dobré vnější podmínky – teplo, světlo, psychickou pohodu (v mírné formě stres paměť mírně zlepšuje, ale distres paměť výrazně tlumí)
- znát svoje přednosti i nedostatky při využití paměti a posilovat svoji paměť tréninkem. Ericsson a Chase (1982) sledovali zvýšení paměti u dvou studentů, kteří trénovali paměťovými úkoly pravidelně několikrát týdně šest měsíců a dosáhli zvýšení ze standardních sedmi číslic na osmdesát.

Závěr

Pro efektivnější využití kognitivních funkcí je důležité zvolit správnou metodu vstřebávání nových informací, nejen kdy, kde a jak, jak dlouho, s jakými přestávkami, jak často opakovat atd. Další významný vliv má i správné uspořádání nových informací k zapamatování. Kvalita paměťové stopy je daná i přesností vštěpované informace, což záleží na míře pozornosti, ovlivněné i motivací. Čím je motivace vyšší, vytvoří se paměťový otisk rychleji a trvaleji (mnohdy i bez nutnosti vícekrát opakovat). Neúspěch při potřebě využít paměť nejen snižuje prostřednictvím negativních emocí paměť při příštím použití (zhoršuje tvorbu následující paměťové stopy), ale snižuje i pozornost a tlumí myšlení.

Někdy při nepřesném vybavení si informace z paměti nemusí jít jen o změnu či poruchu paměti, mohlo vlivem snazšího zakomponování do asociační sítě dojít k tzv. rekonstrukci, kdy si poznatek dobarvíme tak, jak předpokládáme, že se děje i v realitě. Výsledek našeho vybaveného poznatku a skutečného informace se může nepatrně lišit, dle našich jiných zkušeností.

Ne vždy má ale zapomínání negativní význam. Zapomínání je do určité míry fyziologické, jelikož se tím čistí paměťová kapacita, tak aby efektivita vzniklých spojů byla maximální pro daného jedince dle jeho životních preferencí. Zapomínání v rámci zákonné (přirozené) selekce podporuje možnost přijímání nových informací. Jiná situace ovšem nastává při patologické ztrátě paměťových stop při neurologických či psychiatrických chorobách.

Literatura:

1. BOBŮRKOVÁ, E. Mozek a otisky paměti. *Sanquis*. Praha 2011, roč.11,č.95,s.70-75, ISSN 1212-6535.
2. SVOBODA, Mojmir. *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-7367-706-0.
3. STUHLÍK, Aleš., VALEŠ, Karel a kol. Učení a paměť v dynamickém světě: od percepce času, po mozkové struktury a buňky, až po neuropsychiatrická onemocnění. *Psychiatrie* 2014, roč. 18, č. 2, s. 69-76., ISSN 1211-7579
4. SLÍVA, Jiří. *Současné možnosti preventivního ovlivnění poklesu kognitivních funkcí*. [cit.11.4.2019]Dostupné na: <http://www.edukafarm.cz/data/soubory/casopisy/10/kognitivni-funkce.pdf>.
5. BROWN, Peter C., Henry L. ROEDIGER a Mark A. MCDANIEL. Nauč se to!: jak se s pomocí vědy efektivněji učit a více si pamatovat. Brno: Jan Melvil Publishing, 2017. ISBN 978-80-7555-030-9.
6. HORÁČEK, Jiří. Nové poznatky mění naše představy o fungování mozku. *Medical tribune*, 2017, roč. 13, č. 3, B1, B2. ISSN: 1214-8911.
7. KLEVETOVÁ, Dana. Aktivní posilování paměti. *Florence* 2015, roč.11 č. s.30-32, ISSN 1801-464X.
8. KOUKOLÍK, František. Lidství - neurální koreláty. Praha: Galén, 2010, ISBN 978-80-726-2654-0.
9. BENNETT, David, A. et al. Cognitive and social lifestyle: links with neuropathology and cognition in late life. *Acta Neuropathol*, 2014, roč. 127, č. 1, s. 137–150, ISSN 0001-6322.
10. BREHMER, Yvonne et. al. Plasticity of brain and cognition in older adults. *Psychological Research*. 2014 , roč. 78, č. 6, s. 790–802, ISSN 0340-0727.
11. FERREIRA, Daniel, CORREIA, Rut, NIETO, Antonieta et al. Cognitive decline before the age of 50 can be detected with sensitive cognitive measures. *Psicothema* 2015, roč. 27, č. 3, s. 216-222, ISSN 0214 – 9915.
12. SALTHOUSE, Timothy.A. When does age-related cognitive decline begin? *Neurobiology of Aging*, 2009, roč. 30, č. 4, s. 507-514, ISSN 0197-4580.
13. LACHMAN, Margie. E. et al. Frequent Cognitive Activity Compensates for Education Differences in Episodic Memory. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*.2010, roč. 18, č. 1, s. 4-10, ISSN 1064-7481.

14. LEÓN, Irene., GARCIA, Juan., TAPIA- ROLDÁN, Lola. Estimating Cognitive Reserve in Healthy Adults Using the Cognitive Reserve Scale. PLoS One. 2014, roč. 9, č. 7, ISSN 1932-6203. [cit. 2.3.2019] Dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4106838/>.

Korespondence:

PhDr. Martina Muknšnáblová

Vyšší zdravotnická škola MILLS

Nám. 5. Května 2

Čelákovice 25088

Email: m.muknsnablova@mills.cz

SCREENINGOVÉ MĚŘÍCÍ NÁSTROJE K HODNOCENÍ DELIRIA ADMINISTROVANÉ SESTROU U HOSPITALIZOVANÝCH PACIENTŮ – LITERÁRNÍ PŘEHLED

Blažena Ševčíková, Hana Matějovská Kubešová

Ústav ošetřovatelství, Lékařská fakulta, Ostravská Univerzita Ostrava, Česká republika

Souhrn: Cílem příspěvku bylo vytvořit přehled validních a reliabilních, screeningových měřících nástrojů administrovaných sestrou u hospitalizovaných pacientů. Zvoleno bylo pokročilé vyhledávání ve třech licencovaných a elektronických databázích (EBSCO, MEDLINE, PROQUEST). Zařazovací kritéria splňovalo dvacet jedna dohledaných výzkumných studií. Výzkumné studie se zabývaly predikční validitou deseti screeningovými měřícími nástroji pro hodnocení deliria administrovaných sestrou. Nejlepší hodnoty predikční validity s hodnotami senzitivity od 32 % do 100 % a specifity od 83 % do 100 % vykazoval měřící nástroj The Nursing Delirium Screening scale (Nu-DESC). Reliabilita tohoto nástroje měla nejvyšší hodnotu 0,94. Následovaly měřící nástroje Delirium Observation Screening Scale (DOS) s hodnotami senzitivity v rozmezí od 25 % do 100 %, specifity od 89 % do 98,4 %. Nejvyšší hodnota reliability tohoto měřícího nástroje byla 0,772. Měřící nástroj 4AT uváděl hodnoty senzitivity od 83,3 % do 90 % a specifity od 84 % do 86,3 %. Reliabilita měla nejvyšší hodnotu 0,99. Screeningovým měřícím nástrojem pro hodnocení deliria administrovaným sestrou s nejlepšími hodnotami predikční validity byl Nu-DESC. Dalším v pořadí byl screeningový měřící nástroj DOS, následoval screeningový měřící nástroj 4AT. Doporučujeme testování predikční validity a reliability uvedených screeningových měřících nástrojů administrovaných sestrou v podmínkách české klinické praxe.

Klíčová slova: *měřící nástroj, screening, delirium, sestra, dospělý, psychometrické vlastnosti*

SCREENING INSTRUMENTS OF DELIRIUM ADMINISTERED NURSES IN HOSPITALIZED PATIENTS - LITERATURE REVIEW

Blažena Ševčíková, Hana Matějovská Kubešová

Department of Nursing, Faculty of Medicine, University of Ostrava, Czech Republic

Summary: The aim of the paper was to create a literature review of valid and reliable screening measuring instruments administered by nurses in hospitalized patients. Advanced search has been selected in three licensed and electronic databases (EBSCO, MEDLINE, PROQUEST). Twenty-one research studies complied with the inclusion criteria. Research studies have dealt with the predictive validity of 10 delirium screening measuring tools. The best predictive validity with sensitivity values ranging from 32% to 100% and specificity from 83% to 100% was The Nursing Delirium Screening Scale (Nu-DESC). Reliability had the highest value of 0.94. Following were the Delirium Observation Screening Scale (DOS) with values sensitivity from 25% to 100%, specificity from 89% to 98.4%. The highest value of reliability of this measuring tool was 0.77. The 4AT tool had sensitivity values from 83.3% to 90% and specificity from 84% to 86.3%. Reliability had the highest value of 0.99. A screening tool for measuring delirium by a nurse with the best predictive validity by a nurse was Nu-DESC. Another in turn was the DOS screening tool, followed by the 4AT screening tool. We recommend testing predictive validity and reliability of selected screening measuring tools administered by a nurse in conditions of Czech clinical practice.

Key words: *measuring instrument, screening, delirium, nurse, adult, psychometric properties*

Korespondence:

Mgr. Blažena Ševčíková
Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd
Ústav ošetrovatelství
Hněvotínská 976/3
775 15 Olomouc
Email: blazena.sevcikova@upol.cz

PORUCHY VÝŽIVY U SENIOROV

Silvia Puteková

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

Súhrn: Výživa je veľmi dôležitá v starostlivosti o seniora. Správna výživa významne ovplyvňuje celkový stav organizmu, telesnú a duševnú výkonnosť, odolnosť k infekcii. Správna výživa má všeobecne pozitívny vplyv na kvalitu života seniora. Medzi poruchy výživy v starobe patrí malnutrícia a obezita. Malnutrícia je stav nedostatočnej výživy, ktorú prenasledujú mnohé negatívne zdravotné následky, preto je dôležitá včasná diagnostika. Vo vyššom veku sú veľmi časté poruchy výživy. Vyšší vek je hlavným faktorom, ktorý zvyšuje riziko vzniku danej poruchy.

Kľúčové slová: *poruchy výživy, malnutrícia, senior.*

Starnutie je základným vývojovým prejavom života. Nastupuje od okamihu narodenia. Ide o zákonitý biologický proces, ktorého konečnou fázou je staroba. Tá sa prejavuje zmenami v štruktúrach a funkciách všetkých orgánov a systémov a na jej dynamiku procesu značne vplyvajú ekologické a genetické faktory, celkový životný štýl a v neposlednom rade aj nutričné faktory (Béderová, 2014). Výživa je značne podstatná v starostlivosti o seniora. Výrazne vplyva na celkový stav organizmu, fyzickú i duševnú výkonnosť a infekčnú odolnosť. Náležitá výživa má celkovo dobrý vplyv na kvalitu života starého človeka. Poruchami výživy sa v starobe považuje obezita a malnutrícia (Pavlov, 2007). Väčšinou sa vyšší vek spája s výskytom poruchy výživy, hlavne malnutríciami. Podľa výsledkov populačných štúdií sa uvádza zvýšená hrozba vzniku porúch výživy až u 30 -60% seniorov, ktorí žijú v domácom prostredí alebo sú hospitalizovaní. Z tohto dôvodu je dôležité venovať v klinickej praxi väčšiu pozornosť (Kozáková, Jarošová, 2010).

U väčšiny seniorov, ktorých vnímame ako komplikovaných geriatrických pacientov, je príznačná krehkosť, zmenený klinický obraz chorôb a mnoho početnosť ich zdravotných ťažkostí, ktorá si vyžaduje komplexnú diagnostiku. Dochádza u seniorov ku strate sebestačnosti, vzniknutej kombináciou zdravotného postihnutia nárokov prostredia a sociálnej situácie. Z funkčného hľadiska (dizabilita, kvalita života) predstavujú v starobe hlavné riziko práve prejavy a komplikácie aterosklerózy, degeneratívne ochorenia mozgu (Alzheimerová a Parkinsonová choroba), bronchopulmonálna choroba, prejavy zmyslového postihnutia (vizuálne poruchy, katarakta), osteoporóza, depresie a poruchy výživy (Németh, Derňárová, Hudáková, 2011). Podľa závislosti a potreby ošetrovateľskej intervencie rozdeľuje Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) seniorov na tieto 3 skupiny:

- seniori s ľahkou závislosťou – vyžadujú podporu v motivácii k denným činnostiam a tiež kontrolu ich samostatného vykonania,
- seniori so závislosťou stredného stupňa – pri niektorých denných činnostiach je u nich potrebná pravidelná kontrola a kontinuálna pomoc,
- seniori s úplnou ťažkou závislosťou – vyžadujú permanentnú kontrolu a tiež laickú i odbornú starostlivosť (lekársku, ošetrovateľskú a sociálnu) (Németh, Derňárová, Hudáková, 2011).

Výživa v starobe

Výživa je základnou potrebou existencie živého organizmu. Reálna potreba energie u seniora sa znižuje o 5% za 10 rokov. Návyky seniorov v stravovaní sú veľakrát nedostatočné a nevyhovujú základnému odporúčeniu o zastúpení a rozsahu jednotlivých zložiek potravín. Dominujúcim podielom

stravy sú v staršom veku sacharidy a tuky, naopak podiel kvalitných bielkovín je výrazne znížený, taktiež aj množstvo stopových prvkov, vlákniny a tekutín (Malá a kol., 2011). Na rozdiel od mladšej vekovej skupiny, seniori sú z mnohých dôvodov menej tolerantní voči nevhodnej výžive (Németh, Derňárová, Hudáková, 2011). K významnému zhoršeniu spektra konzumovanej stravy vedie aj znížená pohyblivosť a zhoršenie zraku, ktorý obmedzuje nákup a v prípade obmedzenej hybnosti príprava pokrmov. Martinková (2015) udáva, že výživa je jedným z dôležitých faktorov u seniorov. Príjem pestrej, vyváženej stravy a dostatok tekutín prispieva k udržaniu fyzickej a duševnej pohody. Význam zdravej výživy a príjem tekutín ovplyvňuje zdravotný stav seniora a zlepšuje kvalitu života. Energetický príjem seniora v stabilizovanom stave je určený na 25-30 kcal/kg/deň, pri zmenách súčasného zdravotného stavu s primeraným zvýšením podľa predchádzajúcich odporúčaní. Denný príjem bielkovín v strave by sa mal pohybovať v objeme nad 1g/kg hmotnosti človeka, príjem kalcia približne 1g/deň hmotnosti človeka, objem tekutín nad 1500 ml počas 24 hodín. V rámci racionálnej bohatej stravy sa ďalej odporúča obsah vlákniny, dostatočné množstvo vitamínov a stopových prvkov vďaka príjmu čerstvého ovocia a zeleniny (Malá a kol., 2011). Odporúča sa rešpektovanie stravovacích zvykov, stereotypu a rituálov daného seniora, taktiež chuťové preferencie a načasovanie prijímania potravy, upravenie konzistencie stravy podľa možnosti a schopnosti stabilizovaných aj chorých seniorov.

Poruchy výživy v starobe

V starobe je najčastejšou poruchou výživy obezita, ktorá postihuje približne 50% seniorov. V priebehu staroby sa jej výskyt znižuje a vo veku nad 75 rokov prevažuje malnutrícia (Bartošovič, 2014). Častejšie sa v starobe vyskytuje aj absencia rôznych dôležitých vitamínov. Dokonca až 40% starých ľudí má latentnú absenciu vitamínu C. U seniorov, ktorí sa vyhýbajú slnku, sa objavuje nedostatok vitamínu D. Seniori konzumujúci obmedzené množstvo listovej zeleniny trpia nedostatkom folátov, čo môže mať za následok poruchu činnosti nervového systému a málokrvnosť (Bartošovič, 2014). Neuspokojivá výživa nie je prirodzeným prejavom starnutia. Zníženie hmotnosti je u seniorov mnohokrát spojené so stratou svalovej hmoty a v podstate ovplyvňuje celkový funkčný stav seniora. Poruchy výživy sú najčastejšími ťažkosťami vo vyššom veku a vo väčšine prípadov spočívajú v komplikovanom prijímaní potravy. Obsahujú somatické, behaviorálne, funkčné a sociálne faktory zrodu zhoršenia prijímania potravy. V malnutriícii – neuspokojivý spôsob výživy v spojitosti s kvalitou či kvantitou výživy. V obezite – prejedanie sa, málo pohybu (Hudáková a kol., 2016).

Malnutrícia

Malnutrícia je stav nedostatku dôležitých živín pre stavbu tela alebo pre jeho správnu funkciu. Jedná sa o nedostatok základných živín (bielkoviny, sacharidy, tuky) a ďalších makro-mikronutrientov. Medzi makronutrienty patrí minerály sodík, draslík, magnézium. Mikronutrienty sú látky, ktoré prijímame v malom množstve, ale sú pre náš organizmus nenahraditeľné – vitamíny, stopové prvky, ktoré si telo nedokáže sám vytvoriť (Šenkýrová, 2009). K malnutriícii dochádza, keď je príjem základných energetických substrátov a bielkovín nižší ako ich potreba – tzn. buď pri zníženom príjme potravy a nemienciach sa potrebách organizmu alebo pri normálnom príjme a zvýšených potrebách (Jurášková a kol., 2007). Malnutriíciiu môžeme rozdeliť podľa niekoľko kritérií. Delí sa na energetickú malnutriíciiu tzv. marantický typ a proteínovú malnutriíciiou (kwashiorkor), prípadne proteíno-energetická alebo proteíno-kalorická malnutrícia, a to podľa živiny, u ktorých je výrazný nepomer medzi ich príjmom, potrebou alebo stratou. Energetická malnutrícia je typická nízkou hmotnosťou, vzhľadom k výške (podľa BMI), nízkou či žiadnou zásobou podkožného tuku, v prvej fáze dostatočným množstvom bielkovín v tele. Je spôsobená nepomerom medzi príjmom a spotrebou energetických substrátov, predovšetkým sacharidov a tukov. Proteínová malnutrícia je spôsobená buď nedostatočným príjmom bielkovín (kwashiorkor), alebo ťažkou chorobou, počas ktorej nie je organizmus schopný utilizovať bežné substráty a získava energiu z vlastných proteínov. Môže sa

vyskytnúť u chorých, ktorý konzumujú nedostatočné množstvo potravín bohaté na bielkoviny. Nebezpečná situácia je tá, pri ktorej u pacienta s ťažkou energetickou malnutríciou dôjde k stresovej situácii, ktorej následkom je sarkopénia, prípadne smrť (Papežová, 2010).

Výskyt malnutrície je u 20-80% hospitalizovaných pacientov a je najčastejšou komplikáciou, s ktorou lekár prichádza do kontaktu pri akejkoľvek špecializácii a kdekoľvek na svete. Jedná sa nielen o stavy, ktoré vznikli pred hospitalizáciou, avšak asi 30% prípadov sa prejaví až po hospitalizácii ako malnutrícia iatrogénna. A u pacientov, u ktorých je rôzny stupeň malnutrície vyjadrený už pri prijatí, sa počas pobytu 70% nutrične zhorší. Malnutrícia je u 3 – 4% hospitalizovaných chorých tak veľmi závažná, že bez zavedenia umelej výživy smeruje k smrti. Približne u 45% pacientov síce nie je ohrozujúca život, avšak zvyšuje u nich výskyt komplikácií a reoperácií, hospitalizáciu predlžuje a zvyšuje náklady (Kalvach a kol., 2008).

Príčiny vzniku malnutrície

Najčastejšie príčiny malnutrície vo vyššom veku podľa Topinkovej (2005)

M - malabsorpcia, maldigestia

A - anorexia, zníženie hmotnosti

L - lieky – polypragmázia, anorektický účinok liekov

N - nákup (schopnosť nakúpiť uvariť), dostupnosť vhodnej stravy, stravovacie návyky

U - ústa (orálne zdravie, zubná náhrada), problémy s hryzením a prehĺtaním, ulcerácie

T - tyreopatie (hypertyreóza)

R - rezidentná starostlivosť (seniori dlhodobo hospitalizovaní)

I - IADL závislosť

C - cholesterol nízky obsah v diéte

I - inadekvátne emócie – depresie, rôzne psychologické príčiny

A - absencia nákupu vhodnej stravy

Malnutrícia je častou komplikáciou pri mnohých základných ochoreniach. Včasná diagnostika a zahájenie nutričnej podpory formou enterálnej výživy zlepšuje priebeh ochorenia (Urbaníková, 2014).

Spôsob výživy stanovujeme na základe určenia kvantitatívnych a kvalitatívnych parametrov prijímanej potravy. Určenie antropometrických, biochemických a somatických parametrov je zase dôležité pri stave výživy a ich porovnanie s fyziologickými hodnotami. Na zistenie stavu výživy sú potrebné vyšetrenia, ako je zostavenie anamnézy s nutričným zameraním, ale tiež antropometrické, biochemické, somatické, hematologické a imunologické vyšetrenie (Beňo, 2003). Primárnym hodnotením nutričného stavu je anamnéza. Za základné údaje sa považuje veľkosť hmotnostného výkyvu - hlavne percentuálny úbytok z východnej hodnoty. U geriatrických pacientov sa z pohľadu mortality ako rizikový ukazuje pokles hmotnosti o $\geq 5\%$, čas, za ktorý prišlo k poklesu hmotnosti, súvislosť medzi chudnutím zo zdravotných problémov a zánikom pocitu zdravia – hnačka, dysfágia, anorexia, únava, horúčka a podobne. Stravovacie zvyky – počet, objem a skladba jedla, spôsob prípravy (domáca alebo na donášku), diétne obmedzenie. Chuť do jedla - miera hladu, častosti a dĺžka pocitu nasýtenosti. Psychosociálne stresové situácie – rodinné konflikty, ovdovený človek (Kalvach a kol., 2008). K ďalším vyšetreniam nutričného stavu patrí antropometrické meranie. Uplatňuje sa v prípadoch, kedy hodnoty BMI sú hraničné, pacienta sa nedá odvážiť alebo váha je ovplyvnená skresľujúcimi faktormi (amputácia končatín, edémy). Obvod strednej časti ramena je najdôležitejšou

zistiteľnou hodnotou, ktorá charakterizuje množstvo svaloviny. Hodnota obvodu ramena u mužov nižší ako 25 cm a u žien 23 cm svedčí o malnutriácii (Urbaníková, 2014).

Posudzovacie škály na posudzovanie stavu výživy seniorov

Posudzovacie škály uľahčujú prácu poskytovateľom starostlivosti, ktoré sa využívajú v klinickej praxi, komunitnej starostlivosti a inštitucionalizovanej starostlivosti. V tuzemských podmienkach sa zvyšuje frekvencia využívania objektivizujúcich nástrojov, ale ešte stále nie sú bežnou súčasťou starostlivosti na každom pracovisku (Pokorná a kol., 2013). MNA – Mini Nutritional Assessment Veľmi často používaným nástrojom na hodnotenie stavu výživy v geriatrickej praxi je v súčasnosti test Mini Nutritional Assessment, ktorý bol zavedený a overený v roku 1944 (Bartošovič, 2014). Dáva možnosť rýchlej orientácie o stave výživy.

NS – Nottingham Hospital Screening Tools Pre chorých seniorov, ktorí sú hospitalizovaní, sa odporúča Nottinghamský dotazník. Hodnotíme v ňom položky BMI, neželaný úbytok hmotnosti v posledných troch mesiacoch, pokles príjmu potravy v poslednom mesiaci pred hospitalizáciou a stresový faktor, ktorý vyjadruje závažnosť základného ochorenia (Pokorná a kol., 2013).

SGA - Subjective Global Assessment Ide o štandardizovanú dotazníkovú metódu, opierajúcu sa o nenáročné parametre anamnézy a klinického vyšetrenia. SGA je kombináciou subjektívneho a objektívneho hodnotenia – z anamnézy a fyzikálneho vyšetrenia. Nie je vopred dané numerické ocenenie pre jednotlivé premenné. Pozorovaným parametrom sa pripisuje väčší či menší význam pre celkové hodnotenie nutričného stavu a to na základe subjektívneho názoru vyšetrujúcej osoby. Vyhodnotenie testu je potom výrazne ovplyvnené klinickými skúsenosťami vyšetrujúceho. SGA je síce primeraným nástrojom pre detekciu prebiehajúceho nutričného deficitu u pacienta, avšak pre identifikáciu začínajúcej malnutriácie nie je vhodný (Pokorná a kol., 2013).

NRS - Nutritional Risk Screening

Nutričný rizikový skrining dotazník NRS 2002 pozostáva z takzvaného primárneho skriningu a z určenia rizika vplývajúceho z primárnej choroby a jej liečby. Údaje primárneho skriningu sa upriamujú na hodnotu BMI v súvislosti s vekom pacienta, obsahujú percentuálne vyjadrenia chudnutia za posledných 6 mesiacov a vyjadrenie pomeru celkového príjmu potravy. Tento nástroj sa odporúča pre monitoring nutričného stavu u seniorov v inštitucionalizovanej starostlivosti (Pokorná a kol., 2013).

MUST – Malnutrition Universal Screening Tool Univerzálny skriningový nástroj pre hodnotenie malnutriácie sa skladá z piatich krokov. Obsahuje výpočet BMI, identifikáciu percentuálneho zhodnotenia zistených odchýlok, hodnotenie momentálnej prítomnosti ochorenia, celkovú detekciu rizika malnutriácie a upriamuje sa na riadenie ďalšej starostlivosti. Tento univerzálny nástroj vytvorila Britská spoločnosť (BAPEN - British Association for Parenteral and Enteral Nutrition) v roku 1992. Dôvodom bola absencia skriningových formulárov a neschopnosť využitia nástrojov u ľudí, u ktorých nebola zistená presná hmotnosť a výška (Hudáková a kol., 2016).

Indikácie nutričnej podpory v starobe

Medzi indikácie nutričnej podpory patrí:

- nespôsobilosť pacienta prijímať potravu perorálne,
- predpoklad, že minimálne 4 dni nebude pacient prijímať výživu perorálnou alebo enterálnou cestou,
- dôkaz malnutriácie, určenej klasickým spôsobom, zahŕňajúci anamnestické a somatické vyšetrenie, zhodnotenie stavu výživy (antropometria, biochemické a funkčné vyšetrenie),

- zhodnotenie príčiny malnutrie a ovplyvniteľnosť výživou,
- zhodnotene kvality periférneho alebo centrálného riečiska pre poskytnutie nutričnej podpory a rozhodnutie o možnosti gastrickej alebo jejunálnej sondy (Pavlov, 2007).

Prirodzený priebeh starnutia vedie v ľudskom organizme k mnohým zmenám, ktorých výsledkom je porucha metabolizmu, zmeny v zložení tela, znížená telesná aktivita, nechutenstvo. Aj množstvo iných faktorov súvisia so starnutím, ktoré ovplyvňujú stravovanie seniorov a stav výživy. Následne je starecká anorexia, sklon k rýchlej dehydratácii, deficitu kvalitných bielkovín, stopových prvkov, vitamínov. Malnutria je stav nedostatočnej výživy, ktorú prenasledujú mnohé negatívne zdravotné následky, preto je dôležitá včasná diagnostika. Vyšší vek je hlavným faktorom, ktorý zvyšuje riziko vzniku danej poruchy. Strata hmotnosti a nedostatočný stav výživy v iných rozvinutých krajinách sú väčšinou spojené s ochoreniami a ich následkami (Hoozová, 2015). Malnutria sa vyskytuje u 20-80% geriatrických pacientov a patrí medzi najčastejšie situácie s ktorými sa stretáva lekár akejkoľvek špecializácie na celom svete. Nejedná sa len o stav vzniknutý pred hospitalizáciou, približne 30% prípadov sa rozvinie počas hospitalizácie ako iatrogénna malnutria. Ide nie len o stavy ktoré vznikli pred hospitalizáciou, približne 30% prípadov sa rozvinie až v nemocnici. Z pacientov u ktorých je rôzny stupeň malnutrie zistený už pri prijatí, 70% sa behom pobytu nutrične zhorší. U 3 - 4% geriatrických pacientov malnutria je až natoľko závažná, že bez zavedenej umelej výživy vedie k smrti. Asi u 45% síce malnutria neohrozuje život, ale zvyšuje u nich výskyt komplikácie (Kalvach a kol., 2008).

Použitá literatúra:

BARTOŠOVIČ, I. 2014. Vybraná problematika gerontológie a geriatrickej. 1. diel. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2014. 88 s. ISBN 978-80-8132-101-6.

BARTOŠOVIČ, I. 2014. Vybraná problematika gerontológie a geriatrickej. 2. diel. Bratislava : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2014. 90 s. ISBN 978-80-8132-102-3.

BÉDEROVÁ, A. 2014. Správna výživa vo vyššom veku [online]. [cit-2018-12-15]. Dostupné na: <http://www.ruvzba.sk/poradne/Vyzivavovysomveku.pdf>.

BEŇO, I. 2003. Náuka o výžive. Martin : Osveta, 2003. 141 s. ISBN 80- 8063-126-3.

BEŇO, I. 2008. Náuka o výžive. Martin : Osveta, 2008. 145 s. ISBN 978- 80- 8063-294-6.

HOOZOVÁ, J. 2015. Malnutria u seniorov. In Paliat. med. liec. boles. [online]. 2015, č. 8, s. 6-12. [cit.2018-11-25]. Dostupné na: <http://www.solen.sk/pdf/2e6ab89a154ca7c1a69157b9edce666c.pdf>.

HUDÁKOVÁ, A. a kol. 2016. Geriatrické syndrómy ako prediktory ošetrovateľstva v geriatrickej. Prešov : Vydavateľstvo Prešovskej univerzity, 2016. 190 s. ISBN 978- 80-555-1749-0.

KOZÁKOVÁ, R. - JAROŠOVÁ, D. 2010. Metody hodnocení stavu výživy senioru. In Med. Pro Praxi [online]. 2010, roč. 7, č. 10, s. 396-397. [cit. 2018-11-25]. Dostupné na: <https://www.solen.cz/pdfs/med/2010/08/12.pdf>.

JURÁŠKOVÁ, B. a kol. 2007. Poruchy výživy ve stáří. In Med. pro praxi [online]. 2007, roč. 4, s. 443-446. [cit.2018-11-05]. Dostupné na: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/11/02.pdf>.

KALVACH, Z. a kol. 2008. Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. Praha : Grada, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.

MALÁ, E. a kol. 2011. Výživa ve stáří. In Interní Med [online]. 2011, roč. 13, s. 111-116. [cit.2018-11-01]. Dostupné na: <https://www.internimedica.cz/pdfs/int/2011/03/04.pdf>.

MARTINKOVA, J. 2015. Význam výživy u seniora s demenciou. In: Nové trendy v ošetrovatelstve II.. - Trnava: Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, 2015. - ISBN 978-80-8082-863-9. - CD-ROM; S. 39-40.

NÉMETH, F. a kol. 2011. Komplexné geriatrické hodnotenie a ošetrovanie seniorov. Prešov : Prešovská univerzita v Prešove, 2011. 216 s. ISBN 978- 80-555-0381-3.

PAPEŽOVÁ, H. 2010. Spektrum poruch príjmu potravy. Praha : Grada, 2010. 424 s. ISBN 978- 80-247-2425-6.

PAVLOV, P. 2007. Výživa v starobe a jej poruchy. In ViapRACTICA [online]. 2007, roč. 4, č. 12, s. 556-558. [cit.2018-11-02]. Dostupné na:
<http://www.solen.sk/pdf/68030b091d909057ffcc624e61ee1a0f.pdf>.

POKORNÁ, A. a kol. 2013. Ošetrovatelství v geriatrici. Praha : Grada, 2013. 193 s. ISBN 978-80-247-4316-5.

ŠENKÝROVÁ, V. 2009. Úloha sestry pri zisťovaní stavu podvýživy. In Urolog. pro Praxi [online]. 2009, ročník 10, č. 2, s. 87-89. [cit.2018-11-18]. Dostupné na:
<https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2009/02/09.pdf>.

TOPINKOVÁ, E. 2005. Geriatricie pro praxi. 1. vyd. Praha : Galen, 2005, 270 s. ISBN 80- 7262-365-6.

URBANÍKOVÁ, J. 2014. Enterální výživa. In Prakt. Lékař [online]. 2014, roč. 10, č. 2, s. 79-81. [cit.2018-11-18]. Dostupné na: <https://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2014/02/08.pdf>.

Korespondence:

doc. PhDr. Silvia Puteková, PhD.
Katedra ošetrovatelstva
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce
Trnavská univerzita v Trnave
silvia.putekova@truni.sk

VYUŽITIE ALTERNATÍVNYCH METÓD U PACIENTA S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

Ľubomíra Tkáčová, Dagmar Magurová, Anna Hudáková, Jana Cuperová

Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra ošetrovateľstva

ÚVOD

Populačné starnutie má nesmierny vplyv na ďalší vývoj spoločnosti, pretože väčšina populácie trpí vysokým výskytom chronických chorôb a rannými psychickými poruchami. K najčastejším patrí Alzheimerova choroba, ktorá spôsobuje zníženie intelektu a obvykle aj poruchu ďalších funkcií. Zhoršenie kognitívneho deficitu a úsudku narušuje bežný život. Cieľom tohto príspevku je popísať využívanie alternatívnych metód a poukázať na to, aké benefity by mohli používané metódy priniesť v zariadeniach sociálnych služieb.

JADRO

Demencia Alzheimerovho typu patrí podľa Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) medzi desať hlavných ochorení, ktoré budú s prehĺbujúcim sa starnutím obyvateľstva v blízkej budúcnosti ohrozovať zdravie a život ľudí. Alzheimer's Disease International na svojich stránkach prináša štatistické údaje, ktoré ukazujú súčasný stav i predpokladané nárasty počtu pacientov s demenciou v celosvetovom meradle. Podľa údajov z roku 2013 bolo registrovaných 44,4 miliónov pacientov s demenciou, pre rok 2030 sa predpokladá nárast na 75,6 miliónov. Každý rok je to o 7,7 milióna ľudí viac, pričom každý nový prípad demencie pribudne každé štyri sekundy. Informačná kampaň, sociálna a zdravotnícka starostlivosť stojí svet vyše 600 miliárd dolárov ročne. Slovenská Alzheimerova spoločnosť uvádza počet pacientov trpiacich demenciou na Slovensku na 50 až 60 tisíc, o ktorých sa stará približne 100 až 150 tisíc rodinných príslušníkov a opatrovateľov. Prognózy uvádzajú predpoklad nárastu počtu chorých v rozvinutých krajinách do roku 2040 o 100 percent. Predpoklad nárastu v SR hovorí až o potenciálnych 180 tisícoch chorých a tým aj priamoúmernom počte opatrovateľov (Hirtlová, 2015).

Väčšina typov demencií je nezvratná. U ľudí nastupuje ochorenie v staršom veku a postupne sa zhoršuje z dôvodu poškodenia mozgu. V priebehu 20. storočia starnutie nabralo nový rozmer a to od starnutia individuálneho k starnutiu celospoločenskému. Population ageing – starnutie populácie je v súčasnej dobe celosvetovo skloňovaným termínom a starnutie, ako také je označované za jednu z hlavných charakteristík budúceho demografického vývoja (Balogová, Bramušková, 2016). Ťažko môžeme ovplyvniť, čo si človek do svojej staroby prináša. Nevieme aké sú jeho hodnoty, a skúsenosti z doposiaľ prežitého života. Je prirodzené, že si so sebou prináša vlastné postoje a priority, ktoré môžu mať aj silné egoistické črty (Vagovičová, Puteková, 2013). Ani dnes nepoznáme účinný spôsob, ako demenciu vyliečiť. Existuje však niekoľko spôsobov, ako možno priebeh demencie spomaliť a udržať tento stav čo najdlhšie na dobrej úrovni. Tak ako pre každého z nás aj pre človeka s Alzheimerovou demenciou je dôležité vykonávať zmysluplné činnosti, ktoré prinášajú pôžitok jemu i ostatným. Preto je vhodné pre takéhoto pacienta pripraviť stereotypný denný režim, v ktorom sa bude dobre orientovať. Je potrebné ho zapájať počas dňa do každodenných činností, ktoré dokáže vykonávať (Puteková 2016). Každý pacient má po určení diagnózy predpísané lieky, ktoré spomaľujú ochorenie a pomáhajú udržiavať poškodené poznávacie funkcie ako pamäť, pozornosť, reč či myslenie. Okrem nich lekár môže predpísať aj lieky, ktoré pomáhajú pri zmiernení úzkosti, depresie, halucinácií a iných neželaných prejavov správania pod vplyvom ochorenia (Vavrušová et al., 2012). Netreba zabúdať i na liečbu bolesti. V rámci komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti je práve bolesť jedným z hlavných príznakov, ktorým je potrebné u pacienta s demenciou venovať zvýšenú pozornosť. Neliečená bolesť výrazne znižuje kvalitu života týchto pacientov, môže byť prehliadnutým signálom závažného akútneho ochorenia, a tiež môže viesť k poruchám správania až k agresivite (Kabátová, 2016). Popri takejto liečbe má klient na výber aj z viacerých prístupov a druhov terapií,

ktoré aktivizujú človeka s demenciou a udržiavajú jeho stav. Je veľmi dôležité vybrať takú aktivizáciu, ktorá človeka baví a je preňho zaujímavá. Využitie aj nefarmakologických prístupov je u ľudí s demenciou veľmi dôležité. Umožňujú im zostať aktívnymi, zmysluplne využívať čas, zažívať pekné chvíle, spomaliť postup choroby a mať čo najdlhšie dobrú kvalitu života (Vavrušová et al., 2012). Aktivizácia seniora by mala byť súčasťou komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti. Táto intervencia dáva možnosť sestram aplikovať jednu z nefarmakologických metód, ktorá nemalou mierou prispieva k zlepšeniu celkového stavu chorého. Samozrejme by mali byť splnené určité požiadavky, aby bola táto činnosť sestier efektívna a na dobrej úrovni (Rabinčák, 2016). Martinková (2011) udáva, že nefarmakologické intervencie sú preferovanou metódou počiatočnej intervencie pre zvládanie i problémového správania u pacientov s Alzheimerovou chorobou. Väčšina z intervencií má pozitívny, aj keď nie vždy významný význam. Vhodne nakombinované nefarmakologické intervencie, ktoré odrážajú potreby a schopnosti klientov môžu vyústiť do väčšej pohody, ako pre klientov, tak i pre ošetrojúci personál.

Validácia podľa Naomi Feil

U starých ľudí, zvlášť u dementných, dochádza k zmene správania. Metóda Validácie, ktorej autorkou je Neomi Feil, pomáha v komunikácii s týmito ľuďmi. Táto metóda rešpektuje jedinečnosť a neopakovateľnosť každého jedinca a je zameraná na diagnostiku a rozvoj schopností (respektíve spomalenie rozvoja choroby) u starších klientov v rôznych štádiách demencie. Vychádza z toho, že pre starých ľudí je veľmi dôležitou minulosť, empatické načúvanie, pomoc doriešiť veci z minulosti a dospieť k dôležitým rozhodnutiam skôr, ako zomrú. Ak starý chorý človek nenachádza prijatie a empatiu, stiahne sa do seba. Validácia ponúka konkrétne terapeutické techniky a postupy pri komunikácii so starými dementnými ľuďmi (Tavel, 2006). Poukazuje na to, že človek počas života musí prekonať určité vývinové úlohy. Vo vyššom veku, na sklonku života sa k nim vracia a bilancuje prežité roky. Dostáva sa k udalostiam, ktoré neboli spracované dostatočne, alebo sa javia ako životné krivdy, krízy, potlačené traumy a podobne. Pri postupnej strate schopností orientácie v prítomnosti a nedávnej minulosti, ktorou trpí človek s demenciou, je jeho snahou dosiahnuť rovnováhu, to znamená vyrovnanie sa so životom, ktorý jedinec prežil a prijatím toho dobrého aj zlého, čo ho na tejto ceste postretlo. Validácia prináša do chaosu spôsobeného dezorientáciou spokojnosť a vyrovnané prežitie staroby (Hubináková, 2015).

Posledné štádium nedostatočne orientovaných a dezorientovaných ľudí sa nazýva spracovanie.

V tomto štádiu Naomi Feil rozlišuje štyri fázy:

- prvá fáza: nedostatočná orientácia, čiastočná orientácia, nešťastné rozpoloženie;
- druhá fáza: dezorientácia v čase - strata kognitívnych schopností a orientácie v časovom slede (hodinový čas);
- tretia fáza: opakujúce sa pohyby - nahrádzajú komunikáciu;
- štvrtá fáza: vegetovanie - úplné stiahnutie sa do seba (Feil, Kler-Rubin, 2015).

Naomi Feil vypracovala rôzne techniky pre jednotlivé stupne demencie. Ponúka postupy, ktoré by mohli byť v danom stave klienta užitočné. Techniky validácie sa odlišujú od iných terapií v týchto bodoch:

- pri validácii nedochádza k hádkam a konfrontáciám so starým človekom;
- validácia sa nesnaží o zlepšenie orientácie v čase, ak o to nie je zo strany chorého človeka záujem;
- pri validácii sa nepracuje s pozitívnym alebo s negatívnym posilňovaním s cieľom ovplyvňovať správanie;
- terapeut nie je pri validácii vnímaný ako autorita, ale ako starostlivý pomocník (Ondriová, 2014).

Na záver je potrebné si uvedomiť, že klient si vyberá na komunikáciu nás, nie my jeho. Človek s demenciou si vyberá podľa emocionálnej sympatii, nie podľa kognitívneho potenciálu. Z toho vyplýva, že nám ponúka svoju realitu, to, čo ho najviac trápi alebo naopak teší a očakáva, že dokážeme nielen do nej vstúpiť, ale aj v nej zotrvať. Dúfa, že práve tá osoba ich nesklame a ustojí aj príval emócií. Jednoznačne ide o náročnú komunikáciu. Úlohou opatrovateľa je vedieť „dešifrovať“ vypovedané, dať stavu dezorientácie zmysel a uznať, že to, čo prežíva je pravdivé a skutočné (Feil, Klerk-Rubin, 2005).

Bazálna stimulácia

Bazálna stimulácia je komunikačný, interakčný a vývoj podporujúci stimulačný koncept, ktorý sa orientuje na všetky oblasti ľudských potrieb. Koncept bazálnej stimulácie využíva mnoho techník a tréningových programov, ktorých cieľom je podpora vnímania, komunikácie a hybnosti klientov. Profesor Dr. Andreas Fröhlich zostavil začiatkom sedemdesiatych rokov minulého storočia koncept Bazálnej stimulácie na podklade vedeckých poznatkov vo vedných odborov fyziológie, neurológie, embryológie a vývojovej psychológie. Vychádzal z tvrdenia, že je nutné najprv sprostredkovať vnemy zo svojho tela a stimulovať vnímanie telesnej schémy ako predpoklad vývoja či udržania pohybových, ale aj kognitívnych a komunikačných schopností, čo za štyridsať rokov aplikácie konceptu bazálnej simulácie v praxi potvrdil (Friedlová, 2012).

Cieľom bazálnej stimulácie je podporiť vnímanie tak, aby u postihnutých dochádzalo k stimulácií vnímania vlastného tela, k podpore rozvoja vlastnej identity, k nadviazaniu komunikácie s okolím, k zlepšeniu orientácie v čase a mieste, k schopnosti lokomócie a k ozdraveniu funkcií organizmu (Gajdošová, 2015). Základnou komunikačnou technikou pri bazálnej stimulácii je dotyk. Je to najjednoduchšia prirodzená forma komunikácie. Každú intervenciu u klienta začíname a končíme ritualizovaným „iniciálnym dotykom“. Vykonávajú ho všetci, ktorí prídu do kontaktu s klientom. Dotyk musí byť pokojný, celou plochou dlane, snažíme sa vyvarovať uponáhľaným dotykom, ktoré vzbudzujú neistotu a nepokoj. Na základe biografickej anamnézy zvolíme najvhodnejšie miesto na klientovom tele. Najčastejšie je to rameno alebo ruka. Toto zvolené miesto je zaznamenané aj v zdravotnej dokumentácii. „Iniciálny dotyk“ zohráva dôležitú úlohu, ktorej cieľom je poskytnúť klientovi orientáciu a pocit dôvery. Prvky bazálnej stimulácie delíme na:

základné prvky:

- somatická stimulácia;
- vestibulárna stimulácia;
- vibračná stimulácia;

nadstavbové prvky:

- optická stimulácia;
- auditívna stimulácia;
- taktilno-haptická stimulácia;
- olfaktorická stimulácia;
- orálna stimulácia (Friedlová, 2003).

Všetky tieto stimulačné intervencie sa odvíjajú od dokonalej znalosti klientovej biografie. Stimuláciou jednotlivých ľudských zmyslov dochádza ku znovupodnecovaniu príslušných nervových komplexov, dochádza k vyvolaniu spomienok, ktoré poskytujú nervovému systému nové impulzy, ktoré pomáhajú stimulovať rehabilitáciu a vlastné organizáciu mozgu (Pickenhain, 2000). Autobiografická anamnéza v koncepte bazálnej stimulácie sa opiera o návyky klienta, vyzdvihuje spôsob života klienta pred insultom a je nevyhnutná pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti (Gajdošová, 2015).

Snoezelen

Snoezelen je multifunkčná metóda, ktorá sa realizuje v obzvlášť príjemnom a upravenom prostredí pomocou svetelných a zvukových prvkov, vôní a hudby, pričom jej cieľom je vyvolanie zmyslových pocitov. Celá koncepcia Snoezelen je založená na celostnom prístupe, naplňuje potreby prijatia a porozumenia klienta v atmosfére dôvery a uvoľnenosti. V Snoezelen sa spájajú terapeutické prvky s prvkami špeciálno-liečebno-pedagogickými, s možnosťou ich prispôsobenia špecifickému postihnutiu. Louise Haggar a Roger Hutchinson charakterizujú Snoezelen ako „splnomocňujúci prístup“, teda citlivý a vnímavý, starostlivý, nedirektívny prístup v atmosfére bezpečia a istoty, ktorý je povzbudzujúci. Pozornosť nie je prvotne zameraná na výsledok, ale zámerom je skôr asistovať klientovi pri získavaní maximálneho potešenia z aktivít, ktorým sa spolu s terapeutom venuje. Medzi základné princípy patrí:

- špeciálne prostredie kontrolované a ovplyvňované klientom;
- možnosť výberu, ponúknuť klientovi možnosť voľby;
- bezpečná a príjemná atmosféra;
- rešpekt, ovzdušie radosti a pohody;
- dobrovoľnosť a sloboda bez nátlaku konať a dosiahnuť výsledok;
- dôraz na dôverný vzťah medzi klientom a terapeutom;
- individuálny prístup v starostlivosti;
- tvorivý terapeutický prístup (Ponechalová, 2009).

V snoezelen sa prevádza rovnomerná terapia. Ide o multisenzorickú terapiu, prostredníctvom ktorej pôsobia na zmysly rôzne technické zariadenia a pomôcky. Cez zmysly sa organizmus stimuluje, či upokojuje. Snoezelen pomáha redukovať stres a stereotypné správanie, taktiež znižuje agresívne správanie a formy sebapoškodzovania. Poskytuje nádherné, neobyčajné zmyslové zážitky a podieľa sa na zlepšení a rozvíjaní kognitívnych schopností, koncentrácie, motivácie. Snoezelen u dementného seniora pozitívne vplýva na:

- rozvoj kognitívnych schopností a komunikácie;
- podporu existujúcich zručností;
- zlepšenie schopnosti relaxácie a uvoľnenia;
- zlepšenie koncentrácie;
- elimináciu nepokoja, agresívneho správania;
- zníženie pocitu strachu;
- zlepšenie kvality spánku (Orieščiková, Hrčová, 2013).

Existujú rôzne typy Snoezelen miestností. Od použitých farieb závisí nielen atmosféra miestnosti, ale aj cieľ jej použitia. V bielej miestnosti je možné pomocou projektorov premietiť rozmanité efekty na biele steny, podlahu i strop. Je najčastejšie používaná ako voľnočasová aktivita a možnosť relaxácie aj pre klientov. Šedá miestnosť je zvukovo izolovaná, minimálne zariadená miestnosť redukujúca podnety, vybavená záťažovou vestou, malou skrýšou a študijným kútikom. Toto prostredie je vhodné pre klientov, ktorí majú problémy s pozornosťou. V tmavej miestnosti je možné premietiť efekty s maximálnym možným rozlíšením bez ďalších nežiaducich, rozptyľujúcich zrakových vnemov. Využívaná je predovšetkým ku zrakovej stimulácii (Tichá, 2011). Vodná zóna na proprioreceptívnu stimuláciu poskytuje podporu človeka a umožní mu hýbať sa spôsobom, ktorý nie je v bežných podmienkach mimo vody možný. Pohyb vo vode je dobrým cvičením a pomáha vyvíjať telesný koncept (Orieščiková, Hrčová, 2013). Zriaďovanie miestností Snoezelen je finančne náročné, preto sa miestnosti u nás budujú zväčša svojpomocne s minimálnym technickým vybavením. Na Slovensku tiež chýbajú možnosti vzdelávania a poradenstva v oblasti Snoezelen, miestnosti sa preto nezriedka využívajú bez potrebných znalostí metodiky a bezpečnostných opatrení, so zredukovaným terapeutickým potenciálom. Preto je potrebné venovať sa tejto problematike. Poukázať na potrebu získavania financií a vedomosti o aplikácii inovatívnych alternatívnych metód do ošetrovateľskej starostlivosti (Ponechalová, 2009). Súčasná meniacia sa demografická situácia sa stáva pre

zdravotníckych pracovníkov výzvou, najmä v súvislosti so zabezpečením účinnej, individualizovanej a vekovo špecifickej starostlivosti (Grešš Halász, Wiczmándyová, 2016).

ZÁVER

Aplikácia inovatívnych intervencií je potrebná. Klienti s Alzheimerovou chorobou potrebujú kvalifikovaný prístup zdravotníckych tímov, ktoré sú oboznámené tiež s nefarmakologickými metódami pre zaistenie uspokojivej kvality života pacientov. Významnú úlohu tu zohrávajú zdravotnícky pracovníci, ktorí svojou odbornou starostlivosťou dokážu eliminovať nepríjemné príznaky tohto ochorenia a vzbudiť tak u klienta pocit bezpečia a istoty. Dôležitým prvkom pri zvládaní negatívneho správania u klienta s Alzheimerovou chorobou je i komunikácia. Komunikácia s klientom s Alzheimerovou chorobou je pomerne problémová. Dôležitá je empatia, snaha pochopiť klienta, zistiť príčiny negatívneho správania (Martinková, 2016). Základom úspešného manažmentu starostlivosti je identifikovanie negatívneho správania, sledovanie intervencií a nežiaducich účinkov s cieľom maximalizovať psychický a fyzický potenciál klienta (Martinková, 2014).

Literatura:

BALOGO VÁ, E. – BRAMUŠKOVÁ, J. 2016. Podvýživa seniorov- príčiny a riziká. In *Deinštitucionalizácia sociálnych služieb v kontexte pomáhajúcich profesií*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva sociálnej práce sv. Alžbety, 2016. ISBN 978-80-8132-144-3, s.8-13.

FEIL, N.- de KLERK-RUBIN, V. 2005. *Validation Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen*. Mníchov : Reinhardt, 2005. 166 s. ISBN 3-497-01794-9.

FEIL, N. - de KLERK-RUBIN, V. 2015. *Validácia*. Bratislava : OZ Terapeutika, 2015. 186 s. ISBN 978-80-971766-1-7.

FRIEDLOVÁ, K. 2003. *Bazální stimulace v práci sestry*. In *Sestra*. ISSN 1210-0404, 2003, č.1., roč. 13, s. 15-17.

FRIEDLOVÁ, K. 2012. Uplatnění konceptu Bazální stimulace v neonatologii. In *Sestra*. ISSN 1210-0404, 2012, č.3, roč. 22, s. 43-44.

GAJDOŠOVÁ, L. 2015. Uplatnenie konceptu bazálnej stimulácie v ošetrovateľskej praxi. In *Ošetrovateľský obzor*. ISSN 1336-5606, 2015, č.1-2, roč. 12, s. 15-21.

GREŠŠ HALÁSZ, B. –WICZMÁNDYOVÁ, D. 2016. Kategórie pokročilej praxe sestier. In *Deinštitucionalizácia sociálnych služieb v kontexte pomáhajúcich profesií*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva sociálnej práce sv. Alžbety, 2016. ISBN 978-80-8132-144-3, s.92-95.

HIRTLOVÁ, P. 2015. Problematika neurodegeneratívnych ochorení v dokumentoch domácej i medzinárodnej politiky. In *Aktivizácia seniorov a nefarmakologické prístupy v liečbe Alzheimerovej choroby – Zborník príspevkov z VII. medzinárodnej vedeckej konferencie v Bratislave*. Bratislava: Slovenská Alzheimerova spoločnosť Centrum MEMORY n.o. Neuroimunologický ústav SAV, 2015. ISBN 978-80-971103-3-8, s. 13-28.

HUBINÁKOVÁ, Ľ. 2015. Validácia podľa Naomi Feil. In *Sestra*. ISSN 1335-9444, 2015, č.3-4, roč. 14, s. 37-38.

KABÁTOVÁ, O. 2016. Posudzovanie bolesti u pacienta s Alzheimerovou demenciou In: *Spoločne proti Alzheimerovej chorobe*. - Piešťany : AkSen - aktívny senior o.z., 2016. ISBN 978-80-971833-1-8. - CD-ROM; s. 50-55.

- MARTINKOVÁ, J. 2011. Ošetrovateľská starostlivosť o pacienta s Alzheimerovou chorobou In: *Ošetrovateľstvo*. Prague: Ottova tiskárna s.r.o., 2011. s. 119 – 134. ISBN 978-80-260-1322-8.
- MARTINKOVÁ, J. 2016. Management of problematic behavior in patients with dementia in the hospital. Zborník *Deinštitucionalizácia sociálnych služieb v kontexte pomáhajúcich profesií*; Michalovce; 2016:230-237.
- MARTINKOVÁ, J. 2014. Evaluation tools of problematic behavior in patients with Alzheimer's disease. *Road to modern nursing XVI*; Prague; 2014: 131-135.
- ONDRIOVÁ, I. 2014. Validačná terapia u chorých s Alzheimerovou demenciou. In *Lekárske listy*. ISSN 1335-4477, 2014, č.23, roč.29, s.8-10.
- ORIEŠČIKOVÁ, H.- HRČOVÁ, J. 2013. Snoezelen - iný svet: základná filozofia a zásady budovania multisenzorických miestností. In *Efeta*. ISSN 1335-1397, 2013, č. 3, roč. 23, s.11-15.
- PICKENHEIN, L. 2000. *Basale Stimulation. Neurowissenschaftliche Grundlagen*. 2.Auf Duesseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Leben, 2000.149 s. ISBN 3910095321.
- PONECHALOVÁ, D. 2009. *Snoezelen. Úvod do tematiky*. [online]. 2009. [cit. 2016.04.22]. Dostupné na internete: <http://szsapstrnava.edupage.org/files/snoezelen.pdf>.
- PUTEKOVÁ, S. 2016, Manažment ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s Alzheimerovou demenciou v domácom prostredí. In: *Spoločne proti Alzheimerovej chorobe*. Piešťany, AkSken-aktívny senior o.z. 2016, ISBN 978-80-971833-1-8. - CD-ROM; S. 39-44.
- RABINČÁK, M. 2016. Aktivizačno – terapeutické intervencie u gerontopsychiatrického pacienta / klienta. In *Deinštitucionalizácia sociálnych služieb v kontexte pomáhajúcich profesií*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva sociálnej práce sv. Alžbety, 2016. ISBN 978-80-8132-144-3, s. 295-302.
- TAVEL, P. 2006. Validácia - terapeutický prístup k starým dementným pacientom. In *Psychiatria : časopis psychiatrov na Slovensku*. ISSN 1335-423X, 2006, č. 3-4, roč. 13, s. 182-191.
- TICHÁ, K. 2011. *Metoda Snoezelen*. [online]. 2011. [cit. 2016.04.22]. *Prohuman – Odborný internetový časopis - sociálna práca, psychológia, pedagogika, sociálna politika, zdravotníctvo, ošetrovateľstvo*. Dostupné na internete: <http://www.prohuman.sk/socialna-praca/metoda-snoezelen>.
- VAGOVIČOVÁ, E., PUTEKOVÁ, S., 2013, Etické aspekty starostlivosti o seniorov v ošetrovateľstve In: *Diagnóza v ošetrovateľstve*. - ISSN 1801-1349. - Roč. 9, č. 6 (2013), s. 18-19.
- VAVRUŠOVÁ, L. et al., 2012. *Demencia*. Martin: Osveta, 2012. 180 s. ISBN 978-80-8063-382-0.

Korespondence:

doc. PhDr. Ľubomíra Tkáčová, PhD.

Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov

Katedra ošetrovateľstva

Email: lubomira.tkacova@unipo.sk

ÚNAVA ZPŮSOBENÁ RAKOVINOU

Kateřina Hařová, Marcel Koňářík,

Fakultní nemocnice Ostrava, Klinika hematookologie

Souhrn: Autoři příspěvku objasňují vznik a význam únavy způsobené rakovinou. Autoři ukazují možnosti řešení eliminace vzniku či intenzity této únavy.

Klíčová slova: *Únava, rakovina, pacienti, fyzická aktivita*

Cancer-Related Fatigue

Summary: Authors explain the origin and importance of cancer related fatigue. Authors show the possibilities of solving the elimination of the origin or intensity of this fatigue.

Key words: *Fatigue, cancer, patients, physical activity*

Úvod

Únava související s rakovinou je jedním z nejčastějších vedlejších účinků rakoviny a její léčby. Není předvídatelná podle typu nádoru, léčby nebo stadia onemocnění.

Vlastní text

Únava, která se vyskytuje během onkologických onemocnění, je zcela odlišná od běžné únavy, kterou pociťuje zdravý člověk po vynaložené fyzické či psychické námaze. Je označována jako „Cancer-Related Fatigue“ (CRF) a je popisována jako pocit slabosti, vyčerpání až „vymytosti.“ Postihuje 70 – 100 % pacientů léčených cytostatiky nebo radioterapií (Watson, 2004). Pacienti se mohou cítit příliš unaveni jíst, chodit do koupelny nebo dokonce používat dálkové ovládání televizoru, ale i myslet či se jen pohnout. U některých lidí tento druh únavy způsobuje subjektivně větší potíže než bolest, nevolnost, zvracení nebo deprese. Únava související s rakovinou může trvat měsíce až roky. Často pokračuje po ukončení léčby (The American Cancer Society medical and Editorial Content Team, 2018). CRF mívá, kromě samotné léčby cytostatiky a ozařováním, více příčin: jsou jimi anémie, bolest, úzkost, nespavost, nedostatek fyzické aktivity malnutrice a další symptomy provázející onkologická onemocnění (The American Cancer Society medical and Editorial Content Team, 2018).

Léčba příznaků únavy je složitá a zahrnuje spoustu postupů – kompenzace případné anémie, fyzická aktivita, dostatek odpočinku a spánku, adekvátní výživa, psychická podpora atd (Cancer Research UK, 2016). Protektivní účinky fyzické aktivity na výskyt a intenzitu CRF byly potvrzeny u pacientek s karcinomem prsu (Mock, V. et al., 2001), u pacientů s Hodgkinovým lymfomem (Oldervoll, L. M. et al., 2003) či nádory hlavy a krku (Capozzi, L. C. et al., 2015).

Závěr

Únava související s rakovinou je i v současné době závažným problémem, se kterým se setkávají pacienti, zdravotnický personál a také příbuzní. Naším cílem je, v co největší míře eliminovat vznik či tíži CRF mimo jiné zaváděním fyzické aktivity do ošetrovatelské péče.

Literatura

CANCER RESEARCH UK ANGEL BUILDING. Treating cancer fatigue. *Cancer Research UK* [online]. ©2016, [cit. 2019-07-17]. Dostupné z: <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/coping/physically/fatigue/treating-cancer-fatigue>

CAPOZZI, L. C., BOLDT, K. R., LAU, H., SHIRT, L., BULTZ, B., CULOS-REED, S. N. A clinic-supported group exercise program for head and neck cancer survivors: managing cancer and treatment side effects to improve quality of life. *Supportive Care in Cancer* [online]. 2015, **23**(4), 1001-1007 [cit. 2019-07-17]. ISSN 0941-4355. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s00520-014-2436-4>

MOCK, V., PICKETT, M., ROPKA, M. E. et al. Fatigue and Quality of Life Outcomes of Exercise During Cancer Treatment. *Cancer Practice* [online]. 2001, **9**(3), 119-127 [cit. 2019-07-17]. ISSN 1065-4704. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1046/j.1523-5394.2001.009003119.x>

OLDERVOLL, L.M., KAASA, S., KNOBEL, H., LOGE, J. H. Exercise reduces fatigue in chronic fatigued Hodgkins disease survivors—results from a pilot study. *European Journal of Cancer* [online]. 2003, **39**(1), 57-63 [cit. 2019-07-17]. ISSN 09598049. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0959804902004835>

THE AMERICAN CANCER SOCIETY MEDICAL AND EDITORIAL CONTENT TEAM. *What Is Cancer-related Fatigue?* [online]. ©2018 [cit. 2019-07-16]. Dostupné z: https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/physical-side-effects/fatigue/what-is-cancer-related-fatigue.html#written_by

WATSON, T., MOCK, V. *Exercise as an Intervention for Cancer-Related Fatigue. Physical Therapy* [online]. 2004, **84**(8), 736-743 [cit. 2019-07-16]. ISSN 1538-6724. Dostupné z: <https://academic.oup.com/ptj/article/84/8/736/2857562/Exercise-as-an-Intervention-for-CancerRelated>

Korespondence:

Mgr. Kateřina Hašová
Klinika hematookologie
Fakultní nemocnice Ostrava
17. listopadu 1790
708 52 Ostrava Poruba
Email: katerina.hasova@fno.cz

NEDOSTATOK SPÁNKU U SENIOROV – RIZIKOVÝ FAKTOR

Jana Martinková

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

Súhrn: Spánok je jednou z biologických potrieb organizmu a dôležitou súčasťou života každého jedinca. Počas spánku dochádza k regenerácii psychických a fyzických síl, ktoré sú významné nielen pre správne fungovanie našich kognitívnych funkcií, ale i metabolických procesov. Organizmus potrebuje spánok, výživu, tekutiny a kyslík, aby prežil. Pre ľudí je spánok zásadný ukazovateľ zdravia a pohody. Asi až jednu tretinu života trávime spánkom. Väčšina z nás vie, že dobrý nočný spánok je dôležitý, ale nie každý si dopraje minimálne osem hodín spánku. Niektorí nedostatok spánku riešia konzumáciou stimulantov, ako je káva a iné energetické nápoje. Potreba spánku sa líši vzhľadom k vekovej kategórii, ale najviac spánok ovplyvňuje životný štýl a zdravie.

Kľúčové slová: spánok, rizikový faktor, nedostatok spánku, senior.

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. Dobrý spánok pomáha regenerácii srdca, ciev a mozgu správne fungovať. Kým mozog pri spánku odpočíva, pripravuje sa na čas bdenia počas dňa, ktorý nám napomáha pri učení, logických operáciách a zapamätaní si rôznych informácií. Dostatočný spánok pomáha zlepšiť schopnosti riešiť problémy, rozhodovať sa a byť kreatívny. Nedostatok spánku nielen negatívne ovplyvňuje kvalitu života ale môže spôsobovať alebo komplikovať fyzické i psychické ochorenia (Jausse et al., 2011) a zvyšovať riziko úmrtnosti (Cappuccio et al., 2010). Zvýšené riziko vzniku niektorých chronických zdravotných problémov, môže ovplyvňovať myslenie, schopnosť reagovať, pracovať a učiť sa. Pretrvávajúci nedostatok spánku mení aktivitu v niektorých častiach mozgu. Vznikajú ťažkosti v rozhodovaní, riešení problémov, kontrole emócií, v správaní sa a problémy vyrovnávať sa so zmenou. Nedostatok spánku sa tiež spája s výskytom depresí, samovrážd a rizikovým správaním. Prevalencia narušeného spánku má tendenciu stúpať i s vekom. Åkerstedt et al. (2016) udávajú, že účinnosť spánku je definovaná ako pomer celkového času spánku k času stráveného v posteli, čo sa zreteľne a významne znižuje s vekom. Je to jeden z mála parametrov, ktorý pokračuje v poklese po 60 tom roku. Narušený spánok môže byť chronický, čiže trvá viac ako jeden mesiac, alebo akútne v súvislosti s akútnym ochorením alebo psychickým stavom. Seniori by sa s problémom so spánkom mali zveriť lekárovi. Sestry by sa v rámci posúdenia mali zaujímať o problém so spánkom. Niekedy sa dá problém odstrániť napríklad zmenou životosprávy, životného štýlu a nie je potrebná farmakologická intervencia. Ak narušený spánok vytvára problémy, komplikuje aktivity denného života, senior je príliš unavený na to, aby fungoval normálne počas dňa, je to signál ku komplexnému posúdeniu jeho problémov. Ak narušený spánok pretrváva dlhšie a nerieši sa, môže spôsobovať nadmernú dennú ospalosť, ťažkosti s koncentráciou so zvýšeným rizikom úrazov, pádov a iných nehôd. Seniori vplyvom narušeného spánku majú väčšiu pravdepodobnosť depresívnych nálad. Slabý spánok je tiež spájaný s nižšou kvalitou života. V priemere 24,2% starších dospelých z celkovej európskej populácie udáva narušený spánok za posledných 6 mesiacov. Miera prevalence narušeného spánku u starších dospelých sa v jednotlivých krajinách výrazne líši od 16,6% v Dánsku a Taliansku, až po 31,2% v Poľsku (Van de Straat, Bracke, 2015).

Mnoho ľudí verí, že slabší, narušený spánok je bežnou súčasťou starnutia. Staroba nie je choroba, ale je to fyziologický stav istého obdobia života človeka, no predsa býva sprevádzaná mnohými ťažkosťami a skutočnými chorobami (Tkáčová, Dlugošová, 2011). V skutočnosti veľa zdravých starších dospelých udáva minimálne alebo žiadne problémy so spánkom. Vzory spánku sa menia podľa nášho

veku, ale narušený spánok nie je súčasťou normálneho starnutia. Potreba spánku je u každého individuálna a jedinečná. Niektorí ľudia spia šesť hodín, zatiaľ čo iní potrebujú aspoň osem hodín.

Populácia vo svete rastie a starne rýchlo. Tento bezprecedentný jav ovplyvňuje zdravotnícku prax a systémy zdravotnej starostlivosti v rozvinutých i v rozvojových krajinách. Je známe, že narušený spánok sa zvyšuje s postupujúcim vekom a vedie k výraznému zhoršeniu zdravia, poklesu kognitívnych schopností a zníženej kvalite života seniorov.

Spánok u seniorov

Potreba spánku sa v priebehu ontogenézy mení. Už od 30 rokov veku sa predlžuje dĺžka potrebná na zaspanie, 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. Doktorová (2018) udáva, že v priebehu života sa spánkové potreby človeka menia vzhľadom na vek a celkovú aktivitu. S pribúdajúcim vekom je spánok ľahší a kratší, človek sa častejšie prebúdzá na dlhší čas. Zrýchľuje sa prechod z jedného štádia do druhého, v dôsledku čoho sú spánkové cykly u seniorov nepravidelnejšie. Subjektívne vnímanie nespavosti je spôsobené častým prebúdzaním a nedostatkom hlbokého spánku. 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 seniorov patrí pocit nekvalitného spánku, dlhšia doba potrebná pre zaspanie, 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 hypnogramoch, kde sa demonštrujú zvýšené výskytý nočného prebúdzania, zmeny EEG aktivity a znásobenie doby ľahkého spánku (Fulke, Vaughan, 2009). Zvyšuje sa čas strávený v posteli a počet nočných prebudení. Väčší problém s kvalitou a dĺžkou spánku v starobe majú muži oproti ženám (Lee-Chiong, 2008). Výskumy dokazujú, že hlavnou príčinou zhoršenia kvality spánku nie je len vek, ale i ochorenia, ktoré sa u seniorov vyskytujú. Na stave zhoršeného spánku sa tiež podieľajú obmedzené sociálne kontakty, ktoré majú za následok zníženie pohybovej aktivity vo vonkajších priestoroch (Plháková, 2013). Vyšší vek je z rôznych dôvodov sprevádzaný 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). U seniorov je priemerná dĺžka spánku zredukovaná na 6 - 7 hodín, čo by malo postačovať na potrebnú obnovu síl. Väčšina seniorov 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 vyššieho veku sú časté aj patologické zmeny, ktoré bývajú častejšie 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. Táto skutočnosť býva zvyčajne dôsledkom 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. Pre vyšší vek je typické, že sa trávi väčšie množstvo času v posteli, než osoby 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, psychickým a somatickým ťažkostiam (Jiráček, 2004). Poruchy spánku vrátane upravenej dĺžky a fragmentácia spánku, sú bežné u väčšiny seniorov. Viac ako 40% dospelých vo veku nad 65 rokov má problémy so zaspávaním a spánkom ako takým. Problémy so spánkom sú 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 v starobe. 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 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).

Spánok u seniorov podlieha mnohým zmenám, keďže v tejto dobe odchádza väčšina ľudí do dôchodku, dochádza k strate životných partnerov, nastáva pocit neužitočnosti, 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. V starobe dochádza k zmenám spánku. Nočný spánok sa často presúva do skorších hodín, seniori predtým zaspávajú a ráno sa skôr prebúdzajú. 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 senior potrebuje spánku menej, sa zisťuje, že celková potreba spánku sa toľko nemení. Pozorovania potvrdzujú, že niektorí seniori spia 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. Seniori trávajú na lôžku 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 (Silvestri, 2017). Pre hodnotnejší nočný spánok seniorov je dôležité poznať správnu spánkovú hygienu a dobré spánkové návyky. Medzi najčastejšie poruchy spánku u seniorov, 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 aj senior má značné problémy so zmenou prostredia (Sládková, 2006). Poruchy spánku u seniorov sú veľmi časté a hospitalizácia ich väčšinou ešte prehĺbuje 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, nyktúria, dýchavičnosť, kašeľ, pálenie záhy, parestézie, kŕče v lýtkach, búšenie srdca a neprirodzená, 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 oddaľovať. V neposlednom rade tiež nemocničný hluk predstavovaný prístrojmi, zvonenie telefónov, zatváranie dverí alebo hlučné správanie personálu, sa významne podieľa na kvalite spánku u seniorov (Nevšímalová, 2008). Každý senior je bytosť, ktorý má svoje potreby v oblasti bio-psycho-sociálnej a spirituálnej. Preto každá neuspokojená potreba je prejavom nedostatku, čo vedie k negatívnemu 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 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 zníženú 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 (Topinková, 2005).

Viacerí autori výskumných štúdií sa zhodujú v tom, že narušený spánok, problémy so spánkom u starších dospelých, čiže u ľudí nad 60 rokov tu existuje a je potrebné z viacerých aspektov ho riešiť. Zhoda medzi autormi je i v tom, že pribúdajúci vek je jeden z popredných rizikových faktorov, ktorý ovplyvňuje narušený spánok. Narušený spánok je problém, ktorý treba riešiť, pretože môže negatívne ovplyvňovať kognitívne funkcie, čím sa stáva jeden z rizikových faktorov vzniku Alzheimerovej choroby, vplýva na chronické ochorenia a psychický stav staršieho dospelého, čím ovplyvňuje kvalitu života. Nástroje, ktorými môžeme zisťovať narušený spánok treba inovovať, pretože niektorí autori sa zhodujú v tom, že nie sú dostatočné na to, aby objektívne posudzovali problémy so spánkom, najmä u starších dospelých s pribúdajúcim vekom. Vzhľadom na vysokú prevalenciu, zložitost a zdravotné dôsledky spojené s narušeným spánkom u seniorov sa na túto tému zameriava čoraz väčšia pozornosť. Je dôležité, aby vedeckí pracovníci, lekári, sestry pochopili a boli schopní rozlišovať medzi tým, čo je už známe z dôkazov, čo je naznačované a aké otázky zostávajú nezodpovedané v oblasti narušeného spánku u seniorov. Vedomosti o fyziologických predpokladoch vedúcich k zmenám spánku majú potenciál zvýšiť pochopenie funkčného základu a úlohy spánku u seniorov. Dôležité je, že takéto vedomosti môžu tvoriť základ pre včasné odhalenie rizikových faktorov a prevenciu narušeného spánku vo vyššom veku. Puteková (2018) uvádza ako jednu oblasť v rámci podpory zdravia a prevencie u seniorov i spánok. Spánok sa považuje za kľúčový faktor pre kvalitu života, ako aj pre udržanie zdravia nielen vo vyššom veku. Je dôležité a potrebné, aby poskytovatelia zdravotnej i ošetrovateľskej starostlivosti lekári, sestry sa zaujímali o problémy narušeného spánku, diskutovali nielen so staršími, ale i mladšími dospelými o zdraví, o zdravom a kvalitnom spánku a poskytovali informácie o vhodnom správaní sa v oblasti spánkovej hygieny z dôrazom zlepšenia uspokojenia zo spánku. Identifikácia špecifických faktorov, ktoré zvyšujú riziko vzniku narušeného spánku, môže efektívne pomôcť pri cielených intervenciách a následne zlepšiť celkové zdravie starnúcej populácie. Významným krokom je i zapájanie sa zdravotníckych inštitúcií, poskytujúcich starostlivosť seniorom do výskumných štúdií, ktoré sa zaoberajú rôznymi problematikami, nielen narušeným spánkom.

Použitá literatúra:

ÅKERSTEDT, T. et al. (2016). The relation between polysomnography and subjective sleep and its dependence on age—poor sleep may become good sleep. *Journal of sleep research*, 2016, 25.5: 565-570.

CAPPUCCIO, FP., et al. (2010). Sleep duration and all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Sleep*, 2010, 33.5: 585-592.

DOHNAL, P. (2005). Spánek a stáří. *Practicus, odborný časopis SVL ČLS JEP* [online]. Praha: Practicus. ISSN 1213-8711. 2005, roč. 4, č. 9, s. 367-370. Dostupné z: <http://web.practicus.eu/sites/cz/Archive/practicus05-09.pdf>

DOKTOROVÁ, G. (2018). Spánok a odpočinok. In BOROŇOVÁ, J. a kol. *Vybrané témy z ošetrovateľskej problematiky*: I. časť. - 1. vyd. - Trnava: Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, 2018. s.230 – 255, ISBN 978-80-568-0170-3.

- DOHNAL, P. (2007). Senior living: trendy v seniorském bydlení 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.
- JAUSSENT, I., et al. (2011) Insomnia and daytime sleepiness are risk factors for depressive symptoms in the elderly. *Sleep*, 2011, 34.8: 1103-1110.
- 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.
- 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 spokojnému stáří. *Sestra*. ISSN -1210-0404, roč. 18, č.2, s.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.
- PUTEKOVÁ, S. (2018). Prevencia v ošetrovatelstve a úloha sestry pri podpore zdravia. In BOROŇOVÁ, J. a kol. *Vybrané témy z ošetrovateľskej problematiky: I. časť. - 1. vyd. - Trnava: Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce*, 2018. s.174 – 193, ISBN 978-80-568-0170-3.
- SILVESTRI, R. (2017). Sleep in older adults. In *Oxford Textbook of Sleep Disorders*, 3, 469. ISBN 987-0-19-968200-3.
- SLÁDKOVÁ, R. (2006). Problematika spánku u hospitalizovaných pacientů. In *Diagnóza v ošetrovatelství*, 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 procesy, 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání prac. ve zdrav., 2001, 186 s., IBSN 80-7013- 324-8.

VAN DE STRAAT, V., BRACKE, P. (2015). How well does Europe sleep? A cross-national study of sleep problems in European older adults. *International journal of public health*, 60(6), 643.

Korespondence:

doc. PhDr. Jana Martinková, PhD.

Katedra ošetrovatelstva Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce

Trnavská univerzita v Trnave

jana.martinkova@truni.sk



SLOVENSKÁ SPOLOČNOSŤ PRE OŠETROVANIE OTVORENÝCH RÁN A JEHO ČINNOSŤ: PROJEKT PRESSURE ULCERS MISSED CARE

Beáta Grešš Halász¹, Ivana Rónayová², Andrea Obročníková¹

¹Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra ošetrovateľstva

²Východoslovenský ústav srdcových a cievnych chorôb, Košice

Souhrn: Príspevok predstavuje organizáciu s názvom Slovenská spoločnosť pre ošetrovanie otvorených rán (SSOOR). Stručné zhrnutie histórie a súčasnosti spoločnosti súvisia s jej cieľmi a činnosťami. Plánované projekty SSOOR sú zamerané na požiadavky súčasnosti v kontexte demografie, výskytu chronických/nehojacich sa rán, poskytovania kvalitnej a bezpečnej zdravotnej starostlivosti s dôrazom na efektívnosť a racionalizáciu intervencií. Jeden z plánovaných projektov je projekt zameraný na Pressure Ulcers Missed Care- „nedokončenú, opomenutú starostlivosť“ v oblasti manažmentu preležanín na Slovensku. Cieľom príspevku je predstaviť plán projektu odbornej verejnosti na konferencii „Cesta k modernému ošetrovateľstvu XXI“.

Kľúčová slova: SSOOR; Projekt; Ošetrovateľstvo; Opomenutá starostlivosť; Manažment dekubitov

Summary: The paper introduces an organization called Slovak Open Wound Care Society (SSOOR). A brief summary of the history and present of the company is related to its goals and activities. The planned SSOOR projects focus on the demands of the present in the context of demography, the occurrence of chronic / non-healing wounds, the provision of quality and safe health care with an emphasis on efficiency and rationalization of interventions. One of the planned projects is the project focused on Pressure Ulcers Missed Care - “unfinished, omitted care” in the field of pressure ulcers’ management in Slovakia. The aim of the paper is to present the project plan to the professional public at the conference "The Road to Modern Nursing XXI".

Key words: SSOOR; Project; Nursing; Missed care; Management of pressure ulcers

Úvod

SSOOR (Slovenská spoločnosť pre ošetrovanie otvorených rán) bola založená v roku 2008 ako občianska platforma na Slovensku, ktorá združuje odborníkov a pacientov/klientov a ich príbuzných v súvislosti s manažmentom chronických, ťažko sa hojacich, alebo nehojacich rán. SSOOR sa zapája do činností spojených s certifikačnou prípravou a štandardizáciou komplexnej starostlivosti. Poskytuje odborné poradenstvo pacientom/klientom a ich príbuzným. Informuje verejnosť o fungovaní systému zdravotnej starostlivosti v oblasti manažmentu chronických/nehojacich sa rán. Podieľa sa na tvorbe slovenskej a európskej legislatívy súvisiacej s edukáciou, vzdelávaním a praxou. SSOOR reprezentuje odborníkov a pacientov/klientov na národnej, európskej i medzinárodnej úrovni. Poslaním SSOOR je obhajovať a presadzovať záujmy pacientov/klientov s chronickými/nehojacimi sa ranami a ich príbuzných a tiež komunikovať s príslušnými inštitúciami v súvislosti s manažmentom ich problému. Komunikuje tiež s príslušnými inštitúciami v súvislosti so vzdelávaním a praxou odborníkov. Cieľom je združovať pacientov/klientov a ich príbuzných s odborníkmi a špecialistami z oblasti zdravotnej starostlivosti a poskytovania služieb s dôrazom na holistický prístup a hlas pacienta/klienta s chronickou/nehojacou sa ranou.

SSOOR a jeho činnosť

História SSOOR v rokoch 2007-2018

SSOOR bola založená v roku 2007, zaregistrovaná na MV SR s konečnou platnosťou 12. februára 2008 pod č.VVS/1-900/90-31404. Stanovy SSOOR, ktoré boli v tom období schválené, neboli

zmenené počas celého obdobia rokov 2007- 2018. Spoločnosť vznikla na základe myšlienky postavenej na ľudských hodnotách, a to v prvom rade na pomoci trpiacim. Zakladateľmi spoločnosti boli chirurg MUDr. Peter Sedlák, pacient Ing. Miroslav Havránek a diplomovaná sestra pôsobiaca v Rakúsku, detská sestra Jozefa Košková, dipl. s. so skúsenosťami ako sestra inštrumentárka na operačnej sále, zdravotník v teréne, a po revolúcii v sestra domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Absolvovala rekvalifikačné kurzy: moderná organizačná pracovníčka, kurz manikúry a pedikúry. K zakladajúcemu členstvu sa v krátkom čase pridali Mgr. Marta Skachová, PhDr. Viera Macháčková, Ing. Milan Jakubček. Významnou členkou sa stala aj Mgr. Serena Hermannová, anesteziologická sestra a sociálna pracovníčka. Judita Steinerová, sestra, bývalá občianka a rodáčka SR, sa v roku 1963 s rodičmi presťahovala do Izraela. Po revolúcii sa vrátila na Slovensko a stala sa aktívnou členkou SSOOR. V nemalej miere sa zaslúžila o začínajúci rozbeh SSOOR. Profesorka PhDr. Oľga Slivková, s bohatými skúsenosťami v pedagogickej a publikačnej činnosti, sa tiež stala významnou členkou spoločnosti. Predsedníčkou spoločnosti v rokoch 2007-2018 bola pani Jozefa Košková, dipl. s. V tomto období hlavné ciele SSOOR spočívali v spoločnom úsilí zaktivizovať odborníkov so záujmom o zlepšenie stavu v systéme starostlivosti o chronické/nehojace sa rany, kompetentné a dotknuté osoby presvedčiť o nutnosti venovať sa problematike „chronických“ rán, a zriadiť certifikačné štúdium manažmentu rán.¹

Ustanovujúci snem v roku 2009 bol odrazovým mostíkom k naplneniu navrhnutých uznesení. Prioritným programovým uznesením občianskeho združenia bola myšlienka zaviesť do vzdelávacieho systému odbor v manažmente rán na niektorej zo zdravotníckych univerzít na Slovensku: realizovať výučbu moderného ošetrovania rán podľa vzoru EWMA (European Wound Management Association), svetovej organizácie hojenia rán World Union of Wound Healing Societies (WUWHS), a vytvoriť vlastný systém vzdelávania prispôsobený podmienkam slovenského systému zdravotníctva a vzdelávania. Z ďalších priorít spoločnosti v tom období bolo organizovať kurzy, semináre, konferencie, kongresy, a vymieňať si touto cestou užitočné vedomosti a skúsenosti formou diskusií, začať osvetovú činnosť pre laickú a odbornú verejnosť, viesť občanov k uvedomeniu si všeobecnej potreby starostlivosti ošetrovania otvorených rán a vychovávať k potrebným návykom, otvoriť Centrum pre ošetrovanie rán, zriadiť ošetrovne a mobilné ošetrovne, uľahčiť život chorému, zbaviť ho utrpenia, vyliečiť ho tak, aby sa mohol znovu zaradiť do bežného života a v konečnom dôsledku tak prispieť k celkovému ozdraveniu populácie a životného prostredia.

SSOOR sa stala členom EWMA a zorganizovala konferenciu

Predsedníčka pani Jozefa Košková po registrácii SSOOR požiadala o členstvo v EWMA v nádeji, že aj za pomoci EWMA dokáže priniesť v problematike manažmentu rán zmeny k lepšiemu. Žiadosti bolo vyhovené. Už v roku 2009 Slovensko navštívilo vedenie EWMA, na čele s prezidentom profesorom Finnom Gottrupom. Táto návšteva bola medializovaná. Na pôde MZ SR prijal zahraničných hostí generálny riaditeľ sekcie zdravia MZ SR MUDr. Adam Hochel. Záverom vtedajších rokovaní boli naplánované určité kroky, ktoré sa počas obdobia 2007-2018 ale ani po viacerých nasledujúcich rokovaníach nenaplnili.

V tom období spoločnosť SSOOR mala v spolupráci so Slovenskou zdravotníckou univerzitou ambíciu požiadať o akreditovanie na certifikačného štúdia. Žiaľ, táto ambícia sa nenaplnila. Dňa 10.10.2011 spoločnosť SSOOR v spolupráci s EWMA a s lekáorskými spoločnosťami zorganizovala v Bratislave v hoteli Danubius konferenciu pod názvom „Vred predkolenia a kompresia“, zameranú na liečbu dvojrstvovej kompresie ulcus cruris. Konferenciu financovala EWMA. Konferencia mala úspešný priebeh s vysokou účasťou. Prof. Finn Gottrup uviedol, že vo viacerých krajinách sú založené centrá manažmentu rán, a školenia prebiehajú formou kurzov manažovania rán získaním certifikátu „manažér rán“. Zárukou správneho posúdenia, diagnostiky a terapie sú práve existujúce centrá liečby a ošetrovania rán, s čím súvisí úspešné hojenie rán. V centrách odborníkmi preliečený pacient sa následne doliečuje v domácom prostredí. Zdôraznil potrebu vyhýbať sa konfliktom v tíme lekár a

sestra. Dobrú vzájomnú spoluprácu pokladal za jednu zo základných podmienok úspešnej liečby. Za dôležité pokladal mať k dispozícii štatistické ukazovatele. Výsledkom stretnutia bolo konštatovanie, že systém edukácie sestier a lekárov je vo všeobecnosti dobrý. Problém je v manažmente pacienta, nakoľko neexistuje/nefunguje jednotný algoritmus (národné pokyny), nie sú vyriešené kompetencie administratívne (kto, kedy a čo môže realizovať). Problémom je financovanie liečby a zdravotných výkonov zo strany zdravotných poisťovní. Problémom je aj spolupráca zo strany pacienta/klienta-neochota, neznalosť, finančná a časová náročnosť liečby. Závery konštatovaní boli definované, no odporúčania z tejto politickej besedy za okrúhlym stolom sa dodnes nenaplnili.

Útlm činnosti SSOOR

Spoločnosť SSOOR na svoju činnosť nemala žiadnu finančnú dotáciu ani sponzorstvo. Vo svojej práci nemohla veľmi aktívne pokračovať v ďalších programových predsavzatiach, ktoré si v stanovách vytýčila. Navyše, politicky sa mnohé ciele nenapĺňali. Tí, ktorí prisľúbili pomoc, nepomohli. Členovia sa usilovali pracovať v rámci vlastných časových a finančných možností. Vypracovali a navrhli niekoľko projektov, ktoré však nemali možnosť zrealizovať. Všade, kde sa objavili, stretli sa s obdivom, ale nie so záujmom podať pomocnú ruku. Je smutné, že táto angažovanosť spoločnosti SSOOR v konečnom dôsledku a napriek sľubom nebola v plnej miere podporená. Spoločnosť pociťovala frustráciu a pozastavila svoju činnosť. Práca členov výboru v spoločnosti bola v posledných piatich rokoch minimálna, pozostávala s konzultácií, riešení a pripomienkovaní vyskytnutých aktuálnych problémov. Práca SSOOR bola nakoniec po roku 2012 uvedená do útlmu na relatívne dlhé obdobie. Vzhľadom k situácii, zdravotnému stavu členov výboru a pocitu stagnácie, predsedníčka Jozefa Košková dňa 24.10.2018 zvolala Snem s úmyslom voľby výkonného výboru a „predania žezla mladej generácii“.

Súčasnosť SSOOR: ciele, činnosť a perspektívy spoločnosti

Na základe priameho hlasovania na Sneme v októbri 2018 bol zvolený 5 členný Výkonný výbor na čele s predsedníčkou PhDr. Beáta Grešš Halász, PhD., podpredsedníčkami doc. PhDr. Ľubomírou Tkáčovou a PhDr. Ivanou Rónayovou, tajomníčkou PhDr. Andreou Obročníkovej, PhD., a členkou výkonného výboru a čestnou podpredsedníčkou pani Jozefou Koškovou, dipl. s. Novozvolení výkonný výbor sa zaviazal pokračovať v aktivitách a víziách predchádzajúceho výkonného výboru. Cieľom záujmu spoločnosti SSOOR je naďalej združovať zdravotníckych pracovníkov a iných odborných pracovníkov, ako aj občanov SR trpiacich na otvorené, ťažko hojace sa rany, zefektívniť poskytovanú zdravotnú starostlivosť a služby občanom, angažovať sa v certifikačnej a vzdelávacej činnosti, pripomienkovaní legislatívy spojenej so štandardnými postupmi v zdravotníctve, skvalitniť ošetrovateľskú starostlivosť ako aj život pacientov/klientov a ich rodín, a to všetko v kontexte holizmu a opodstatneniu hlasu pacienta/klienta ako partnera. Spoločnosť SSOOR umožňuje dobrovoľnou aktivitou svojich členov odborne, materiálne a finančne zabezpečiť dostupnú, bezpečnú a kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť o chronické/nehojace sa rany, napomáhať realizácii navrhnutých a rozpracovaných projektov, podporovať vzdelávanie v certifikačnom štúdiu v ošetrovateľskej a v medicínskej starostlivosti o chronické/nehojace sa rany, podporovať vzdelávanie svojich členov, podporovať spoločenské a odborné podujatia s cieľom posilniť postavenie svojich členov v spoločnosti.

Poslanie SSOOR

SSOOR plne podporuje a aktívne participuje na plánovaní postgraduálneho certifikovaného vzdelávania na Slovensku. Člen má možnosť pripomienkovať a aktívne sa podieľať na príprave materiálov v súvislosti s postgraduálnym vzdelávaním.

SSOOR plne podporuje a aktívne participuje pri príprave legislatívy, štandardov a klinických odporúčaní v kontexte manažmentu rán v súvislosti s kompetenciami odborníkov, podporou nelicencovaných i licencovaných odborníkov pôsobiacich v inštitucionalizovanej a komunitnej oblasti, so vzdelávaním v oblasti manažmentu rán. Člen má možnosť pripomenovať a aktívne sa podieľať na príprave legislatívnych materiálov, štandardov a klinických odporúčaní.

SSOOR je v súčasnosti aktívnym členom EWMA, ktorá zastrešuje spoluprácu združení, spoločností, organizácií a firiem zameriavajúcich svoju činnosť na manažment rán v kontexte multiodborovej spolupráce nielen v Európe, ale aj na medzinárodnej úrovni. Dr Grešš Halász a pani Košková sú taktiež aktívnymi členmi ICC (International Compression Club). SSOOR je členom AOPP (Asociácie ochrany práv pacientov), ktorá združuje patientske organizácie na Slovensku. Benefitom je možnosť aktívneho angažovania sa, participácie, získavania kontaktov, najnovších informácií, a vzdelávania sa v oblasti manažmentu rán. Výhodou je bezplatná účasť na vybraných aktivitách a konferenciách s pridelením kreditov za aktívnu a pasívnu účasť.

SSOOR aktívne podporuje multiodborovú kooperáciu, pričom pacient a jeho rodina sú centrom pozornosti. Hlas pacienta je pre nás najpodstatnejší. Členstvo pacientov s chronickými/nehojacimi sa ranami a ich rodín/opatrovateľov je preto žiaduce. Výhodou je možnosť zapojiť sa do aktivít SSOOR, získať kontakty na odborníkov a spolupracovať s odborníkmi v oblasti manažmentu rán.

Projekty SSOOR: Pressure Ulcers Missed Care

V rámci aktivít Slovenskej spoločnosti pre ošetrovanie otvorených rán (SSOOR) plánujeme niekoľko projektov. V máji tohto roku sme zorganizovali prvý ročník „Deň manažmentu chronických rán“. Túto aktivitu chceme organizovať ako stretnutie s odborníkmi a pacientmi/klientmi, ktorého obsahom sú odborné workshopy a prednášky určené odborníkom i pacientom/klientom a ich príbuzným. Ročne sa toto stretnutie bude organizovať vždy v inom meste Slovenska v spolupráci s nemocnicami. Aktívne sa zapájame tiež do kampane STOP dekubitom. Spolupracujeme s EWMA a aktívne participujeme na konferenciách. Vidíme nespočetné množstvo nedostatkov v oblasti manažmentu chronických/nehojacich sa rán. Plánujeme mnoho projektov. Jedným z nich je téma zameraná na Missed Care v kontexte manažmentu preležanín. Inšpiráciou pre túto myšlienku sú chýbajúce relevantné dáta prevalencie a incidencie preležanín v dôsledku nedostatočného monitoringu a nevyhovujúceho systému zberu dát na Slovensku. Su uvedeným úzko súvisí nepostačujúca, nedokončená, vynechaná, opomenutá ošetrovateľská starostlivosť. Máme za to, že tieto dáta dokážu presnejšie identifikovať problém preležanín, a konkretizujú nedostatky v jasnejšom svetle.

Missed Care alebo opomenutá starostlivosť je aktuálnou témou. Vynechaná alebo opomenutá ošetrovateľská starostlivosť bola ako koncept analyzovaná v roku 2009 profesorkou Beatrice J. Kalisch et al. Missed Care alebo opomenutá starostlivosť je definovaná ako akýkoľvek aspekt požadovanej starostlivosti o pacienta, ktorý je vynechaný (čiastočne alebo úplne) alebo oneskorený. K opomenutej ošetrovateľskej starostlivosti prispievajú rôzne kategórie atribútov uvádzané sestrami v prostredí akútnej starostlivosti: (1) predchodzia situácia, ktorá katalyzuje potrebu rozhodnutia o prioritách; (2) prvky ošetrovateľského procesu a (3) vnútorné vnímanie a hodnoty sestry. Viaceré prvky v ošetrovateľskom prostredí vlastné sestram ovplyvňujú to, či je poskytnutá potrebná ošetrovateľská starostlivosť.² Opomenutá ošetrovateľská starostlivosť bola následne analyzovaná a šetrená vo výskume uskutočnenom profesorkou Beatrice J. Kalisch a profesorom Reg Arthur Williams v roku 2009. Títo autori zostavili a psychometricky testovali dotazník pod názvom MISSCARE.³ Tento dotazník bol použitý v projekte testujúcom 459 sestier pracujúcich v troch nemocniciach v USA. Celkovo opomenutá starostlivosť v oblasti posúdenia bola potvrdená u 44% respondentov, intervencie, základná starostlivosť a plánovanie sa potvrdilo u menej ako 70% respondentov. Dôvody opomenutej starostlivosti boli chýbajúce zdroje- personálne v 85%, materiálne v 56%, a komunikácia v 38%. Výsledky tejto štúdie vedú k záveru, že veľká časť všetkých

hospitalizovaných pacientov je ohrozená z dôvodu chýbajúcej, vynechanej, opomenutej ošetrovateľskej starostlivosti.⁴

MISSCARE dotazník validovali vo svojej štúdii aj Zeleníková et al. v roku 2019. Nástroj použili u 226 slovenských a českých sestier. Zároveň zisťovali množstvo, typ a dôvody opomenutia, vynechania starostlivosti. Interná konzistencia predstavovala hodnotu Cronbach α nad 0,9. Priemerné skóre predstavovalo hodnotu 1,64 (ŠD \pm 0,51) u českých a 1,99 (ŠD \pm 0,83) u slovenských sestier. Dôvod opomenutej starostlivosti bol v najvyššej miere nedostatok personálnych zdrojov. Slovenská verzia dotazníka je považovaná za reliabilný a validný inštrument.⁵

V kontexte uvedených faktov vyplýva, že opomenutá, nedokončená alebo vynechaná starostlivosť je vo všeobecnosti vážny problém. Z uvedených dôvodov plánujeme spracovať plán projektu zameraný na opomenutú a vynechanú starostlivosť v oblasti manažmentu preležanín sestrami, ktorý bude mapovať ošetrovateľskú starostlivosť- posúdenie, plánovanie, intervencie, realizáciu a hodnotenie. Komunikujeme s autormi uvedených prác a s víziou spolupráce uvidíme projekt do činnosti koncom tohto roka. Veríme, že sa náš cieľ naplní a s výsledkami projektu budeme môcť informovať širokú odbornú, ale i laickú verejnosť už budúci rok. Veríme, že dáta a informácie tohto charakteru napomôžu riešeniu problematiky preležanín na Slovensku.

Zoznam literatúry:

RÓNAYOVÁ, I.- GREŠŠ HALÁSZ, B. (2019) Slovenská spoločnosť pre ošetrovanie otvorených rán je opäť aktívna. *In Sestra*, 2019, ISSN 1335-9444. *in print*.

KALISCH, B. J.- LANDSTROM, G.- HINSHAW , A. S. (2009) Missed nursing care: a concept analysis. 2009, roč. 65, č. 7, s. 1509-17. ISSN 1365-2648.

KALISCH, B. J.- WILLIAMS, R. A. (2009) Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care. *In J Nurs Adm*, 2009, roč. 39, č. 5, s. 211-219. ISSN 0002-0443.

KALISCH, B. J.- LANDSTROM, G.- WILLIAMS, R. A. (2009) Missed nursing care: errors of omission. *In Nurs Outlook*, 2009, roč. 57, č. 1, s. 3-9. ISSN 0029-6554.

ZELENÍKOVÁ, R.- GURKOVÁ, E.- JAROŠOVÁ, D. (2019) Missed nursing care measured by MISSCARE Survey – the first pilot study in the Czech Republic and Slovakia. *In Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 2019, roč. 10, č. 1, s. 958–966. ISSN 2336-3517.

Korespondence:

PhDr. Beáta Grešš Halász, PhD.

Katedra ošetrovateľstva, Fakulta zdravotníckych odborov

Prešovská univerzita v Prešove

Partizánska 1

080 01 Prešov

e- mail: beata.gress.halasz@unipo.sk

PSYCHOMETRICKÉ NÁSTROJE V OŠETROVATELSKEJ PRAXI

Marek Rabinčák

PhD. študent, Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava
Psychiatrická nemocnica Michalovce, n.o.

Abstrakt: Ošetrovanie pacientov trpiacich duševnou poruchou či ochorením je náročné a vyžaduje si profesionálny a špecifický prístup. Jedným z dôležitých i kľúčových momentov v práci sestier v tejto oblasti je schopnosť objektívneho posúdenia pacientových problémov. Pri posudzovaní duševného stavu pacienta je veľmi dôležité rozlišovať domnienky a pozorovanie. K tomu slúžia aj posudzovacie a hodnotiace nástroje. Vznik psychiatrických posudzovacích a hodnotiacich nástrojov si vynútila potreba kvantifikovať psychopatologické prejavy. Pomáhajú objektivizovať posúdenie jedinca, vyhodnocovať účinnosť liečby, prípadne porovnať účinnosť rôznych terapeutických postupov a tým umožňujú individualitu ošetrovateľského procesu a zároveň zvyšujú efektivitu ošetrovateľskej starostlivosti.

Kľúčové slová: *Škály. Duševné poruchy. Ošetrovateľská starostlivosť. Psychiatrické ošetrovateľstvo.*

Abstract: The treatment of patients suffering from mental disorder or disease is difficult and requires a specific and professional approach. One of the important and key moments in the work of nurses in this area is the ability of an objective assessment of the patient's problems. It is very important to distinguish between assumptions and observation when assessing the patient's mental state. Assessment and evaluation tools serve this as well. Establishment of assessment and psychiatric evaluation tools was forced by a need to measure psychopathological symptoms. They help to objectify the assessment of individual, evaluate the effectiveness of treatment, eventually to compare the efficiency of different therapeutic procedures and thus allow the individuality of the nursing process, while improving the efficiency of nursing care.

Key words: *Rating scale. Mental disorders. Nursing care. Psychiatric nursing.*

Úvod

Každá spoločnosť sa vo svojej histórii musela zaoberať spoločensky problémovými a duševne chorými členmi. V jednotlivých obdobiach sa názory na duševné poruchy menili. Od vplyvu nadprirodzených síl, cez hanebné stigmy, nešťastie, psychodynamický rozvrat až po chorobu. S napredujúcim výskumom a postupným bádaním po možných príčinách duševných chorôb a porúch, spoznávaním vzájomných vzťahov medzi rôznymi chorobnými procesmi a skvalitňovaním diagnostických i terapeutických postupov sa vyvíjalo a napreduje aj psychiatrické ošetrovateľstvo. Ošetrovateľskú starostlivosť o duševné zdravie môžeme chápať ako súbor metód, intervencií a manažovania špecifických postupov (zásahov) potrebných pre prácu s psychickým chorým jedincom. Najväčšiu skupinu pracovníkov v starostlivosti o duševné zdravie predstavujú sestry, ktoré majú aj najširšie pôsobenie v klinických rolách a ich rôznorodých činnostiach. Ošetrovanie pacientov s duševným ochorením je náročné a vyžaduje profesionálny a špecifický prístup. Jedným z kľúčových momentov v práci sestier je schopnosť objektívneho posúdenia pacientových problémov. Pri posudzovaní duševného stavu pacienta treba rozlišovať domnienky a pozorovanie.

Vznik psychiatrických posudzovacích a hodnotiacich nástrojov si vynútila potreba kvantifikovať psychopatologické prejavy. Taktiež pomáhajú objektivizovať posúdenie jedinca, vyhodnocovať účinnosť liečby, prípadne porovnávajú účinnosť rôznych terapeutických postupov a tým umožňujú individualitu ošetrovateľského procesu a zároveň zvyšujú efektivitu ošetrovateľskej starostlivosti.

Posudzovanie pacienta a ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii.

Aj keď sa psychiatria dnes už celkom úspešne snaží približovať ostatným medicínskym odborom dôrazom na používanie biologických indikátorov, hodnotenie posudzovacími stupnicami ešte dlho ostane dôležitým nástrojom pre sledovanie vývoja ochorenia a kvantifikáciu jeho závažnosti (Höschl a kol., 2004). Posudzovanie je nepretržitý proces, ktorým získavame a vytvárame určitú databázu relevantných informácií o pacientovi (Bóriková, Žiaková, 2007) na základe subjektívnych informácií získaných od jedinca, ktoré si objektivizujeme údajmi od rodiny, kontaktných osôb (Čerňanová, 2011), z predchádzajúcich zdravotných záznamov a od ďalších členov zdravotníckeho tímu (Janosiková, Daviesová, 1999). Ide o činnosť, ktorá je zahrnutá vo všetkých fázach ošetrovateľského procesu. Posudzovanie v rámci ošetrovateľskej starostlivosti môžeme jednoducho charakterizovať ako získavanie všetkých dostupných údajov týkajúcich sa pacienta. Jeho adekvátnosť teda závisí v prvom rade predovšetkým od získaných údajov. Pri zhromažďovaní údajov treba mať na pamäti nasledujúce kategórie informácií:

- pacientov fyzický a duševný stav,
- vnímanie súčasnej situácie pacientom,
- vplyv sociálnych, rodinných a enviromentálnych faktorov na pacienta,
- aktivity, životný štýl a pacientove predchádzajúce i súčasné návyky.

Pri posudzovaní pacientov s duševnými poruchami musí byť postup sestry obozretný. Stanovenie sesterskej diagnózy nesmie byť iba na základe jedného symptómu či fyzického nálezu. Pri vyšetrowaní duševného stavu musí byť sestra taktná, aby sa vyšetrowaného nijako nedotkla, neurazila ho (Poledníková a kol., 2006).

Hodnotiace a posudzovacie nástroje

S postupným rozvojom ošetrovateľstva a skvalitňovaním ošetrovateľskej starostlivosti sa čoraz častejšie vyvíja, publikuje a používa množstvo rôznych meracích nástrojov na zber a objektivizovanie údajov. Meranie je systematický proces, ktorým kvantifikujeme vlastnosti jedinca, situácie a javu. Merací nástroj môžeme popísať ako súbor škál, otázok a iných informácií poskytujúcich obraz o požiadavkách jedinca a súvisiacich faktoroch (Žiaková a kol., 2009). Starostlivosť o pacienta realizovaná metódou ošetrovateľského procesu si vyžaduje neustále posudzovanie a hodnotenie stavu pacienta sestrou. Významnou pomôckou v tejto starostlivosti môže byť aj používanie posudzovacích škál (Drobná, Pečeňák, 2008). Sú to prostriedky slúžiace na popísanie prejavov a pocitov, ktoré sa inými metódami ťažko objektívne merajú a hodnotia. Je to spôsob vizualizácie nameraných zistení, hodnôt a fenoménov (Tkáčová, 2012).

Triedenie hodnotiacich a posudzovacích nástrojov

V odborných literárnych zdrojoch nachádzame množstvo originálnych alebo modifikovaných hodnotiacich a posudzovacích nástrojov. O význame ich využitia aj v psychiatrickom ošetrovateľstve svedčí ich početnosť a diverzita. V publikácii *Handbook of psychiatric measures* (Rush, First, Blacker, 2008) je uvedených 275 rôznych posudzovacích a hodnotiacich prostriedkov, ktoré majú rôznorodý charakter a zameranie. Ich delenie je problematické, respektíve môže byť viacvrstvové. Vo všeobecnosti môžeme podľa Guilfordovho kritéria administrácie deliť hodnotiace a posudzovacie nástroje do piatich kategórií:

- numerická,
- grafická,
- štandardná,

- kumulatívna,
- s nútenou voľbou (Žiaková a kol., 2009).
- Podľa Höschla a kol. (2004) z hľadiska formálnej konštrukcie psychiatrických posudzovacích stupníc môžeme uplatniť rôzne delenie:
 - podľa hodnotiacej osoby – sebakposudzovacie / hodnotené inou osobou,
 - podľa typu škály – diskkrétne / analogové,
 - podľa definície stupňa závažnosti – všeobecné / deskriptívne a v ich rámci kvantifikácia podľa intenzity respektíve frekvencie výkonu.

Benefity využívania hodnotiacich a posudzovacích nástrojov

Hodnotiace nástroje zjednodušujú prácu zdravotníckych pracovníkov vrátane sestier vďaka schopnosti objektivizovať posudzovanie jedinca v klinickej praxi, komunitnej starostlivosti i v inštitucionalizovanej sfére. V našich podmienkach sa postupne zvyšuje frekvencia používania týchto objektivizujúcich nástrojov. Avšak stále nie sú štandardom v ošetrovateľskej starostlivosti na jednotlivých pracoviskách (Pokorná a kol., 2013) aj napriek tomu, že používanie posudzovacích stupníc v ošetrovatelstve je zakotvené vo vyhláske MZ SR č. 470/2006, ktorá hovorí o týchto stupniciach ako o ukazovateľoch používaných pri hodnotení zmien v zdravotnom stave osoby. Túto zmenu meriame priamo alebo nepriamo a zhodnotenie sa vykonáva prevažne číselným súčtom (Vyhláška MZ SR č. 95/2018). Konkrétne prínosy hodnotiacich nástrojov podľa Pokornej a kol. (2013) sú:

- zvyšovanie kvality diagnostického procesu,
- zaisťovanie vyššej efektivity ošetrovateľskej starostlivosti,
- poskytovanie možnosti porovnávania dát a ich prenos medzi jednotlivými poskytovateľmi starostlivosti, respektíve v rámci multidisciplinárneho tímu,
- minimalizovanie rizika subjektívneho hodnotenia pri dodržaní pokynov pri administrácii,
- získavanie relatívne veľkého množstva dát v krátkom časovom intervale,
- prehľadnosť informácií o aktuálnom stave posudzovanej osoby,
- sledovanie stavu chorého v čase a efektivita aplikovaných ošetrovateľských stratégií,
- prevencia opakovaným a duplicitným vyšetreniam.

Vlastnosti posudzovacích metód

Aby mohli posudzovacie metódy slúžiť svojmu účelu, musia spĺňať niektoré požiadavky a vyhovovať niektorým podmienkam kvality. Medzi tieto vlastnosti patria validita, reliabilita, senzitivita a objektivita. Doktrína validity a reliability v ošetrovatelstve čerpá poznatky najmä z psychologickkej, pedagogickej či sociologickej literatúry (Žiaková a kol., 2009).

Validita

Najzávažnejším ukazovateľom nástroja je validita, platnosť testu, ktorá vypovedá o jeho praktickej užitočnosti. Validita udáva to, či test skutočne meria to, čo merať má (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2009). Všeobecne definujeme validitu ako „schopnosť výskumného nástroja zisťovať to,

čo bolo zamýšľané zisťovať“. Predstavuje vzťah nástroja k určitej teórii, na základe ktorej bol nástroj sformovaný (Gavora a kol., 2010).

Reliabilita

Reliabilita je popri validite ďalšou dôležitou vlastnosťou nástroja. Týmto pojmom rozumieme presnosť a spoľahlivosť (Gavora a kol., 2010). Nástroj sa považuje za reliabilný vtedy, ak výsledok jedného merania pomocou určitej metódy za rovnakých podmienok vedie k rovnakým výsledkom pri meraní opakovanom (Heretik a kol., 2007). Pre zachovanie reliability pri posudzovaní duševného stavu treba oddiferencovať domnienku a pozorovanie. **Pozorovaním** zachytávame prejavy správania alebo udalosti našimi zmyslami. **Domnienka** je subjektívna interpretácia pozorovaného správania alebo udalosti. Preto je dôležité pri hodnotení psychického stavu naše pozorovanie a domnienky o pacientoch overovať s ďalšími členmi zdravotníckeho tímu (Janosiková, Daviesová, 1999).

Senzitivita

Senzitivita testu alebo citlivosť vyjadruje úspešnosť, prostredníctvom ktorej používaný test zachytí prítomnosť sledovaného stavu respektíve choroby u daného subjektu. Dôležitá je aj kultúrna senzitivita, ktorá doceňuje kultúrne špecifiká bádanej populácie a je dobre adaptovaný v procese národnej validácie (Žiaková a kol., 2009).

Objektivita

Výkladový ošetrovateľský slovník (Kolektív autorů, 2007) definuje pojem *objektívny* ako existujúci nezávisle na vnímaní pacienta: používa sa predovšetkým v súvislosti so známami ochorenia. V súvislosti s hodnotiacim nástrojom hovoríme o objektivite vtedy, keď sú jeho výsledky nezávislé na osobe, ktorá test predkladá a ktorá ho vyhodnocuje. Jednotlivé inštrukcie a podmienky pre prácu s hodnotiacim nástrojom musia byť pre všetky vyšetrowané osoby rovnaké. Dôležité je presvedčiť sa o tom, či inštrukcia bola správne pochopená. Objektivitou testu rozumieme tiež možnosť respektíve nemožnosť zámerného skreslenia výsledku testu vyšetrowanou osobou. Môže ísť o snahu ukázať sa v „lepšom svetle“ alebo sa jedinec snaží o opačný efekt, kedy účelovo zhoršuje svoje výsledky (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2009).

Posudzovanie duševne chorého

Vyšetrenie duševného stavu pacienta sestrou by malo začínať podrobným opisom vonkajšieho vzhľadu a celkového správania. Je veľmi dôležité používať vhodnú a najmä presnú terminológiu (Janosiková, Daviesová, 1999). Údaje získané posudzovaním, pozorovaním a z informácií poskytnutých blízkou osobou alebo z iných zdrojov sestra zaznamená do ošetrovateľskej dokumentácie (Botiková a kol., 2009), ktorú tvorí zdravotný záznam pre pracoviská psychiatrie, dekurz a ošetrovateľská prepúšťacia správa (Vestník MZ SR, 2009). Jednotlivé informácie o duševnom stave sa vo všeobecnosti získavajú z rozhovoru s pacientom a zahŕňajú tieto kategórie:

- vonkajší vzhľad a celkové správanie,
- afekt a nálada,
- myšlienkové procesy,
- percepcia,
- kognitívne funkcie (Janosiková, Daviesová, 1999).

Pacienti s duševným ochorením sa stretávajú v rámci klinického obrazu príslušnej duševnej poruchy i s poruchou spánku a naopak, u mnohých ľudí trpiacich spánkovou poruchou sa vyskytuje niektorá z duševných porúch (Borzová a kol., 2009). Vstupný záznam sesterského posúdenia zdravotného stavu pacienta zahŕňa tieto oblasti: vedomie a orientácia, cirkulácia, dýchanie, výživa, vylučovanie, spánok, mobilita, koža, bolesť, komunikácia, učenie a zmyslové vnímanie, psychické funkcie a sociálne potreby a sebestačnosť (Vestník MZ SR, 2009). Pri vlastnom hodnotení prostredníctvom hodnotiacich a posudzovacích nástrojov je dôležité dodržiavať postup doporučený autorom. Ten sa môže u jednotlivých nástrojov odlišovať. Pre všetky posudzovacie a hodnotiace nástroje platí, že správne a presné výsledky môžeme dosiahnuť len s patričnou teoretickou prípravou a primeranými praktickými skúsenosťami.

Záver

Objektívne posudzovanie pacientových potrieb a problémov je dôležitým procesom ale i krokom v rámci poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti. Obzvlášť veľký význam má hodnotenie ťažko merateľných procesov a funkcií, ku ktorým neodmysliteľne patrí psychické prežívanie človeka. Veľký význam tu samozrejme zohrávajú odborné vedomosti a klinická skúsenosť sestier, ale taktiež dôležitú a nezastupiteľnú úlohu majú posudzovacie a hodnotiace nástroje. Je nevyhnutné a potrebné apelovať na celú ošetrovateľskú obec, aby sa štandardizovalo používanie škál pre posúdenie a hodnotenie jednotlivých psychických funkcií a duševných ochorení, tým by sa zvýšila objektivita a výpovednosť týchto nástrojov pre jednotlivých členov multidisciplinárneho tímu a tým aj ich samotná akceptácia. Odborné vedomosti a zručnosti v klinickom psychiatrickom ošetrovatelstve a správna aplikácia i realizácia ošetrovateľského procesu, ktorého súčasťou by mali byť posudzovacie a hodnotiace nástroje podporujú profesionálny rast sestry a vytvárajú z nej odbornú autonómnu autoritu.

Zoznam použitej literatúry

BORZOVÁ, C. a kol. (2009) *Nespavosť a jiné poruchy spánku*, 1. vyd. Praha: Grada publishing, 2009, 141 s. ISBN 978-80-247-2978-7.

BÓRIKOVÁ, I. - ŽIAKOVÁ, K. (2007) Problematika posudzovacích nástrojov v ošetrovatelstve. *In Ošetrovateľská diagnostika a praxe založená na dukazech*, s. 13-18, 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostrave, 2007, ISBN 978-80-7368-230-9.

BOTIKOVÁ, A. a kol. (2009) *Manuál pre mentorky v ošetrovatelstve*, 1. vyd. Trnava: Typi Universitatis Tyrnaviensis, 2009, 178 s. ISBN 978-80-8082-253-8.

ČERŇANOVÁ, A. (2011) *Ošetrovanie chorých s psychickými problémami na somatických oddeleniach*, 1. vyd. Martin: Osveta, 2011, 88 s. ISBN 978-80-8063-354-7.

DROBNÁ, T. - PEČEŇÁK, J. (2008) Použitie štandardizovaných posudzovacích stupníc v ošetrovateľskom procese v psychiatrii. *In Česká a slovenská psychiatrie*, 2008, roč. 104, č. 8, s. 398-404. ISSN 1212-0383.

GAVORA, P. a kol. *Elektronická učebnica pedagogického výskumu*. Posledná aktualizácia 2010. [cit. 2019-05-31]. Dostupné na internete <<http://www.e-metodologia.fedu.uniba.sk/>>

HERETIK, A. a kol. (2007) *Klinická psychológia*, 1. vyd. Nové Zámky: Psychoprof, 2007, 816 s. ISBN 978-80-89322-00-8.

HÖSCHL, C. a kol. (2004) *Psychiatrie*, 2. vyd. Praha: Tigris, 2004, 883 s. ISBN 80-900-130-74.

JANOSIKOVÁ, H. E. - DAVIESOVÁ, L. J. (1999) *Psychiatrická ošetrovateľská starostlivosť*, 1. vyd. Martin: Osveta, 1999, 551 s. ISBN 80-8063-017-8.

KOLEKTÍV AUTORŮ. (2007) *Výkladový ošetrovatelský slovník*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007, 568 s. ISBN 978-80-247-2240-5.

POKORNÁ, A. a kol. (2013) *Ošetrovatelství v geriatрии. Hodnoticí nástroje*, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013, 200 s. ISBN 978-80-247-4316-5.

POLEDNÍKOVÁ, Ľ. a kol. (2006) *Geriatrické a gerontologické ošetrovatelstvo*, 1. vyd. Martin: Osveta, 2006, 216 s. ISBN 80-8063-208-1.

SVOBODA, M. - KREJČÍŘOVÁ, D. - VÁGNEROVÁ, M. (2009) *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*, 2. vyd. Praha: Portál, 2009, 791 s. ISBN 978-80-7367-566-0.

TKAČOVÁ, Ľ. (2012) *In Praktické využitie škál v ošetrovateľskej starostlivosti*. Katedra ošetrovatelstva FZaSP TU, Námestie Osloboditeľov 82, Michalovce. Osobné poznámky z prednášky, nepublikované.

VESTNÍK MZ SR. 2009. ročník 57, číslo 07594/2009 – OZS o dňa 24.9.2009. *Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o vedení zdravotnej dokumentácie*, s. 313 - 358.

VYHLÁŠKA Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 95/2018 Z. z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom.

ŽIAKOVÁ, K. a kol. (2009) *Ošetrovatelstvo teória a vedecký výskum*, 1. vyd. Martin: Osveta, 2009, 322 s. ISBN 80-8063-304-2.

Korespondence:

PhDr. Marek Rabinčák

email: marek.rabincak@gmail.com

PODIEL OŠETROVATEĽSTVA PRI VYUŽÍVANÍ AKTIVIZAČNÝCH TECHNÍK U SENIOROV

Iveta Ondriová , Terézia Fertaľová, Lívia Hadašová

Fakulta zdravotníckych odborov Prešovskej univerzity v Prešove , Katedra ošetrovateľstva

Súhrn: Počet seniorov narastá v súvislosti s predĺžovanou dĺžkou života, kedy duša a psychika seniora zaostáva, ale telo je ešte funkčné. Tento paradox je stále viac popisovaný v súvislosti s ochorením a príznakmi demencie. V predkladanom príspevku sprístupňujeme projekt KEGA Podiel ošetrovateľstva pri využívaní aktivizačných techník u seniorov. Prioritným zámerom projektu je implementácia novej koncepcie starostlivosti o seniorov ich aktivizácia s ohľadom na stupňujúci sa kognitívny deficit. Celoživotné vzdelávanie podporuje využívanie nových prístupov v starostlivosti o seniora s podporením potenciálu kvality. Zapojením študentov chceme prepojiť teóriu a prax, prebudiť záujem starať sa o populáciu seniorov a implementovať transgeneračnú starostlivosť.

Kľúčové slová: *Senior, Aktivizácia, Demencia*

Summary: The number of seniors is increasing in connection with prolonged life expectancy, when the soul and psyche of the senior is lagging, but the body is still functional. This paradox is increasingly described in connection with the disease and symptoms of dementia. In this paper we present the project KEGA Nursing Share in the Use of Activation Techniques in Seniors. The priority objective of the project is the implementation of a new concept of care for the elderly and their activation with respect to the escalating cognitive deficit. Lifelong learning promotes the use of new approaches in the care of the elderly with the promotion of quality potential. By involving students, we want to interconnect theory and practice, arouse interest in caring for the elderly population and implement transgenerational care.

Kľúčové slová: *Senior, Aktivizácia, Demencia*

Úvod

V súčasnosti sa vo všetkých vyspelých krajinách do popredia dostáva významná a komplexná téma starnutia spoločnosti, ktorá je výsledkom demografického vývoja. V súvislosti so starnutím je dôležitý spôsob, akým seniori prežívajú obdobie staroby. Staroba prináša nové skúsenosti, s ktorými sa človek musí nejakým spôsobom vyrovnáť a záleží na jednotlivcovi ako túto vývojovú úlohu zvládne. Problémom väčšiny seniorov je strach zo sociálneho vylúčenia a samoty. Moderná medicína pomohla predĺžiť ľudský život o desaťročia, no úmerne k zvyšovaniu veku sa vynára nový problém v podobe porúch pamäti. Organická podstata problému sa označuje súhrnne názvom demencia. V starostlivosti o chorého s Alzheimerovou chorobou tradičné modely starostlivosti nestačia, čo prirodzene rozvíja potrebu využívať efektívne možnosti poskytovania kvalitnej starostlivosti erudovanými odborníkmi. (Bragdon, 2009)

Teoretické východiská a praktické výstupy projektu

Štatistické údaje uvádzajú, že celkový podiel osôb vyššieho veku sa do roku 2050 zdvojnásobí zo súčasných 10 na 21 percent, čo bude znamenať aj zvýšenie počtu ľudí postihnutých demenciou v rodinách, ale aj klientov s týmto ochorením v zariadeniach sociálnych služieb a zdravotníctve. Vzrastajúca náročnosť starostlivosti o pacientov s kognitívnym deficitom podmieňuje nároky na odbornosť poskytovateľov priamej starostlivosti nielen v inštitúciách dlhodobej starostlivosti, ale aj v domácej starostlivosti. Inovačné metódy starostlivosti využívajú najnovšie poznatky z ošetrovateľského a sociálneho výskumu, ktorý je prioritne zameraný na kvalitu života klientov a ich

aktivizáciu. V súčasnosti sú najviac implementované nefarmakologické postupy, z ktorých vyberáme: Psychobiografický model starostlivosti podľa Ernesta Böhma, reminiscenčná terapia, Validáčna terapia podľa Naomi Feil, Snoezelen terapia a mnohé iné. V rokoch 2011 až 2013 sme boli úspešnými riešiteľmi projektu KEGA pod názvom: Edukačné centrum pomoci pre príbuzných pacientov s Alzheimerovou chorobou v kontexte prepojenia teórie a praxe vo výučbe študentov. V spolupráci s príbuznými pacientov s ACH a zdravotníckymi pracovníkmi poskytujúcimi starostlivosť týmto chorým, sme zistili niektoré závažné problémy, ktoré sú v reálnej životnej situácii ťažko zvládnuteľné. V starostlivosti o chorého s ACH je najťažšie zvládať rôzne poruchy jeho správania a konania. So zámerom zmierniť tieto poruchy, prípadne odstrániť, máme víziu aktivizačnými technikami a nefarmakologickými prístupmi znížiť farmakoterapiu, odľahčiť záťaž opatrovateľov a zdravotníckych pracovníkov, a posilniť tak kvalitu starostlivosti o chorého s demenciou. Naliehavo vnímame potrebu týmto pacientom a klientom venovať pozornosť z pozície vzdelávacej inštitúcie, ktorá vychováva a vzdeláva sestry pre cieľovú skupinu pacientov seniorskej populácie. Aktivizačné techniky sú jedinečnou príležitosťou uplatniť inovatívne prístupy v starostlivosti o chorého s demenciou a posilniť kvalitu poskytovanej starostlivosti v intenciách úrovne poskytovanej starostlivosti v štátoch EÚ.

Nová koncepcia starostlivosti o pacienta s ACH využíva psychobiografický model starostlivosti podľa E. Böhma. Tento model starostlivosti prináša nový pohľad na geriatrické ošetrovatelstvo a svojimi inovačnými prístupmi k problematike demencií vnáša vysokú odbornosť do gerontopsychiatrického ošetrovatelstva. Böhmov model je ošetrovateľský model medzinárodne uznaný a v súčasnosti využívaný v nemecky hovoriacich krajinách v oblasti geriatrickej a gerontopsychiatrickej starostlivosti, ktorý je zameraný na podporu schopností sebaopatery seniorov a zmätených ľudí, a na spôsoby, ako čo najdlhšie túto schopnosť zachovať alebo navrátiť, a to princípom oživenia záujmu seniora aktivizáciou jeho psychiky. Spoluprácou s certifikovanou lektorkou psychobiografického modelu starostlivosti E. Böhma Inštitútu E. Böhma v Českej republike chceme hlbšie poznať teoretické východiská a možnosti praktického využitia modelu starostlivosti v praktickej rovine. (Siedel, Obenberger 2004)

Vykonávanie praktických výkonov s dementným pacientom je často komplikované a limitované nesprávnou komunikáciou. Využitie špeciálnych techník skvalitňuje komunikáciu, predovšetkým metódy validácie. Ide o dorozumievací systém, využívajúc špecifické techniky, ktoré redukovujú stresové zaťaženie dementného človeka a ošetrojúci personál a pomáhajú skvalitniť súžitie, komunikáciu a spoluprácu medzi pacientom, rodinnými príslušníkmi a ošetrojúcim personálom. Autorkou teórie validačnej terapie je Naomi Feil. Na Slovensku je oprávnená prezentovať poznatky validácie laickej a odbornej verejnosti Mgr. Mária Wirth, PhD. Na Slovensku ide stále o novú metódu, ktorú je potrebné poznať, prezentovať ale predovšetkým využívať v starostlivosti o chorého s Alzheimerovou chorobou. V súvislosti s implementáciou projektu je naším prioritným zámerom nadobudnúť potrebné vedomosti a praktické zručnosti pre následné využívanie validačnej terapie v starostlivosti o chorého s ACH formou workshopu vedeným Mgr. Mária Wirth, PhD. určeným pre študentov odboru ošetrovatelstvo, odborných asistentov a odborníkov z praxe. Posilnením komunikačných zručností v komunikácii s de zorientovanou osobou chceme využiť nadstavbový workshop so získaním oprávnenia metódu validácie využívať v praxi. (Holmerová, 2004)

V súčasnosti sa popri klasickej medicíne snažíme nájsť aj doplnkové postupy, ktoré sa stávajú neoddeliteľnou súčasťou v práci so zdravotne znevýhodnenými. Jednou z nich je **terapia pomocou špeciálnych terapeutických bábik**. Práca s bábikami má veľký úspech u seniorov s rôznymi stupňami a formami demencie. Terapeutické bábiky sú vyrobené tak, aby pripomínali živého človeka. Senior v pokročilom štádiu demencie naozaj vníma bábiku ako reálneho spoločníka. Vlasy sú jemné a pripomínajú skutočné. Priamy pohľad klientov s demenciou ruší, preto oči bábik smerujú do strany. Vyrobené sú z jemného materiálu a na dotyk sú veľmi príjemne. (Jirák a kol. , 2009) Bábika má oddelené prsty na ruke, čo je veľmi dôležité pri terapii. Kontakt ruky je základným kontaktom človeka s človekom. Pocit dotyku a pohladenia ako aj pocit objatia je upokojujúci. Na boku bábiky je otvor, do ktorého môžeme vložiť modul tlkotu srdca, ktorý má upokojujúci účinok. Bábika sa stáva skutočným

spoločníkom. Senior sa začne o bábiku starať. Veľký posun je u klientov, ktorí už dlhú dobu vôbec nekomunikovali a prostredníctvom bábiky sa u nich opäť objavili emócie a dokonca náznaky reči. (Klímová, Magurová 2013)

Veľkým prínosom v terapii bábikami je odbúranie tlmiacich liekov. Stráca sa agresivita a pocity zmätenosti. Objatie, pohladenie a pritúlenie sa k bábike je najväčším liekom. Terapia bábikami je ešte vo svojich začiatkoch. Chorého nedokážu vyliečiť ale pohladia dušu, otvoria srdce a vyčarujú úsmev na tvári chorého s Alzheimerovou chorobou. Ich účinok chceme sledovať v spolupráci so študentmi na psychiatrických pracoviskách v regióne Východného Slovenska. V pokročilom štádiu demencie, keď psychický stav chorého je nevládnuteľný a je odporúčaný do starostlivosti psychiatra, predpokladáme pozitívny účinok terapie bábikami v kombinácii s uplatňovaním princípov validácie podľa Naomi Feil, ktorý chceme aplikovaným výskumom sledovať. (Tokovská, 2013, Sheardová, 2011)

Získané poznatky v priebehu riešenia projektu chceme poskytnúť odbornej verejnosti účasťou na odborných – vedeckých podujatiach, publikáciami v odborných a vedeckých periodikách, čo bude zároveň východiskom pre spracovanie odbornej publikácie ako záverečný výstup projektu. V záujme lepšej porovnateľnosti náročnosti a pridanej hodnoty študijného odboru ošetrovateľstvo chceme monitorovať uplatnenie študentov participujúcich na projekte ich uplatniteľnosť na trhu práce v súvislosti s poskytovaním transgeneračnej starostlivosti seniorom.

Plánované uplatnenie výstupov, prínosy projektu v spoločenskej, ekonomickej a hospodárskej praxi

Dôležitosť integrovania univerzity spočíva najmä v jej schopnosti presadiť sa v prudko sa zvyšujúcej konkurencii vzdelávania vo svete ale i na Slovensku. V regióne Východného Slovenska je Prešovská univerzita v súčasnosti ako rozhodujúca inštitúcia univerzitného typu, a preto jej najvýznamnejšou preferenciou je kvalita vzdelávania. Dnes už nestačí len hovoriť o tom, že potrebujeme mať vzdelaných a kvalifikovaných ľudí. Je potrebné konať tak, aby absolventi, ktorí opúšťajú brány vysokých škôl boli pre prax prínosom už po nástupe do prvého zamestnania. Nárast populácie vo vyššom veku vo všetkých civilizovaných krajinách vytvára tlak na to, aby boli otázky života seniorskej populácie, ktorá má svoje špecifické problémy, odborníkmi prediskutované a následne efektívne riešené. Ukazuje sa, že takýto prirodzený zmysluplný zámer nie je jednoduché realizovať. Z hľadiska vzdelávania absolventov pomáhajúcich profesií je žiaduce zvýšenú pozornosť venovať starostlivosti o klientov a pacientov seniorskej populácie, pretože ich percentuálny podiel v zdravotníckych zariadeniach je prirodzene vyšší ako dospelá populácia či populácia detí. Intuitívne pomenúvanie problémov nie je dostatočným východiskom pre prax, ale návrh konkrétnych riešení, ich realizácia, vyhodnotenie, prepojenie teoretického rámca s konkrétnym realizačným výstupom v praxi v snahe inovovať prístup v starostlivosti o chorého s demenciou, je prínosom v prvom rade pre chorého seniora, o ktorého prejavíme záujem vzhľadom na jeho zdravotný stav, prípadne životnú situáciu, ale zároveň aj pre študenta, ktorý vidí výsledky práce v kvalite poskytovanej starostlivosti. (Vlášková, 2013) Naplnením cieľov projektu zároveň uplatňujeme princípy transgeneračnej starostlivosti, ktorá nahrádza súčasný kult mladosti kultom staroby. Nefarmakologické prístupy znižujú percentuálny podiel používania psychofarmák u chorých s demenciou v ťažko zvládnuteľných štádiu pri poruchách správania, čo má širší ekonomický význam. Z nášho profesionálneho hľadiska jeden z nezanedbateľných faktov je prinášať nové informácie o možnostiach pomoci chorým s demenciou odbornej a laickej verejnosti, pretože tu je príležitosť šíriť pozitívne správy čo najširšiemu okruhu ľudí.

Záver

Hlavným prínosom projektu pre žiadateľa je podpora kvality vzdelávania v Slovenskej republike, resp. na Prešovskej univerzite v Prešove, s cieľom priviesť do praxe vzdelaných absolventov so širokými interdisciplinárnymi vedomosťami orientujúcimi sa v širokom spektre problémov a pružne

reagujúcimi na potreby trhu práce. Moderná inovovaná výučba je predpokladom vyššej motivácie študentov o prácu so seniormi, ktorých počet v súlade s demografickým vývojom stúpa. Projekt bol vypracovaný na základe dopytu trhu po kvalitných absolventoch pripravených pre prácu so seniormi, čo je zárukou, že jeho realizácia významne prispeje k zvýšeniu konkurencieschopnosti absolventov a podpore odborného rastu zúčastnených riešiteľov projektu.

Literatúra:

BRAGDON, A.D.(2009) Gamon, D. *Nedovolte mozku stárnout*. 2. vyd. Praha: Portál 2009, 112 s., ISBN 978-80-7367-500-4

HOLMEROVÁ, I. a kol.(2004) *Nefarmakologické prístupy k pacientům postiženým demenci a podpora pečujících rodin*. In *Neurologie pro praxi*. roč. V., 2004, č. 1, s. 17 – 20.

JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. a kol.(2009) *Demence a jiné poruchy paměti. Komunikace a každodenní péče*. Praha : Grada Publishing 2009, 164 s., ISBN 978-80-247-3454-6

KLÍMOVÁ,E., MAGUROVÁ, D.(2013)*Teória a prax v starostlivosti o chorého s Alzheimerovou chorobou*. Prešov: Grafotlač 2013, 235 s. ISBN 978-80-555-0936-5.

SIEDL, Z., OBENBERGER, J. (2004) *Neurologie pro studium i praxi*. Praha : Grada Publishing 2004, 364 s., ISBN 80-247-0623-7

SHEARDOVÁ,K.(2011)*Současné možnosti terapie demenci, význam nefarmakologických intervencí*. In *Psychiatria pre prax*. ISSN 1335-9584, roč. XII., 2011, č. 3, s.124-126.

TOKOVSKÁ, M. (2013) *Kognitívny tréning v zariadení pre seniorov*. In *Sestra a lekár v praxi*, ISSN 1335-9444, roč. XII., 2013, č. 1, s. 38-39.

VLÁŠKOVÁ, D. (2013) *Alzheimerova choroba s rychlou progresí*. In *Sestra*. ISSN 1210-0404, roč. XXIII, 2013, č. 4, s. 58-59.

Korešpondencia:

PhDr. Iveta Ondriová, PhD.
Fakulta zdravotníckych odborov PU v Prešove
Partizánska 1, 080 01 Prešov
e-mail: iondriova@centrum.sk

NOVÉ TRENDY STAROSTLIVOSTI U PACIENTA S KLOSTRÍDIOVOU ENTEROKOLITÍDOU

Zuzana Novotná, Ľubomíra Lizáková, Andrea Šuličová

Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra ošetrovateľstva

Súhrn: Úvod: Autori príspevku predkladajú problematiku enterokolitíd, ktoré spôsobuje grampozitívna baktéria *Clostridium difficile*. Incidencia tohto ochorenia významne rastie, čo si v klinickej praxi vyžaduje edukovaný zdravotnícky personál pre zabezpečenie špecifického prístupu pri liečbe, ošetrovateľskej starostlivosti a prevencii šírenia tejto infekcie. Cieľ: Cieľom príspevku je prezentovať kazuistiku 62 ročnej pacientky, ktorá po chirurgickej operácii začala trpieť opakovanými hnačkami. Bola prijatá na Klinikum infektológie, kde sa potvrdila prítomnosť klostrídiového toxínu v stolici, čo si následne vyžiadalo nutnú izoláciu a následnú antibiotickú liečbu. Po opakovaných atakoch kolitídy bola u nej realizovaná opakovaná liečba fekálnou mikrobiálnou transplantáciou. Metodika: Kazuistika ako kvalitatívna výskumná metóda, prináša podrobný opis špecifickej liečby pri klostrídiovej infekcii, ktorá zahŕňa aktívny proces prípravy pacienta, získanie a vyšetrenie donora, ktorý musí byť zdravý a ochotný poskytnúť pacientovi stolicu, a vyškolený personál, ktorý pacienta pri realizácii terapie ošetruje. Informácie boli získané rozhovorom s pacientom a z jeho zdravotnej dokumentácie. Záver: Využitie tejto liečebnej modalita je významné hlavne u imunokompromitovaných pacientov, u ktorých sa vyskytujú opakované ataky kolitídy, nereagujúce na štandardnú antibiotickú terapiu. Rozhodovanie o jej realizácii závisí vo veľkej miere od samotného pacienta a jeho individualizovanej prípravy a ochote podstúpiť liečbu, ktorá je často spojená s predsudkami a odmietaním.

Kľúčové slová: *Clostridium difficile*; Enterokolitída; Kazuistika; Mikrobiálna fekálna transplantácia

NEW TRENDS IN CARE OF PATIENT WITH CLOSTRIDIAL ENTEROCOLITIS

Summary: Introduction: The authors of the paper present the issue of enterocolitis caused by the gram-positive bacterium *Clostridium difficile*. The incidence of this disease is increasing significantly, requiring educated health care professionals in clinical practice to provide a specific treatment approach, nursing care, and prevention of the spread of this infection. Research aim: The aim of the paper is to present a casuistry of a 62-year-old female patient who has experienced repeated diarrhea after surgery. She was admitted to the Clinic of Infectology, where the presence of clostridial toxin in the stool was confirmed, requiring the necessary isolation and subsequent antibiotic treatment. After repeated colitis attacks, she was treated with fecal microbiota transplantation. Methodology: A casuistry as a qualitative research method provides a detailed description of a specific treatment for a clostridial infection that involves an active patient preparation process, obtaining and examining the donor, who must be healthy and willing to provide the patient with stool, and trained staff to treat the patient in the therapy realization. The information was obtained by interviewing the patient and his medical documentation. Conclusion: The use of this treatment modality is particularly important in immunocompromised patients who experience recurrent colitis attacks not responding to standard antibiotic therapy. The decision to implement it depends to a great extent on the patient himself and his individualized preparation and willingness to undergo treatment, which is often associated with prejudice and rejection.

Key words: *Clostridium difficile*; Enterocolitis; Casuistry; Fecal microbiota transplantation

Úvod

Klostrídiové infekcie čreva (CDI – *Clostridium difficile* infections) spôsobuje grampozitívna anaeróbna baktéria *Clostridium difficile* (CD). Je najčastejšou príčinou hnačky a jedným z pôvodcov

najčastejších nozokomiálnych infekcií, ktoré môžu byť exogénne aj endogénne (Jarčuška 2014). Zdrojom exogénnej infekcie sú najčastejšie spóry klostrídií, ktoré prežívajú v izbách pacientov. Pravdepodobnosť kolonizácie nemocničných pacientov narastá s dĺžkou hospitalizácie a súvisí s lokálnou epidemiologickou situáciou. Zvlášť pri nedodržiavaní bežných epidemiologických zásad môže dôjsť k priamemu prenosu infekcie z jedného pacienta na druhého. Udáva sa, že asi 5 % dospelých populácie v komunite má sliznicu hrubého čreva bezpríznakovo osídlenú CD. Často vzniká v súvislosti s predošlou systémovou antibiotickou liečbou. Jej výskyt je častý u starších a polymorbidných pacientov a u imunokompromitovaných osôb (Sarvašová 2019). Liečba CDI býva komplikovaná vznikom rezistencie na terapiu prvej voľby a nedostatočne liečení pacienti sa môžu stať asymptomatickými nosičmi CD v sociálnom zariadení alebo v domácom prostredí (Gombošová 2012). Klostrídiové enterokolitídy sú v súčasnosti na vzostupe výskytu, čím významne zvyšujú morbiditu aj mortalitu. Vznik a priebeh ochorenia závisí od imunologickej zdatnosti jedinca a prítomnosti rizikových faktorov. K najvýznamnejším faktorom pre vznik CDI patria: vek nad 65 rokov, antibiotická liečba posledné tri mesiace, imunosupresívna liečba, dlhodobé užívanie blokátorov protónovej pumpy, polymorbidita, operácie na hrubom čreve, chronické črevné zápaly, diabetes mellitus, onkologická liečba a iné (Husa 2013)

Etiopatogenéza a klinický obraz

Pôvodcom CDI je *Clostridium difficile*, anaeróbna grampozitívna sporulujúca neinvazívna a toxikogénna baktéria, produkujúca toxín A a B a binárny toxín A/B, ktoré poškadzujú epitel hrubého čreva. Bežne sa nachádza v prírode, v povrchových a odpadových vodách, zdrojom môžu byť aj domáce zvieratá, v zriedkavých prípadoch aj mäsové produkty (Štepánová 2014). Pri nepriaznivých životných podmienkach sa rýchlo transformuje na spóry, ktoré prežívajú na povrchoch, predmetoch, bielizni aj niekoľko mesiacov. Spočiatku CD adhezuje na stenu hrubého čreva a poškodzuje črevný epitel, neskôr aj zasahuje aj hlbšie vrstvy črevnej steny (Kukučková 2011). Vznik hnačky predstavuje samočistiaci mechanizmus a je pre pacienta prospešný. Ak sa hnačka nevyvinie, alebo sa pacientovi podávajú lieky na zníženie črevnej peristaltiky ochorenie progreduje. Vznikajú ostrovčekovité ulcerácie, ktorých povrch sa pokrýva pablami. Pôsobením toxínov môže postupne dochádzať k zástave peristaltiky a rozvoju ilea. V terminálnom štádiu dochádza k rozvoju megakolon a významnej strate bariérovej funkcie črevnej sliznice. Baktérie tak prenikajú do hlbších vrstiev tkanív a môže vzniknúť sepsa s vysokou úmrtnosťou (Gombošová 2012).

Klinický priebeh závisí od celkového stavu pacienta, prítomnosti rizikových faktorov a typu baktérie. Pacient s CDI môže mať ľahký stredný alebo ťažký priebeh infekcie. Typicky sa klostrídiová enterokolitída prejavuje početnými, málo objemnými vodnatými stolicami, ktoré sú nebezpečné hlavne u starších a polymorbidných pacientov, u ktorých môže mať následná dehydratácia a rozvrat vnútorného prostredia závažné následky (Henrich 2019). Prítomné môžu byť bolesti brucha, tenezmy, meteorizmus, nechutenstvo a subfebrilita. Ťažký priebeh kolitídy sa vyznačuje hypoalbuminómiou, leukocytózou, silnými bolesťami brucha, teplota nad 38,5 °C. Takýto priebeh kolitídy si vyžaduje intenzívnu starostlivosť, pretože môže dôjsť k cirkulačnej nestabilite, paralýze čreva, ileu a vzniku toxického megakolon (Husa 2013).

Diagnostika ochorenia

Kľúčovou je dôkladná anamnéza zameraná na zisťovanie nedávnej antibiotickej liečby a pridružené ochorenia v osobnej anamnéze. Ochorenie sa môže objaviť počas ATB liečby, alebo až do 3 mesiacov po jej skončení (Gombošová 2012). Ďalším krokom je vyšetrenie klostrídiového toxínu A a B. Dokazuje sa zo stolice, ktorá musí byť spracovaná do dvoch hodín, pretože sa toxín pri izbovej teplote rýchlo rozpadáva. Vyšetrenie trvá dve hodiny a pri pozitívnom výsledku sa môže hneď začať s liečbou. Kultivácia sa používa zriedka pretože trvá 2-3 dni a musí byť anaeróbna. Zlatým štandardom pri diagnostike ťažkej CDI je kolonoskopia, ktorá môže odhaliť pseudomembrány pripomínajúce chumáče bielej vaty. Pri ťažkých formách endoskopiu limituje riziko perforácie čreva (Kukučková 2011).

Liečba ochorenia

K všeobecným odporúčaniam liečby patrí ukončenie ATB liečby, ktorá infekciu vyvolala, dostatočná hydratácia, bezzvyšková strava a úprava klinického stavu. Pri vážnejších formách sú základnými liekmi metrobnidazol, vankomycín, ktoré sa podávajú perorálne. U pacientov kde nie je možné prerušiť ATB liečbu sa podáva fidaxomicín, ktorý sa podáva perorálne, do nazogastrickej sondy alebo v klyzme (Sarvašová 2017) Za efektívnu liečbu sa považuje redukcia denného počtu stolíc alebo úprava ich konzistencie, neprítomnosť známkov ťažkej kolitídy, multiorgánového zlyhania a septického šoku. Indikáciou na chirurgický výkon sú toxické megakolon, perforácia čreva a zhrubnutie steny hrubého čreva (Husa 2013) Pri recidivujúcich kolitídach sa v súčasnosti ukazuje ako efektívna liečebná metóda fekálna mikrobiálna terapia, pri ktorej je reálna šanca zlepšiť pacientovi črevnú dysmikrobiu (Sarvašová 2019).

Fekálna mikrobiálna terapia

Fekálna mikrobiálna terapia (FMT) je uznávanou metódou liečby recidivujúcich klostrídiových kolitíd, pričom dopyt po tejto liečebnej metóde súvisí s nárastom prípadov ochorenia v posledných rokoch. FMT bola vyvinutá v Austrálii a v podstate znamená prenos fekálneho transplantátu od darcu do čreva pacienta. Jej cieľom je upraviť a zlepšiť narušený črevný mikrobiom pacienta prenosom stolice od zdravých darcov. Prenos sa realizuje cez horný gastrointestinálny trakt nazo-jejunálnou sondou, alebo cez dolný gastrointestinálny trakt kolonoskopicky alebo retenčnou klyzmou (Polívková 2018). Spôsob aplikácie závisí od zdravotného stavu pacienta a miery jeho tolerancie podstúpiť invazívny výkon. Zavedenie transplantátu pomocou kolonoskopu sa neodporúča u pacientov pri závažnom priebehu CDI, pretože hrozí perforácia čreva. FMT retenčnou klyzmou je málo invazívny a pomerne ľahko realizovateľný výkon, ktorý je pacientami dobre znášaný. Aj keď v súčasnosti existujú odporúčania správneho postupu FMT ustálený globálny konsenzus odborníkov o optimálnom postupe doposiaľ neexistuje (Sarvašová 2019).

Realizácia fekálnej mikrobiálnej terapie

Ak je pacient zrozumiteľne oboznámený a súhlasí s absolvovaním navrhnutej liečby, môže sa zahájiť proces realizácie FMT, ktorý prebieha v niekoľkých krokoch. Na začiatku je potrebné získať vhodného darcu alebo viacerých darcov. Najčastejšie si pacient vyberie ochotného rodinného príslušníka, u ktorého je potrebné komplexne zhodnotiť celkový zdravotný stav. Cielene sa pátra po autoimunitných, onkologických, metabolických a zápalových ochoreniach. Zisťujú sa tiež epidemiologické faktory, rizikové kontakty (návšteva krajiny s nižším hygienickým štandardom), nové tetovania, piersing. Vyradení sú aj darcovia, ktorí absolvovali ATB terapiu pred menej ako 3 mesiacmi. Donor musí okrem základného fyzikálneho vyšetrenia absolvovať celý rad vyšetrení stolice na črevné patogény, hematologické a sérologické laboratórne vyšetrenia. Ak sa nenájde vhodný „zdravý darca“ ktorého si vybral pacient je dispozíciou zmrazený transplantát od vopred vyšetreného darcu (Štrudik 2016).

Päť dní pred transplantáciou je darca poučený o eliminácii potravín na ktoré je darca alergický, alebo ich zle toleruje. Jeho povinnosťou je nahlásiť zmenu zdravotného stavu (teplota, zvracanie, hnačka), ktorá nastala v období medzi skríningom a samotným darovaním stolice. V dohodnutý čas výkonu darca prinesie stolicu, ktorá by mala byť spracovaná do 6 hodín od defekácie. Vzorka sa následne rozmixuje so sterilným fyziologickým roztokom (približne 30 g stolice a 150 ml fyziologického roztoku). Nestrávené zvyšky stolice sa prefiltrujú cez gázu a takto pripravený transplantát sa instiluje do čreva. Pacient sa pred podaním fekálnej suspenzie prelieči minimálne 3 dni ATB (vankomycín alebo fidaxomycín), s ukončením liečby najmenej 48 hodín pred výkonom. Pacienti sú počas liečby antibiotikami hospitalizovaní (Sarvašová 2019).

Osobitosti starostlivosti a opatrenia na zabránenie šírenia infekcie

Preventívne opatrenia v zdravotníckom zariadení majú byť cielené a zamerané predovšetkým na zníženie rizika rozvoja ochorenia u už kolonizovaného pacienta a prevenciu kolonizácie rizikových

pacientov (Kukučková 2011). Základným opatrením znižujúcim výskyt je izolácia pacienta, bariérová starostlivosť, umývanie rúk, špeciálne opatrenia pri upratovaní oddelenia s použitím sporocidných prípravkov. Zdrojom infekcie okrem infikovaného pacienta bývajú kontaminované pevné povrchy, na ktorých prežívajú vegetatívne formy síce krátkodobo (24 hod.), ale spóry prežívajú niekoľko mesiacov a sú vysoko rezistentné na používané dezinfekčné roztoky. Dobre sa im darí v alkoholovom prostredí, preto nie je vhodná alkoholová dezinfekcia povrchov. Dezinfekcia plôch a povrchov kde sa zdržiavajú infikovaní pacienti by sa mala robiť 1x denne. Toalety a mobilné záchody by mali byť dezinfikované po každom použití. Prenos prebieha aj prostredníctvom kontaminovaných rúk personálu, kontaminovanými pomôckami, vyšetrovacími nástrojmi a prístrojmi (endoskopy, fonendoskopy, tlakomery). Osobitnú starostlivosť si vyžadujú ruky ošetrojúceho personálu. Neodporúča sa dezinfekcia alkoholovými prípravkami, ktoré sú na CDI neúčinné, ale mechanická očista rúk mydlom a vodou, dôkladné osušenie a následne je vhodné použiť alkoholový prostriedok ako prevencia prenosu nozokomiálnych patogénov. Vhodné a účinné je používanie jednorazových rukavíc pri každom fyzickom kontakte s infikovaným pacientom alebo jeho okolím. Potrebné je tiež používanie jednorazových plášťov pri všetkých činnostiach, pri ktorých mohlo dôjsť ku kontaminácii pracovného oblečenia ošetrojúceho personálu. Pacienti v izolačnom režime majú všetky pomôcky vyhradené na osobné používanie a ponechávajú sa na izbe. Pohyb pacienta mimo izbu sa v rámci možností minimalizuje, v prípade jeho vyšetrenia mimo oddelenia musí byť všetok personál informovaný z dôvodu dodržiavania opatrení, ktoré zabránia kontaminácii prostredia a kontaktu s inými pacientami. Po výkone musí byť realizovaná dôkladná dezinfekcia všade kde sa pacient zdržiaval (Beneš 2014).

Medzi najúčinnšie opatrenia zabraňujúce šíreniu CDI je oboznámenie všetkých zamestnancov, ktorí sa podieľajú na starostlivosti o pacienta so špecifickými charakteristikami samotnej infekcie a problematikou zdroja infekcie, kontaminácie, prenosu a prevencie. Nevyhnutná je aj edukácia návšteví o bariérových opatreniach, hlavne pred vstupom do izby pacienta a po jej opustení (Gombošová 2013).

Kazuistika pacientky s klostrídiovou enterokolitídou

62 ročná žena, v minulosti učiteľka, aktuálne starobná dôchodkyňa, do dôchodku odišla predčasne. Po absolvovaní chirurgickej operácie sa u nej objavili pretrvávajúce hnačky pre ktoré bola hospitalizovaná na klinike infektológie. Potvrdila sa u nej prítomnosť klostrídiového toxínu v stolici, preto bola pacientka izolovaná a liečená antibiotikami. Pacientka bola oboznámená so spôsobom zberu údajov o jej prípade a podpísala informovaný súhlas. Po celý čas zberu údajov bola veľmi trpezlivá, aktívna a komunikácia s ňou bola veľmi efektívna.

Anamnéza

Pacientka sa lieči dlhodobo na arteriálnu hypertenziu 2. stupňa kompenzovanú antihypertenzívami, ktoré užíva pravidelne. V 2003 absolvovala hysterektómiu a rádioterapiu, v 2007 jej bola robená apendektómia a vo februári 2018 sa podrobila operácii sigmi pre opakované diverkultídy. Po tejto operácii sa u nej objavili opakované hnačky. Pacientka užíva Coryol, Anopirin, Telmisartan, neudáva žiadne alergie. Otec pacientky sa liečil na vysoký tlak a cukrovku, zomrel na srdcový infarkt ako 65 ročný, matka zomrela ako 75 ročná na karcinóm prsníka. Dve sestry sa liečili na rakovinu a brat trpí vysokým tlakom a cukrovkou. Pacientka žije v spoločnej domácnosti s manželom, má dve dcéry a niekoľko vnúčat. Rodina je pre ňu zmyslom života, oporou a veľkou motiváciou k vyliečeniu.

Katamnéza

Pacientka vyše roka trpela opakovanými divertikulitídami, ktoré sa prejavovali striedaním zápchy a hnačiek, nauzeou, nechutenstvom, občasnými teplotami. Keďže tento stav ju vyčerpával a cítila sa slabá a neschopná robiť bežné veci, rozhodla sa pre operačný zákrok.

5. februára 2018 sa jej na chirurgickom oddelení robila resekcia sigmi a po úspešnej operácii bola umiestnená na chirurgickej JIS za účelom pooperačného monitoringu, antibiotickej a rehydratačnej

liečby. Dva dni po operácii sa objavili masívne hnačky hlienového charakteru vo frekvencii 10 a viac krát do dňa. Po preložení na štandardné oddelenie hnačky pretrvávali, preto bola odobratá stolica na vyšetrenie prítomnosti baktérie *clostridium difficile*. Počas hospitalizácie zistila od ošetrojúceho personálu na chirurgii, že počas jej pobytu na JIS tam boli hospitalizovaní pacienti s klostrídióvymi hnačkami, pričom neboli v izolačnom režime. Je presvedčená sa nakazila práve tam pre zanedbanie osobitného izolačného režimu starostlivosti. Jej výsledky boli pozitívne, preto bola izolovaná na vlastnú žiadosť na nadštandardnú izbu a začala dostávaťperorálne každých 6 hodín 125 mg Vankomycín. Štandardne trvá liečba 10 dní, ale pacientka trvala na tom, že ho dostávala iba 6 dní, potom dva dni nedostala nič a potom ho dva dni brala znova. Podľa dokumentácie bola liečba podávaná bez prerušenia. Pacientke sa zhoršil psychický stav z pretrvávajúcich hnačiek a jej dôvera v personál bola výrazne narušená, čo sa prejavovalo nervozitou, plačlivosťou a žiadosťami o prepustenie do domáceho liečenia. Postupne sa počet hnačiek znížil na 4-5 za 24 hodín, čo bolo pacientke vysvetlené ako výrazné zlepšenie stavu a 14. februára bola bez vyšetrenia pozitivity stolice prepustená do domáceho liečenia.

Druhý deň po prepustení sa frekvencia hnačiek opäť zvýšila na 5-6 krát za deň, pacientka stále dúfala že sa jej stavlepší. Keď sa objavila zvýšená teplota navštívila obvodného lekára, ktorý jej predpísal Azytromicín. Pri jeho užívaní sa frekvencia hnačiek zvýšila na 10-12 krát za 24 hodín. Pacientka uvádza, že bola „totálne vynervovaná a zúfalá“ a preto ju jej všeobecný lekár odoslal na hospitalizáciu na Kliniku infektológie so slovami, že je infekčná a musí sa tam liečiť.

24. februára bola prijatá na Kliniku infektológie za účelom diferenciacie zdravotného stavu. Bola izolovaná na dvojlôžkovej izbe určenej pre pacientov s klostrídióvymi infekciami a okrem základných biochemických a hematologických odberov sa jej odobral výter z rekta na kultiváciu a citlivosť, stolica na mikrobiológiu, prítomnosť vírusov: noro, adeno a rota vírusy a prítomnosť klostrídiového toxínu. Výsledky boli pozitívne a potvrdili predpokladanú diagnózu a to hnačky spôsobené baktériou *clostridium difficile*. Okrem toho sa našla pozitivita všetkých troch vírusov. Tým sa vysvetlil aj vyšší výskyt hnačiek, čo bolo ošetrojúcim lekárom pacientke adekvátne vysvetlené. Taktiež bolo u pacientky kontraindikované podávanie liekov na ústup hnačiek pretože by sa zabránilo extrakcii *clostridium difficile* stolicou. Bola zahájená liečba Lajosou pre zvýšené hepatálne testy a Vankomycínom, ktorého účinkom pacientka po predchádzajúcich zlých skúsenostiach veľmi nedôverovala. Po dvoch dňoch liečby sa počet hnačiek zvýšil na 16x za 24 hodín a pacientka začala liečbu znova spochybňovať. Udávala veľkú únavu, slabosť, od operácie schudla 12 kilogramov a trpela aj nespavosťou, čo je zhoršovalo náladu a celkový pesimizmus vo vzťahu k efektu liečby. Štvrtý deň hospitalizácie dostala Smectu 3x denne jeden sáčok a pokračovalo sa v rehydratačnej liečbe infúznymi roztokmi s minerálmi. Postupným znižovaním počtu hnačiek sa pacientke začal zlepšovať aj psychický stav a mrzelo ju nepriateľské a nevrle správanie voči personálu v posledných dňoch. Veľmi jej chýbala najbližšia rodina s ktorou sa na infekčnom oddelení nemohla stretávať, a ktorá je pre ňu veľkou oporou. Počas hospitalizácie jej bola navrhnutá nová možnosť liečby formou transplantácie stolice, ktorá môže u pacientky zvýšiť šancu aby sa hnačky znova neobjavili. Po dôkladnom vysvetlení tohto liečebného postupu a jeho priaznivom účinku na črevný mikrobiom sa pacientka rozhodla, že by túto možnosť využila. Aj keď bola po vysvetlení celého procesu najskôr prekvapená a zaskočená, jej rozhodnutie ovplyvnilo hlavne to, že mala priam panický strach z ďalších hnačiek. Následne bola kontaktovaná rodina pacientky, ktorá si dala celý liečebný proces podrobne vysvetliť. Pre darcovstvo stolice sa rozhodla jedna z dcér pacientky a podstúpila všetky potrebné vyšetrenia.

8. marca 2018 bola u pacientky ukončená liečba Vankomycínom a od 10.3 sa začala pacientka pripravovať na transplantáciu podľa predchádzajúceho poučenia personálom. Ráno si dala raňajky, na obed iba bujón, od 13 hodiny už pila iba Golytelih roztoky s dvoma litrami vody aby došlo k dôkladnému vyčisteniu čriev. 11. marca priniesla dcéra pacientky čerstvú stolicu a po jej spracovaní bola pacientke retenčným močovým katétrom do hrubého čreva podaná zriedená stolica v množstve 150 ml. Pacientka po aplikácii ležala 15 minút na pravom boku, 15 minút na chrbte a 15 minút na ľavom boku. Po hodinovom sledovaní bola pacientka následne prepustená do domáceho liečenia.

Doma sa u pacientky hneď na druhý deň objavili opakované hnačky a nasledujúcu noc podľa jej slov presedela na záchode. Sama si odobrala si vzorku stolice a po jej vyšetrení sa opäť potvrdila prítomnosť klostrídiovej infekcie. Pacientka bola znova hospitalizovaná a liečená na Klinike infektológie perorálnym Dificlirom, 200 mg každých 8 hodín. Aj keď bola plačlivá a smutná z neúspešnej transplantácie a ďalšieho odlúčenia od rodiny udávala že frekvencia hnačiek je menšia a znáša ich lepšie. 23. marca po 10 dňovej liečbe Dificlirom sa rozhodla pre ďalšiu transplantáciu, ktorá sa realizovala hneď po ukončení ATB liečby. Darkyňou bola opäť dcéra a celý postup prípravy a podania sa zopakoval. Pacientka bola prepustená domov s poučením o dostatočnom pitnom režime a šetriacej diéte. Po mesiaci bola telefonicky kontaktovaná, neuvádzala žiadne hnačky, celkovo hodnotila svoj zdravotný stav ako dobrý, pričom vyjadrila spokojnosť s dobrého rozhodnutia. Pri opakovaných kontrolách po niekoľkých mesiacoch stav bez hnačiek pretrvával a pacientka sa cítila dobre.

Diskusia

Cieľom kazuistiky bolo poukázať u vybranej pacientky na recidivujúcu klostrídióvu infekciu po nedostatočnom preliečení a na využitie liečebnej metódy, ktorá zatiaľ nie je v klinickej praxi napriek dobrým výsledkom a skúsenostiam dostatočne využívaná. Pacientka bola po operačnom výkone umiestnená medzi pacientami na chirurgickej JIS, ktorí touto infekciou trpeli a preto sa pacientka domnievala, že jej ťažkosti, ktoré sa po operácii objavili s tým logicky súvisia. Izolačný režim a bariérová starostlivosť je u infikovaných pacientov základnou podmienkou liečby a prevencie tohto ochorenia. V klinickej praxi často dochádza k situáciám keď sa špecifická starostlivosť vyplývajúca z povahy tejto infekcie a jej následkov dodržiava formálne a nedostatočne. Príčinou je často podcenenie príznakov a ťažkostí pacienta, nedostatočná diagnostika pacientov s infekčnými hnačkami, neúčinné predchádzanie infekcii racionálnou a cielenou liečbou ATB, nedodržiavanie špeciálneho režimu a nedostatočná edukovanosť personálu o problematike, zvlášť na neinfekčných oddeleniach. Pacientka z dôvodu nezlepšujúceho sa a zlého zdravotného stavu trpela aj psychickými problémami, ktoré pri ošetrovateľskej starostlivosti neboli adekvátne riešené a zohľadňované. Proces liečby fekálnou transplantáciou stolice, ktorú podstúpila pre prvý neúspešný pokus dvakrát, bol pacientke a jej rodine vysvetlený citlivo, profesionálne a primerane veku a vzdelaniu, čo malo vplyv na to, že sa rozhodla tejto metóde dôverovať a absolvovať ju bez zbytočných predsudkov.

Záver

CDI sú stále častejšou komplikáciou antibiotickej liečby a najviac ohrozujú starších, polymorbidných a imunokompromitovaných pacientov. Pri neskorej a alebo nedostatočnej liečbe u tejto skupiny pacientov hrozí ťažký priebeh s rozvojom komplikácií, preto je dôležitá včasná diagnostika, intenzívna liečba, zodpovedné dodržiavanie hygienicko-epidemiologického režimu, bariérová ošetrovateľská technika, dezinfekcia a izolácia pacienta. Na prežívanie choroby pri dlhšom izolačnom režime má významný vplyv prístup zdravotníckeho personálu a jeho senzitivita k pacientovým obavám a strachu. FMT môže pri správnej indikácii znížiť riziko vzniku ďalšej recidívy CDI a zlepšiť stav črevnej mikrobioty a imunity pacienta. Pri tejto liečebnej procedúre má svoje dôležité miesto primeraná a motivujúca edukácia a dôkladná príprava pacienta.

Literatúra

BENEŠ, J., HUSA, P., NYČ, O., POLÍVKOVÁ, S.(2014). Doporučený postup diagnostiky a liečby kolitidy vyvolané *Clostridium difficile*. [online].). [cit. 2019-06-26]. Dostupné na internete <<https://www.infekce.cz/dpCDI14.htm> >

GOMBOŠOVÁ, L.(2012) Klostrídiové infekcie čreva – novinky v diagnostike a liečbe. *In Interná medicína*, 2012, 12 (10), s.479-482. ISSN 1335-8359.

HENRICH, T.J.(2019) Clinical risk factors for severe Clostridium difficile - associated disease. In: *F.merging fnfectnisus diseases* [online]. 03 2009 [cil. 2019-03-10]. ISSN 10806059. Dostupné na internete:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/urliclcs/PMC261jll09/>><https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/urliclcs/PMC261jll09/>>

HUSA, P., BENEŠ, J., NYČ, O. (2013). Klostridiová kolitida – stále narůstající nebezpečí. In *Interní medicína pro praxi*, 2013, roč.15, (6-7), s. 201-204. ISSN 1803-5256

JARČUŠKA, P a kol. (2018) Odporúčaný postup diagnostiky a liečby kolitídy spôsobenej Clostrídium difficile. In *Via practica Supplement I.* (online). [cit. 2018-06-10], ISSN 1336-4790. Dostupné na internete <<http://www.solen.sk/pdf/27cc7ad051bf55357lac8671340f3a4i.pdf>>

JARČUŠKA, P a kol. (2014). *Novinky v infektológii*. Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach. Košice 2014. ISBN 978-80-8152-216-1.

KUKUČKOVÁ, L., ILLÉŠOVÁ, E., DOSTÁLOVÁ, K., MORICOVÁ, Š. (2011) Hnačky vyvolané toxínom Clostridiumdifficile a použitie probiotík. In *Via practica*, 2011, roč. 8, (4), s.189-192. ISSN 1339-424X

POLIVKOVÁ, S., VOJTILOVÁ, L., HUSA, P., BENEŠ, J. (2018) Doporučený postup fekální bakterioterapie pro léčbu rekurentní klostridiové kolitidy Společnosti infekčního lékařství České lékařské společnosti J.A.Purkyně, 2018 [online]. Available from:<<https://www.infekce.cz/DPFMT18.htm>>

SARVAŠOVÁ, M. (2017) Fekálna bakterioterapia ako liečba rekurentnej klostridiovej enterokolitídy. In *Interná medicína*, 2017, 17(7-8), s. 305-308. ISSN

SARVAŠOVÁ, M., KOŠČÁLOVÁ, A., SABAKA, P., STANKOVIČ, I. (2019). Fekálna mikrobiálna terapia v manažmente recidivujúcej klostridiovej kolitídy. In *Via practica*, 2019, roč. 16, č.1, s. 16-19. ISSN 1339-424X

ŠTEPÁNOVÁ, D., TOMÁŠKOVÁ, H. (2014) Epidemiologie střevních infekcí vyvolaných clostridium difficile. In *Hygiena* [online]. 59/3 2014 [cit. 2018-06-10]. ISSN 1210-7840 Dostupné na internete: <<https://hygiena,szu.cz//pdfs/hyg/2014/Of>>

ŠTRUDIK, I. a kol.(2016) Fekálna mikrobiálna terapia. In *Vnitřní lékařství* [online]. 62/2 2016 [cit. 2019-03-10]. ISSN 1803-6597 Dostupné na internete: <<https://www.prolekare.cz//casopisy/vnitrnilekarstvi/2016-2/fekalna-mikrobialna-terapia-58150>>

Korespondence

PhDr. Mgr. Zuzana Novotná, PhD.

Prešovská univerzita V Prešove

Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra ošetrovateľstva

Partizánska 1, Prešov, 08001

Email: zuzana.novotna@unipo.sk

PSORIÁZA NEZABÍJÍ, ALE NIČÍ ŽIVOTY, ANEB NEJČASTĚJŠÍ PROBLÉMY PACIENTŮ S PSORIÁZOU

Gabriela Doleželová^{1,2}, Šárka Tomová³

¹Revenium z.s. Praha;

²Dům zdraví spol.s r.o. Velké Meziříčí

³Ústav ošetřovatelství 2. lékařská fakulta, Univerzita Karlova, Praha

Souhrn: Příspěvek se týká kožního onemocnění psoriáza, jejího dopadu na kvalitu života. Zaměřuje se na psychiku jedinců s tímto onemocněním a možnost pomoci nejen pacientům samotným, ale i jejich rodinám a blízkým osobám, které jsou lupénkou rovněž do značné míry ovlivněni. Autorka příspěvku vychází z dlouholetých osobních zkušeností a prostřednictvím přednášek se snaží přiblížit laické i odborné veřejnosti problematiku tohoto onemocnění a poukázat na to, že činnosti a věci pro zdravé jedince běžné, mohou činit psoriatikům nemalé potíže. V neposlední řadě je záměrem příspěvku přiblížit projekt Sestra v akci, který je určen pro pacienty s psoriázou, jejich rodinné příslušníky či veřejnost a je jednou z osvětových a podpůrných aktivit pro osoby se zdravotním znevýhodněním či postižením neziskové organizace Revenium.

Klíčová slova: *Kvalita života; Psoriáza; Sestra v akci*

Summary: This article deals with the skin disease psoriasis and its impact on the quality of life. The main focus is on the psychological state of the individuals with this disease and on the opportunities which exists to help not just those with the disease but also their families and friends. The author of the article draws on long-term personal experience with the management of the disease. Through her lectures she tries to familiarize the general and professional audience with the various problems and issues associated with this disease. It is important to realize that many common tasks and activities which healthy individuals take for granted may cause considerable difficulties for those suffering from psoriasis. Last but not least, the aim of the article is to introduce the project Nurse in Action. This program is intended for patients with psoriasis, their family members and also general public. It is one of the awareness and support activities for health disadvantage and people with disability of nonprofit organization Revenium.

Key words: *Quality of life; Psoriasis; Nurse in Action*

Úvod

Psoriáza neboli lupénka je chronická, zánětlivá, neinfekční kožní choroba s typickým chronicky stacionárním či akutně exantematickým průběhem (Benáková, 2007, s. 15). Psoriáza je onemocněním celého organismu, které se viditelně projevuje na kůži ostře ohraničenými, infiltrovanými ložisky hnědočervené barvy, na povrchu krytými typickými stříbřitě šedými šupinami a řadí se mezi autoimunitní onemocnění (bezlupenky.cz; Ditrichová, 2002, s. 149).

Lupénka je i nedílnou součástí klinického obrazu onemocnění zvaného psoriatická artritida, ačkoli u části pacientů nemusí být kožní postižení aktuálně přítomno (Danyi, 2017).

Vzhledem k chronickému průběhu a zjevnosti ložisek psoriázy může mít toto onemocnění negativní vliv na kvalitu života jedince, obzvláště vyskytují-li se léze na snadno viditelných místech, jako jsou ruce, nohy, obličej a především dlaně, nehty a plosky nohou. Zejména ve společnosti, kde vzhled hraje důležitou roli, může toto onemocnění působit značné psychické potíže, problémy v mezilidských a partnerských vztazích, zaměstnání a zálibách.

Vlastní text

Ačkoli jako zdravotníci víme, co to psoriáza je, jak vypadá a jaké jsou možnosti její léčby, ne vždy si uvědomujeme, s čím vším se potýkají pacienti a jejich rodiny. V následujícím textu se pokusíme přehledně a krátce zmapovat nejčastější životní situace, které musí psoriatik řešit a které jsou pro člověka bez psoriázy samozřejmostí.

Velkým problémem všech psoriatiků je fakt, že lupénka svědí. Někdy až do takové míry, že jsou pacienti schopni škrábat se tak dlouho, dokud se neobjeví první kapka krve. I z tohoto důvodu je nutné se o pokožku pečlivě starat a pravidelně, i několikrát za den, jí promazávat. Ne všechny masti a krémy mají zrovna příjemnou vůni, což vede k horší compliance při jejich aplikaci. Často se v praxi setkáváme s tím, že pacienti raději používají přípravky, které se běžně prodávají v obchodních řetězcích a drogeriích a masti a krémy z lékáren, které jim předepíše dermatolog, někdy ani nevyzvednou. Hospitalizovaní pacienti si pak často stěžují na pocit chladu. Tento diskomfort bývá někdy ze strany personálu opomíjen a je způsoben kombinací koupelí, aplikací přípravků s hydratační složkou a intenzivním větráním pokojů.

Pacienti s těžší formou lupénky tráví spoustu času péčí o svoji kůži, aby byli ráno vůbec schopni vypravit se do práce. Často je nutné promazávat pokožku i během dne a samozřejmě nejvíce času zabere pacientům večerní toaleta. Někdy se tak pacienti starají o svoji kůži i více jak dvě hodiny denně.

Pro pacienty je mnohdy velký problém najít vhodné oblečení, ve kterém se nebudou potit, zároveň v něm nebudou vidět odpadávající šupinky kůže a drobná krvácení vznikající následkem škrábání. Když k tomu navíc přičteme fakt, že někteří z nich jsou nuceni dodržovat předepsaný pracovní dress code a ještě chtějí v oblečení vypadat k světu, musíme uznat, že i výběr vhodného oděvu může být pro takového psoriatika hodně tvrdým oříškem. O účasti na společenských akcích nemluvě.

Další problém může nastat například při cestování a s ním spojeném přespávání, ať už u známých, příbuzných, či v hotelu. Nepřítelem číslo jedna se stávají tmavé koberce a lůžkoviny, na kterých je vidět každá odpadnutá šupinka. Setkáváme se i s případy, že si s sebou pacienti vozí smetáček s lopatkou a ráno se snaží zahladit stopy nočního olupování kůže. Podobnou situaci řeší i ti, kteří jsou nuceni ze strany zaměstnavatele používat tmavý kancelářský nábytek a nežádá se, aby se stával, že se psoriatici z tohoto důvodu vyhýbají i společenským akcím a návštěvám.

Návštěvy bazénů, koupališť a aquacenter jsou pro některé pacienty zcela nemyslitelné. Když už se odhodlají k tomuto odvážnému kroku a jdou takřkajíc s kůží na trh, obávají se nepochopení ze strany veřejnosti. Záměrně vyhledávají místa, kam běžní lidé moc nechodí, čímž bohužel separují od společnosti i zbytek rodiny. Při pobytu u moře pak místo centrální pláže putují až do míst, kde se mohou ukrýt před zraky ostatních turistů.

Sportovním aktivitám se psoriatici rozhodně nebrání, pouze je nutné brát v potaz to, že se při nich často zpotí a je tedy velice důležité zvolit vhodné oblečení, aby zbytečně nedocházelo k iritaci pokožky. Rovněž je nutné zvolit vhodný druh sportu a snažit se vyvarovat aktivitám, při kterých by mohlo dojít ke zraňování kůže, jako je tomu například u kontaktních sportů. I zde narážíme na problematiku studu, proto někteří pacienti volí místo oděvu, který jim je pohodlný, oděv, který zahaluje co největší část těla postiženého lupénkou.

Obzvlášť pro pacienty, u kterých se psoriáza objevila ve věku puberty, je nesmírně těžké hledání životního partnera. Není neobvyklé, že se psoriatik před svým partnerem natolik stydí, že intimní kontakt oddaluje tak dlouho, až o něj druhá strana přestane mít zájem a vztah ukončí. Psoriáza se u některých pacientů může objevit i v oblasti genitálu. V této souvislosti je třeba nevnímat sex pouze jako erotický akt, ale i jako možnost ještě více projevít vzájemnou ohleduplnost, vstřícnost a něžnost. Mikrotraumata vznikající při pohlavním styku mohou být u psoriatiků spouštěčem Koebnerova fenoménu, kdy v místě podráždění může vzniknout nové ložisko psoriázy. Proto se u mužů i žen doporučuje používání lubrikantů, prezervativů a vyvarování se násilí a škrábancům. Neléčená

psoriáza v oblasti genitálu predisponuje vzniku infekcí. Partneři psoriaticů by měli vyjít svým partnerům vstříc, pokud upřednostňují sex po tmě bez světel. Rovněž pomáhá i pocit a uvědomění si toho, že 120–180 miliónů lidí na světě má psoriázu a cítí se velmi podobně (Lidaj, 2012).

Problémy mívají pacienti i v oblasti sociální, především v případě žádosti o invalidní důchod. Často sami nevědí, na co mají ve skutečnosti nárok a co všechno takové podání žádosti obnáší, případně jak se mají zachovat v situaci, kdy je jim žádost zamítnuta.

Velmi často mají pacienti potíže s volbou kožního lékaře. Jestliže pacient svému dermatologovi nedůvěřuje, nemůžeme očekávat, že bude mít tato spolupráce pozitivní výsledky.

Předmětem diskuzí mezi pacienty bývá nezdědkakdy i komplexní lázeňská léčba. Pacienti jsou někdy uváděni v omyl, že s daným rozsahem onemocnění nemají na lázeňskou péči nárok a že například v případě biologické léčby rovněž není možné absolvovat komplexní lázeňskou péči.

Na těchto příkladech z praxe lze pozorovat, že žít s psoriázou není pro pacienty jednoduché a jejich onemocnění a psychický stav má samozřejmě vliv i na rodinu, která by se měla snažit pacienty podpořit a pochopit jejich někdy ne zcela běžné chování.

Protože se nezisková organizace Revenium dlouhodobě věnuje zlepšování kvality života zdravotně znevýhodněným lidem, běží pod její hlavičkou také projekt s názvem Sestry v akci. Sestry v akci jsou profesionální zdravotní sestry, které v odpoledních hodinách po telefonu či emailu konzultují s pacienty, rodinnými příslušníky a veřejností zdravotní a sociální témata, která tazatele zajímají. Tato služba je veřejnosti bezplatně poskytována nejen v problematice psoriázy, ale také roztroušené sklerózy a zánětů střev (Crohnova choroba a ulcerózní kolitida). Cílem těchto projektů je poskytnout rychlý a kvalitní servis, který pomůže vyřešit situace a problémy, které nastaly v souvislosti s daným onemocněním. Je však nutné důrazně upozornit na to, že služba v žádném případě nenahrazuje pravidelné kontroly u odborného lékaře.

Jak již bylo zmíněno, činnosti a věci pro ostatní běžné, mohou pacientům s psoriázou činit nemalé potíže a navíc si občas neví rady s možnostmi léčby včetně nároku na lázeňskou péči, dále se mohou cítit diskriminováni ve svém zaměstnání, případně řeší otázku přiznání invalidního důchodu. Velice často se v praxi setkáváme i s problémy v partnerských vztazích a některým volajícím se částečně uleví, když mají možnost svěřit se se svým trápením někomu, kdo ví, jaké to je žít s lupénkou. Všechny „Sestry v akci“ jsou totiž buď samotné pacientky s daným onemocněním, případně rodinní příslušníci pacientů.

Vyrovnaní se pacienta se svým onemocněním závisí na mnoha faktorech. Jsou to především intenzita, trvání a dynamika klinických symptomů dané choroby, přítomnost bolesti, prognóza a další. Proto se dnes pojem kvalita života skloňuje ve všech pádech, a to především z důvodu potřeby zachytit, popsat či nějak kvantifikovat, jaký dopad má onemocnění, léčba, úroveň zdravotní péče, fyzický a psychický stav pacienta na způsob života a jeho pocit životní spokojenosti (Linková a kol., 2010, s. 72–73).

Závěr:

Lupénka ovlivňuje do značné míry kvalitu života pacientů a jejich rodin, je příčinou dysbalance v mezilidských vztazích a mnohdy pro nepochopení okolím působí pacientům mimo jiné i značnou psychickou bolest. Projekt „Sestra v akci“ vznikl se záměrem nabídnout pomoc pacientům a jejich blízkým a umožnit jim zeptat se na cokoli, co s tímto onemocněním souvisí a pomoci překonat překážky, které v souvislosti s tímto onemocněním vyvstávají.

Použitá literatura:

BENÁKOVÁ, N. et al. *Psoriáza nejen pro praxi*. 1. vyd. Praha: Triton, 2007. 190 s. ISBN 978-80-7254-966-5.

Bez lupénky – Lupénka vás už nemusí tížit. *Bez lupénky – Lupénka vás už nemusí tížit* [online] 2019 [cit. 2019-7-10] Dostupné z: <https://www.bezlupenky.cz/2-fakta-o-lupence.html>.

DANYI, P. Psoriatická artritida, diagnostika a nové možnosti léčby – Zdraví.Euro.cz *Zdravotnictví a medicína – Zdraví.Euro.cz* [online] 2017 [cit. 2019-7-10] Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/psoriaticka-artritida-diagnostika-a-nove-moznosti-lecby-484089>.

DITRICOVÁ, D. et al. *Repetitorium dermatovenerologie*. Olomouc: Epava, 2002. 304 s. ISBN 80-86297-08-X.

LIDAJ, J. et al. Psoriáza a sex. In *Dermatológia pre prax*. [online] 2012 [cit. 2019-7-10] Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/f4f39467b0a5a2f64b01cd84c8de1084.pdf>.

LINKOVÁ, M. et al. Kvalita života chronicky chorého člověka. In *Bedeker zdravia*. 2010, roč. 6, č. 3, s. 72-73. ISSN 1337-2734.

Lupénka Sestra v akci / Další nový web v rámci sítě CSGS. *Lupénka Sestra v akci | Další nový web v rámci sítě CSGS* [online] 2019 [cit. 2019-7-10] Dostupné z: <http://psoriaza.sestravakci.eu/>.

Projekty / Revenium, *Revenium* / [online] 9018 [cit. 2019-7-10] Dostupné z: <http://revenium.cz/projekty/>.

Korespondence:

Mgr. Gabriela Doleželová; DiS.

Revenium z.s.

Na Pankráci 1062/58

140 00 Praha 4

Email: gabriela.dolezelova@revenium.cz

psoriaza.sestravakci.eu

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY PŘED A PO PLASTICKÉ OPERACI – ZVĚTŠENÍ PRSOU (AUGMENTACI)

Bc. Zuzana Žežulková

Perfect Clinic s.r.o., Klinika plastické a estetické chirurgie, Praha 5

Souhrn: Příspěvek je zaměřen na problematiku ošetřovatelské péče u pacientky před a po plastické operaci prsou na oddělení jednodenní chirurgie. Ošetřovatelská péče před zákrokem je zaměřena především na zmírnění strachu, nervozity, navození optimální komunikace, spolupráci s pacientkou a bezprostřední přípravu k operaci. V pooperačním období spočívá ošetřovatelská péče v tlumení bolesti, časně vertikalizaci a komunikaci, uspokojování a respektování individuálních biopsychosociálních potřeb pacientky. V současné době stoupá zájem žen různých věkových kategorií a společenského postavení o tento typ operace. Augmentaci lze provést pomocí vlastního tuku pacientky nebo vložím implantátů. Na trhu existuje velké množství implantátů různých velikostí a profilů, které umožňují zlepšit vzhled prsou po porodu, nemoci, výrazném zhubnutí, nebo pokud žena není s tvarem a velikostí poprsí spokojena. Optimální věk pro augmentaci nelze určit, zákrok mohou podstoupit ženy od 18 let věku, kdy je dokončen vývoj mléčné žlázy, avšak k operaci se přistupuje výjimečně, spíše u velké asymetrie nebo deformity. Pokud žena plánuje těhotenství, je potřeba zákrok pečlivě zvážit (objemové změny prsů, což může výsledek plastické operace negativně ovlivnit). Pokud se při operaci nezasahuje do prsní žlázy, nemá operace vliv na těhotenství ani kojení. Po porodu se doporučuje vyčkat minimálně půl roku, než žena podstoupí augmentaci, a to i v případě, že nekojila. Prsní implantáty jsou speciální pouzdra z polymerizované silikonové pryže vyplněné měkkým silikonovým gelem, který má tvarovou paměť a konzistenci podobnou tkáni přirozeného prsu. Implantáty jsou hygienicky nezávadné, mají vysokou pevnost a jsou pružné. Novinkou na trhu jsou tzv. „odlehčené B - lite implantáty“, které mají o 30 % nižší váhu než veškeré jiné dostupné implantáty. Odolávají gravitaci déle a pokles prsů je výrazně zpomalen. Prsní implantáty je možné vložit pod mléčnou žlázu nebo pod prsní sval, aby implantát nebyl vidět a prsní tkáň jej dostatečně zakrývala. Řezy mají velikost 3–4 cm a jsou vedeny v podprsni rýze.

Klíčová slova: *plastická operace, jednodenní chirurgie, zvětšení prsou, prsní implantáty,*

Summary: The article discusses the issue of nursing care for patients before and after plastic surgery – breast enlargement (augmentation). Currently, women of different ages and social status are increasingly more interested in this type of operation. Breast enlargement can be done with the patient's own fat or with implants. Breast enlargement is done by placing implants behind breast tissue or under the chest muscle. An implant is a sac filled with either sterile salt water (saline) or a material called silicone. The implants are hygienically harmless, high-strength elastic. There is a large number of implants of different sizes and profiles on the market. The implants make it possible to improve the appearance of the breast after giving birth, significant weight loss or if the woman is not satisfied with the shape of her breast. The optimal age for breast enlargement can not be determined, women from 18 years of age may undergo surgery as the mammary gland has fully developed by that age. However, surgery is rarely recommended at this age. If woman plans to get pregnant, the surgery should be carefully considered. It is important to note that if the mammary gland is not affected during surgery, it does not affect pregnancy and breastfeeding. Most women receive general anesthesia for this surgery.

Key words: *plastic surgery, one-day surgery, breast enlargement, breast implants, nursing process.*

Vlastní text: Operaci předchází individuální konzultace s operátorem. V den operace (zpravidla ráno) přichází pacientka na recepci kliniky. Zde se kompletuje veškerá dokumentace, EKG, UZ prsou,

laboratorní výsledky, podpisy na informovaných souhlasech, vyplnění anesteziologického dotazníku, probíhá platba operace a přidělení unikátního čísla pro další komunikaci s klinikou. Následně pacientka odchází v doprovodu recepční na lůžkové oddělení, kde je již očekávána sestrou, která bude o pacientku pečovat. Sestra přebírá dokumentaci a odvádí pacientku na pokoj, zde se pacientce představí, vysvětlí jí nezbytnou přípravu před operací (make up, holení, piercing, lak na nehtech, antitrombotické punčochy) a vybavení pokoje. Ověří alergie a dietní omezení. V rámci možností poskytne informaci o přibližném začátku operace a zodpoví případné dotazy. Velmi důležité je navázání pozitivního vztahu s pacientkou, ale pozornost věnujeme i doprovodu (manžel, přítel, kamarádka, sestra apod.) Snažíme se mluvit jasně, klidně, trpělivě, srozumitelně a s dostatkem času. Pacientka by měla mít pocit, že se na nás může kdykoli obrátit a nebude odmítnuta. Určitě nemá smysl pacientku zbytečně zahlcovat velkým množstvím informací, které si stejně není schopna v tuto chvíli zapamatovat. Dle individuálních požadavků anesteziologa je možné pacientce nabídnout sklenici čisté neperlivé vody. Na základě ordinace anesteziologa sestra pacientce podá premedikaci (Talvosilen, Diazepam). Po podání premedikace je pacientka poučena, aby již nevstávala z lůžka sama. Za 15 minut po podání premedikace sestra pacientce zavádí periferní žilní kanylu a podá dle ordinace léky (Dexona, ATB). Kontroluje oholení, odlíčení, sundané piercingy, odlakované nehty a vhodnost velikosti kompresivních punčoch. Na základě telefonické výzvy anesteziologa, sestra pacientku doprovází na operační sál. Pacientka je na sál předána anesteziologovi nebo operatérovi s kompletní dokumentací. Na oddělení nemáme k dispozici tzv. dospávací jednotku, proto je pacientka po operaci uložena zpět na pokoj. Sestra si na pokoji připraví lůžko, do kterého bude pacientka po příchodu ze sálu uložena – srovnání lůžkovin, vyhřívací deka ev. podložka do lůžka, k lůžku si sestra připraví přenosný monitor, zkontroluje nastavení dolních i horních hranic alarmů. Po skončení operace si sestra přebírá pacientku ze sálu společně s druhou sestrou nebo sanitářkou. Převezme kompletní dokumentaci pacientky a informace od anesteziologa. Zaznamená čas převzetí do dokumentace. Po uložení na lůžko sestra kontinuálně v 15minutových intervalech kontroluje fyziologické funkce – krevní tlak, puls, EKG, SpO₂, stav vědomí, sleduje krvácení z operační rány ev. odpady z drénů, hodnotí a zaznamenává bolest na VAS škále – podává analgetika dle ordinace (preemptivní analgezie), pokračuje v infúzní terapii. Probíhali pooperační adaptace standardně, pacientka se cítí dobře, nekrvácí, netrpí nauzeou nebo nezvrací, sestra monitoraci po dvou hodinách od příjezdu ze sálu ukončuje a zahajuje u pacientky per orální příjem tekutin. Z tekutin doporučujeme neperlivou vodu, čaj dle chuti, nabízíme piškoty, později polévku. Pacientka je poučena, pokud bude chtít poprvé vstávat, aby použila signalizační zařízení a vyčkala příchodu sestry. První vstávání z lůžka patří mezi nejrizikovější okamžik, pacientka se v lůžku cítí dobře, má minimální nebo žádné bolesti. Při rychlé změně polohy může velmi rychle dojít ke snížení krevního tlaku, nekontrolovanému pádu pacientky a následnému poranění či krvácení z operační rány s nutností operační revize. Z těchto důvodů je velmi nutná komunikace sestry s pacientkou, vysvětlení situace a seznámení s riziky. Důležité je pacientku poučit o nutnosti pravidelného užívání analgetik i v případě aktuální absence bolesti. Preemptivní analgezií se společně s anesteziologem snažíme, aby k bolesti prakticky vůbec nedošlo, nebo aby bolest byla pouze minimální a snesitelná. Velký důraz klademe na časnou vertikalizaci. Po operaci prsou není důvod imobilizaci zbytečně prodlužovat. Sestra sleduje známky krvácení, hodnotí a zaznamenává bolest. Druhý den ráno po snídani následuje vizita. Periferní žilní kanyla se dle stavu a náročnosti operace odstraňuje druhý den při vizitě. Má-li pacientka zavedeny drény, zpravidla se odstraňují také druhý den ráno při vizitě (dle odpadů). Doba hospitalizace při nekomplikovaném průběhu se pohybuje okolo jednoho dne. Pacientka odchází do domácího ošetřování s doprovodem, je vybavena analgetiky ev. injekcemi antikoagulanty a poučena (propouštěcí zpráva s informacemi o pooperačním ošetřování a kontaktními telefoní).

Závěr: Plastická operace prsou ani pobyt na naší klinice nejsou hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Je potřeba si uvědomit, že nejenom kvalitně a perfektně odvedená operace je zárukou dlouhodobého efektu a spokojenosti. Velmi důležitá je spolupráce pacientky, péče o operační ránu, správná velikost kompresivního prádla, dodržování doporučeného režimu. Pacientka

musí vědět, že se do běžného režimu vrátí po 7-10 dnech. Po 18 dnech po operaci se přistupuje k tlakovým masážím jizev, které zlepšují jejich vzhled. Náročná fyzická práce, zvedání břemen a posilování je možné nejdříve od 1-2 měsíců po operaci. Důrazně doporučená je ultrazvuková kontrola prsních implantátů jednou za rok, okamžitě po autonehodě nebo prudkém nárazu na hrudník.

Literatura:

BURIAN, F. (1967) *Atlas plastické chirurgie*. Praha. Nakladatelství lékařské literatury, 1967.

KUFA, R., ČERVINKOVÁ, R. (2008) *Plastická chirurgie: Krok za krokem*, 1.vyd. Praha: XYZ, 2008, 171 s. ISBN 978-80-7388-045-3.

MĚŠŤÁK, J. a kol. (2015) *Základy plastické chirurgie*, 2. vyd. Praha: Univerzita Karlova-Karolinum, 2015, 176 s. ISBN 978-80-246-2839-4.

MĚŠŤÁK, J. (2007) *Prsa očima plastického chirurga*, 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 96 s. ISBN 978-80-247-1834-7.

SLEZÁK, J. (2007) *Plastická chirurgie: praktický průvodce světem chirurgického zkrášlování těla*, 1. vyd. Frýdek-Místek: Alpress, 2007, 109 s. ISBN 978-80-7362-395-1.

Kontaktní adresa:

Bc. Zuzana Žezulková
Klinika plastické a estetické chirurgie
Perfect Clinic s.r.o.
Kartouzská 10
150 00 Praha 5
Email: Z.Zezulkova@seznam.cz

VČASNÁ POOPERAČNÁ FYZIOTERAPIA PO TOTÁLNEJ ENDOPROTÉZE KOLENNÉHO KÍBU

Michal Vavro^{1,2}, Lívia Kollárová^{2,3}

¹Stredná zdravotnícka škola Nové Zámky

²Fakulta ošetrovateľstva sv. Ladislava, Nové Zámky

³Fakultná nemocnica s poliklinikou, Nové Zámky

Súhrn

CIEĽ: Cieľom pilotnej klinickej štúdie bolo vyhodnotiť efekt komplexnej postoperačnej fyzioterapeutickej liečby na vybrané fyzioterapeutické parametre po totálnej endoprotéze kolenného kĺbu.

METODIKA: Do sledovania sme zaradili 30 pacientov po implantácii totálnej endoprotézy kolenného kĺbu, ktorí absolvovali komplexnú fyzioterapeutickú liečbu zameranú na zvýšenie svalovej sily, zlepšenie rozsahu pohyblivosti, zníženie pooperačnej bolesti a opuchu stehna. Pred fyzioterapeutickou intervenciou sme u každého pacienta realizovali nasledovné fyzioterapeutické vyšetrenia – svalový test, goniometrické vyšetrenie, subjektívne vyšetrenie bolesti, meranie obvodov dolnej končatiny. Na porovnanie hodnôt sme použili štatistické testy, ktoré sa hodnotili na hladine významnosti α (p) = 0,05.

VÝSLEDKY: Po absolvovaní fyzioterapeutických procesov došlo u pacientov po TEP kolenného kĺbu k štatisticky významnému zvýšeniu svalovej sily ako jeho flexorov tak aj extenzorov ($p=0,001$), zlepšeniu rozsahu pohyblivosti do flexie v kolennom kĺbe v porovnaní s jeho rozsahom pred liečbou ($p=0,001$), zníženiu bolesti kolenného kĺbu ($p=0,001$), zníženiu pooperačného opuchu ($p<0,001$).

ZÁVER: Včasná pooperačná fyzioterapeutická liečba pozitívne ovplyvňuje celkový stav pacienta. Okrem toho zlepšuje svalovú silu, rozsah pohyblivosti operovaného kĺbu, eliminuje pooperačnú bolesť a redukuje opuch.

KĹÚČOVÉ SLOVÁ: Fyzioterapia; Svalová sila; Bolesť; Totálna endoprotéza; Kolenný kĺb

EARLY POST-OPERATIVE PHYSIOTHERAPY AFTER TOTAL KNEE REPLACEMENT

Summary

OBJECTIVE: The pilot study objective was to evaluate the effect of comprehensive post-operative physiotherapeutic treatment on the selected physiotherapeutic parameters after a total knee joint replacement surgery.

PATIENTS AND METHODS: Thirty patients after total knee joint arthroplasty were enrolled into the pilot study. The patients underwent comprehensive physiotherapeutic treatment to increase muscle strength, range of motion, to reduce post-operative pain and swelling of thighs. Prior to the physiotherapeutic intervention, we carried out the following physiotherapeutic examination for each patient - muscle test, trigonometric examination, subjective pain assessment, measuring the circumference of the lower limbs. To compare the figures, we used statistical tests which were evaluated on the significance level α (p) = 0.05.

RESULTS: After completing the physiotherapeutic processes, we have observed among the patients who underwent a total knee replacement surgery, a significant increase in muscle strength as with the flexors as well as the extensors ($p = 0.001$), improvement in their range of motion in knee joint flexion, in comparison to its range before treatment ($p = 0.001$), knee pain reduction ($p = 0.001$) and post-operative swelling ($p < 0.001$), respectively.

CONCLUSION: Early post-operative physiotherapy treatment positively affects patients' general condition. In addition, it improves muscle strength, range of motion of the operated joint, eliminates post-operative pain and reduces swelling.

Keywords: Physiotherapy; Muscle Strength; Pain; Total Joint Replacement; Knee Joint.

Úvod

Osteoartróza je najčastejšie degeneratívne ochorenie, ktoré postihuje viac ako 80 % ľudí vo veku nad 75 rokov. Odhadovaný počet pacientov trpiacich osteoartrózou kolenných kĺbov je 24 miliónov. Chirurgická liečba – totálna endoprotéza (TEP) kolenného kĺbu sa indikuje u pacientov nereagujúcich na konzervatívnu liečbu. Jej hlavným cieľom je odstránenie bolesti, zlepšenie fyzického stavu ako aj celkovej kvality života pacientov. Očakávaným fyzioterapeutickým účinkom je hlavne adekvátny rozsah pohybu v operovanom kolennom kĺbe a nácvik chôdze (Vavro, 2016).

Cieľ

Hlavným cieľom pilotného klinického sledovania bolo zistiť vplyv včasnej pooperačnej fyzioterapie u pacientov po TEP kolenného kĺbu na vybrané fyzioterapeutické parametre.

Súbor a metódy

Do sledovania sme zaradili 30 pacientov po TEP kolenného kĺbu, ktorí boli hospitalizovaní a oddelení fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie. V prvý deň hospitalizácie absolvovali vstupné vyšetrenia a pred prepustením z oddelenia výstupné vyšetrenia. Priemerný vek pacientov bol 68,83 roka. Najmladší mal 53 rokov a najstarší 81 rokov. Totálna endoprotéza kolenného kĺbu bola implantovaná u 14 pacientov na ľavom kolennom kĺbe a u 16 na pravom kolennom kĺbe. Na zisťovanie rozsahu pohyblivosti v kolennom kĺbe sme využili goniometrické vyšetrenie. Na hodnotenie svalovej sily sme použili svalový test podľa Jandu. Obvod stehna sme merali krajčírskym metrom 15 cm nad patelou. Bolesť sme hodnotili pomocou vizuálnej analógovej škály. Po zrealizovaní vstupných vyšetrení u pacientov po TEP sme vypracovali individuálny fyzioterapeutický program s využitím viacerých metód kinezioterapie. Program bol prispôbený individuálnym možnostiam aktívnych, aktívnych asistovaných a izometrických cvičení. Ďalej sme realizovali respiračnú a cievnú gymnastiku, cvičenia s využitím pomôcok – fitlopty, overbaly, valce, magický kruh, terabandy. Pacienti cvičili na oddelení pod dohľadom fyzioterapeuta dvakrát denne – dopoludnia a popoludní po dobu 30 minút (celkovo 60 minút za deň). Okrem klasickej kinezioterapie s fyzioterapeutom pacienti absolvovali cvičenie s využitím motodlahy po dobu 30 minút denne taktiež dvakrát v priebehu dňa. Ako doplnkovú terapiu na ovplyvnenie pooperačnej bolesti sme aplikovali dostupné prostriedky fyzikálnej terapie – lokálnej kryoterapie a aplikácie biolampy. Po absolvovaní fyzioterapeutického pooperačného programu u pacientov po TEP sme realizovali rovnaké vyšetrenie ako pred jej zahájením.

Výsledky

Sledované fyzioterapeutické parametre sme vyhodnotili pred zahájením fyzioterapeutickej intervencie a po jej absolvovaní.

Svalový test

Po absolvovaní fyzioterapeutických procesov došlo u pacientov po TEP kolenného kĺbu k štatisticky významnému zvýšeniu svalovej sily ako jeho flexorov tak aj extenzorov ($p=0,001$).

Tabuľka 1 Vplyv pooperačnej fyzioterapie na svalovú silu

Názov vyšetrenia	Z	p
Svalový test podľa Jandu – flexia v kolennom kĺbe	-5,135	0,001
Svalový test podľa Jandu – extenzia v kolennom kĺbe	-5,135	0,001

Z – hodnota testovacej štatistiky, p – hodnota štatistickej významnosti

Goniometrické vyšetrenie

Absolvovaná fyzioterapia viedla k štatisticky významnému zlepšeniu rozsahu pohyblivosti do flexie v priemere o 25,34 stupňa v kolennom kĺbe v porovnaní s jeho rozsahom pred liečbou ($p=0,001$).

Tabuľka 2 Vplyv fyzioterapeutickej liečby na goniometrické vyšetrenie – flexia v kolennom kĺbe

Pred liečbou			Po liečbe			Z	p
Medián	SD	x	Medián	SD	x		
40	11,090	43,33	70	9,553	68,67	-4,804	0,001

x – aritmetický priemer, Z – hodnota testovacej štatistiky, p – hodnota štatistickej významnosti, SD – smerodajná odchýlka

Bolesť

Osteoartróza je ochorenie, ktorého klinickým prejavom okrem zmeny hybnosti je aj bolesť pri našom sledovaní sme sa zamerali aj na ovplyvnenie bolesti fyzioterapeutickými postupmi.

Pred zahájením fyzioterapie pacienti pomocou vizuálnej analógovej škály bolesť hodnotili číslom 4 a po absolvovaní liečby 2 ($p=0,001$).

Tabuľka 3 Ovplyvnenie pooperačnej bolesti fyzioterapeutickou liečbou

Pred liečbou			Po liečbe			Z	p
Medián	SD	x	Medián	SD	x		
4,0	1,383	4,13	3,0	1,279	2,87	-4,468	0,001

x – aritmetický priemer, Z – hodnota testovacej štatistiky, p – hodnota štatistickej významnosti, SD – smerodajná odchýlka

Pooperačný opuch

Totálnu endoprotézu kolenného kĺbu sprevádza v pooperačnom období opuch stehna, preto sme v našom klinickom sledovaní jeho ovplyvnenie fyzioterapeutickými postupmi.

Absolvovaním fyzioterapie došlo k štatisticky významnej redukcii opuchu stehna, vyjadreného zmenšením obvodu stehna meraného 15 cm nad patelou o 1,8 cm ($50,83 \text{ cm} \pm 6,497$ vs $52,63 \text{ cm} \pm 6,713$, $p<0,001$).

Tabuľka 4 Ovplyvnenie opuchu stehna fyzioterapeutickou intervenciou

Pred liečbou			Po liečbe			Z	p
Medián	SD	x	Medián	SD	x		
52,00	6,713	52,63	50,50	6,497	50,83	-4,783	0,001

x – aritmetický priemer, Z – hodnota testovacej štatistiky, p – hodnota štatistickej významnosti, SD – smerodajná odchýlka

Diskusia

V našom súbore pacientov sme po absolvovaní včasnej, komplexnej, individuálnej pooperačnej fyzioterapeutickej liečbe zaznamenali štatisticky významné zlepšenie svalovej sily flexorov ako aj extenzorov operovaného kolenného kĺbu ($p<0,001$).

Na zvýšenie svalovej sily sme realizovali hlavne izometrické cvičenia a cvičenie proti odporu. Po TEP izometrické cvičenia pomáhajú zvýšiť funkčnú schopnosť svalov a zabraňujú vzniku atrofie. Úlohou

pooperačnej kinezioterapie je okrem zlepšenia svalov sily aj pozitívne ovplyvnenie funkčnosti operovaného kĺbu (Vavro, 2016).

Flexia v kolennom kĺbe môže byť ohodnotená vizuálne – odhadom alebo goniometrom. My sme pri zisťovaní flexie použili štandardizované fyzioterapeutické - goniometrické vyšetrenie. Toto vyšetrenie je dôležitou súčasťou posúdenia výsledku TEP kolenného kĺbu. V sledovanom súbore došlo k štatisticky významnému zlepšeniu flexie fyzioterapeutickou intervenciou o 25,34 stupňa ($43,33 \pm 11,090$ vs $68,67 \pm 9,553$, $p < 0,001$).

Využitím prostriedkov fyzikálnej terapie, konkrétne negatívnej termoterapie, je možné tlmieť bolesť. Pri tejto liečbe sa hlavne využíva analgetický, ako aj antiedematózný a antiflogický účinok chlad. V našom súbore došlo absolvovaním fyzioterapeutickej intervencie k redukcii bolesti vyjadrenej prostredníctvom vizuálnej analógovej škály o 1,26 bodu ($4,13 \pm 1,383$ vs $2,87 \pm 1,279$, $p < 0,001$).

Nakoľko má musculusquadricepsfemoris v pooperačnom období tendenciu k ochabovaniu, resp. vzniku edému, merali sme jeho obvod prostredníctvom obvodu stehna 15 cm nad patelou. Namerané hodnoty sme porovnávali so zdravou dolnou končatinou. Štatisticky sme vyhodnotili iba hodnoty na operovanej končatine.

Na elimináciu pooperačného opuchu sme využili prostriedky fyzikálnej terapie, konkrétne aplikáciu kryoterapie pre jej nielen analgetický ale aj antiedematózný účinok. Pacientom bola kryoterapia aplikovaná v priebehu dňa pred a po cvičení – spolu štyrikrát. Ak pociťovali vo večerných hodinách bolesť kolenného kĺbu, boli edukovaní o možnosti aplikácie kryosáčku ešte po dobu ďalších 10 minút. U pacientov sme pri vstupnom vyšetrení zaznamenali minimálnu hodnotu obvodu stehna 15 cm nad patellou 36 cm a maximálnu 69 cm. Pri absolvovanej terapii bola nameraná minimálna hodnota obvodu 36 cm a maximálna hodnota 68 cm. Vyhodnotením celého súboru pacientov po TEP kolenného kĺbu sme dosiahli fyzioterapiou štatisticky významnú redukcii pooperačného opuchu stehna operovanej dolnej končatiny v priemere 1,8 cm ($52,63 \pm 6,713$ vs $50,83 \pm 6,497$, $p < 0,001$).

Záver

Stúpajúcu incidencia a prevalenciugonartrózy sprevádza aj vzostup chirurgických intervencií TEP. Neodmysliteľnou súčasťou liečby pacientov po TEP je aj fyzioterapeutická liečba, ktorá sa využíva v predoperačnom, vo včasnom pooperačnom období ako aj po prepustení pacienta z nemocnice formou ambulantnej terapie. V pilotnej klinickej štúdií sme sa zamerali na zistenie účinnosti fyzioterapie na zlepšenie zdravotného stavu pacientov vo včasnom pooperačnom období. Zistili sme zvýšenie svalovej sily flexorov a extenzorov na operovanom kolennom kĺbe, zlepšenie pohyblivosti do flexie, redukcii pooperačného opuchu v oblasti stehna a elimináciu bolesti.

Zoznam použitej literatúry

VAVRO, M. 2016. Manažment starostlivosti pacienta po totálnej endoprotéze kolenného kĺbu : dizertačná práca. Bratislava : Slovenská zdravotnícka univerzita, 2016. 100 s.

VAVRO, M. – ŽIAKOVÁ, E. – GAZDÍKOVÁ, K. – FARKAŠOVÁ, D. Does standard post-operative rehabilitation have its place after total knee replacement?. *Bratislavské lekárske listy*, 2016, 117.10: 605-608.

Korespondence:

PhDr. Mgr. Michal Vavro, PhD.

Stredná zdravotnícka škola Nové Zámky

Pod kalváriou 1

940 01 Nové Zámky

Email: vavro.szsyz@gmail.com

ANALÝZA VÝSKYTU DĚTSKÝCH ÚRAZŮ A INFORMOVANOST RODIČŮ O JEJICH PREVENCÍ

Šárka Tomová¹, Gabriela Doleželová^{2,3}

¹ Ústav ošetřovatelství, 2. lékařská fakulta, Univerzita Karlova Praha

² Revenium z.s., Praha, ³ Dům zdraví spol. s r.o., Velké Meziříčí

Souhrn: Příspěvek se zabývá zmapováním výskytu dětských úrazů vzniklých v domácnosti a informovaností rodičů dětí o jejich preventivních opatřeních. Analýzou zjištěných informací z nestandardizovaného dotazníkového šetření byla zmapována incidence výskytu dětských úrazů ve věkovém období od 1 do 3 let na základě poskytnutých informací rodičů nebo doprovázející osoby v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost, typy a charakter úrazu, vybavení domácnosti bezpečnostními pomůckami a zdroji, odkud rodiče nejvíce získávají informace o prevenci dětských úrazů. Získaná data byla statisticky zpracována. Výsledná šetření potvrdila fakt, že rodiče nebo doprovázející osoby čerpají informace o preventivních opatřeních z internetu, avšak bezpečnost domácnosti těmito získaným informacím neodpovídá. Výsledným výstupem je vytvoření „Informačního listu prevence úrazu“, který přispěje ke zkvalitnění informací o preventivních opatřeních v úrazovosti dětských pacientů.

Klíčová slova: *Batolecí období; Informovanost; Prevence; Úraz*

Summary: The article is focused on the mapping of the occurrence of child injuries happening in the household and the parental awareness of the injury's preventive measures. By the analysis of the gathered information through the non-standardised questionnaire survey the following has been mapped: the incidence of the occurrence of child injuries happening between the first and third year of life through to the data provided by parents or accompanying person at the General Practitioners for minors, the types and characteristics of injuries, household equipped with the safety aids and sources, where parents get the most information about child injury prevention. The obtained data were statistically processed. The resulting findings confirmed the fact that parents or accompanying people draw information on preventive measures from the Internet, but the household's security and safety does not correspond to these findings. The result of the survey is a creation of the "Informative list of the injury prevention" which will contribute to the improvement of information on the preventive measures of the child injuries rate.

Keywords: *Toddler; Awareness; Prevention; Injury*

Úvod

Trvale narůstající počet úrazů dětí, a to zejména úrazů s přímým ohrožením života, je varovným signálem nejen pro odbornou, ale i pro laickou veřejnost. Běžný, ale mylný názor je, že úrazy se stávají, patří k životu, stávají se náhodou a není jim možno zabránit. Skutečnost je jiná, každému úrazu předchází riziková situace, kterou můžeme rozpoznat a vyhnout se jí. Úraz se nemusí stát a není nevyhnutelný. Úrazovost je problém celospolečenský. Nejen zdravotní a ekonomický, ale i sociální. Protože při posuzování závažnosti samotného úrazu je nutno také přihlédnout i k jeho neobyčejně vysoké emociální zátěži, kterou úraz, zvláště těžký, je nejen pro postiženého, ale i pro jeho nejbližší okolí. Úkolem dospělých je vytvářet pro děti bezpečné prostředí, což má prvořadý význam při úrazové prevenci. Svět, ve kterém se dítě pohybuje, je upraven pro potřeby dospělého člověka. Dospělý člověk ví, co může a nemůže, a co je a není bezpečné. Malé děti tato rizika neznají, neumí se ochránit, neumí předvídat, výsledkem může být vážný úraz. Základním předpokladem snížení úrazovosti jsou preventivní opatření a identifikace rizikových faktorů, které vedou k úrazovým událostem. Národní registr dětských úrazů je zcela zásadní nástroj pro organizaci a řízení smysluplné a účinné prevence dětských úrazů. Teprve s nástupem podrobné analýzy dětských úrazů byla zahájena účinná prevence doprovázená poklesem počtu úrazů a zemřelých dětí (ÚZIS, 2019).

Prevence úrazů je postavena na třech základních pilířích v zahraničí označovaných jako „opatření tří E“: education – zdravotní výchova v oblasti rizikových faktorů, poskytování první pomoci a ochrany před úrazy, engineering – technologické postupy k minimalizaci rizika a následků úrazu, enforcement – zavádění legislativních opatření k podpoře prevence. Maximální účinnosti může být dosaženo jen uplatněním všech těchto tří principů (Sethi, 2005; Truellová, 2009; Schlag et al, 2006, s. 96). V neposlední řadě je třeba vycházet z interdisciplinární spolupráce (Platt et al., 2007; Čapková et al., 2008).

Úrazy představují závažný zdravotnický, ekonomický a společenský problém na celém světě. Ve státech OECD vzrostl podíl úmrtí v důsledku úrazů za posledních 25 let z 25% na 37%. Úrazy jsou ve vyspělých státech příčinou více než 40% úmrtí dětí od 0-14 let. Každoročně umírá v důsledku úrazů ve státech OECD 20 000 dětí / v rozvojových zemích cca 1 milion dětí 0-14 let. Na úrazovost dětí má vliv prostředí, je evidována 4x vyšší míra úmrtnosti v zemích s nízkými socio-kulturně-ekonomickými podmínkami (MZČR, 2008).

Cíl práce

Cílem příspěvku je předložit informace o zjištěných úrazech dětí v domácnosti (mechanismus a typ úrazu) a rodičovské posouzení nejčastěji využívaného zdroje informací v péči o dítě z hlediska prevence úrazů

Metodika

Metodou průzkumu byla kvantitativní forma dotazníkového šetření, ke sběru dat byl využit nestandardizovaný strukturovaný dotazník, který obsahoval otázky uzavřené i polouzavřené. První část dotazníku byla zaměřena na získávání informací o úrazech dětí v domácnosti, tj. rozbor nejčastějších míst, příčin, mechanismů, socioekonomických a dalších faktorů, které vznik úrazu ovlivňují.

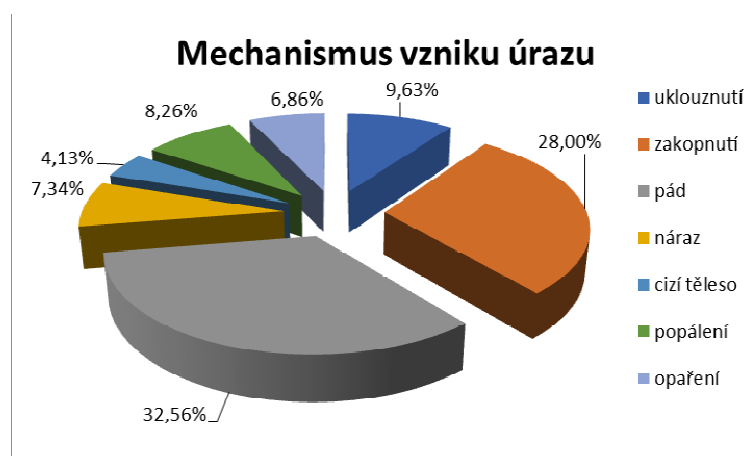
Otázky vyplňovali rodiče, v případě nutnosti ve spolupráci se zdravotnickým personálem.

Materiál

Objektem průzkumu byly děti ve věku 0 – 3 roky, u kterých došlo k úrazu v domácnosti a které ve sledovaném období navštívily ordinace praktických lékařů pro děti a dorost (PLDD). Distribuováno bylo celkem 250 dotazníků v městské části Praha 1, Praha 2, Praha 3 a Praha 10, které byly rozdány v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost. Nazpět jsme získali celkem 218 kompletně vyplněných dotazníků (návratnost byla 87,20%).

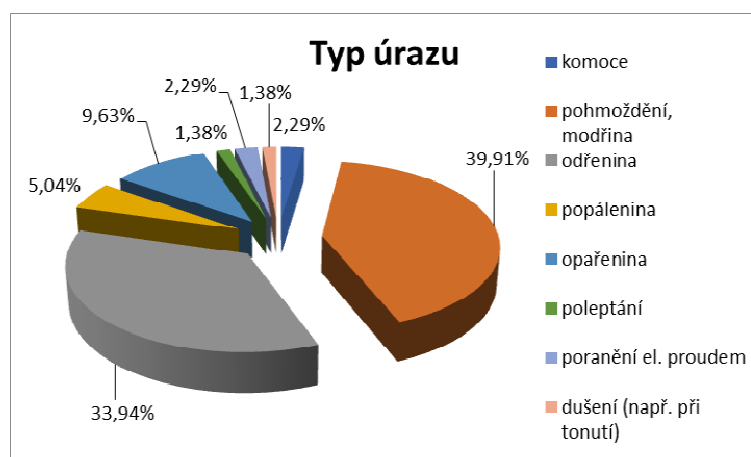
Výsledky

V předloženém příspěvku předkládáme vybrané výsledky průzkumného šetření, vztahujícími se k uvedeným stanoveným cílům.



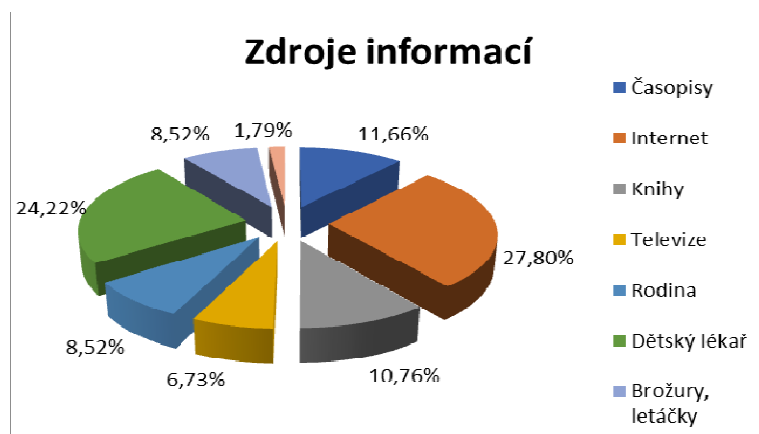
Graf 1 Mechanismus vzniku úrazů (Zdroj: Autor)

Na obrázku se vyskytují nejčastější mechanismy vzniku úrazů sledovaných dětí. Největší skupinu tvoří pády u 71 (32,56%) dětí, zakopnutí u 61 (28,00%) dětí, uklouznutí u 21 (9,63%) dětí. Ostatní kategorie úrazu opaření, popálenina, náraz, cizí těleso v tělesné dutině se vyskytují v téměř stejném počtu, v průměru v 6,65%. Poleptání a popálení elektrickým proudem nepřesáhlo hranici 2% výskytu.



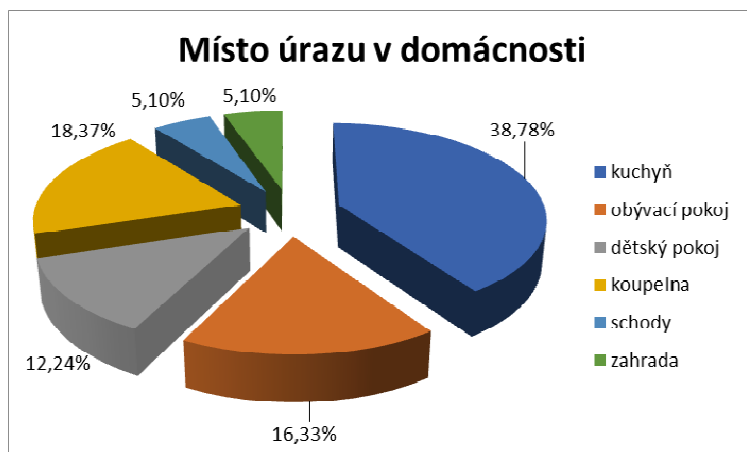
Graf 2 Nejčastější typy úrazů (Zdroj: Autor)

Na obrázku je patrné, že se u dětí vyskytovala široká škála úrazů. Nejpočetnější skupinu tvořily odřeniny u 74 (33,94%) dětí, pohmožděny a hematomy se vyskytly u 87 (39,91%) dětí. Další skupiny úrazů přesahující 5% výskyt tvořily popáleniny u 11 (5,04%) dětí a opařeniny u 21 (9,63%) dětí. Zlomeniny a otevřené rány a distorze se pohybovaly do 1% výskytu, ostatní skupiny úrazů poleptání, dušení, komoce okolo 2% výskytu.



Graf 3 Zdroje informací (Zdroj: Autor)

Z uvedeného přehledu zdrojů informací je patrné, že internetové zdroje jsou ve společnosti nejsilnějším médiem. V našem šetření čerpali informace rodiče z tohoto media ve 62 (27,80%) případech. Dětský lékař poskytl bezpečnostní edukaci v 54 (24,22%) případech, informace z knih a časopisů se pohybovaly mezi 10 – 11% užití, televize, rodina, brožury v čekárnách dětských lékařů se vyskytovaly v průměru 7,92%.



Graf 4 Místo úrazu v domácnosti (Zdroj: Autor)

Odpovědi na tuto otázku byly zpracovány do několika kategorií. Nejvyšší frekvence odpovědi zaznamenala kuchyň u 38 (38,78%) dětí, následuje koupelna (18,37%) a obývací pokoj u 16 (16,33%) dětí. Velmi početnou skupinu tvoří dětský pokoj u 12 (12,24%) dětí. Za zmínku stojí úrazy na zahradě a na schodech u 5 (5,10%) dětí. Ostatní místa nepřesáhly hranici 3% výskytu.

V neposlední řadě jsme stanovili hypotézu týkající se závislosti vztahu mezi počtem dětí a skutečností, zda došlo k úrazu v domácnosti vlastní nebo cizí.

Tab. 1 Závislost počtu dětí a místa výskytu úrazu (Zdroj: Autor)

Počet dětí v rodině x Typ domácnosti			
Pozorované četnosti	29	6	35
	34	29	63
	63	35	98
Očekávané četnosti	22,49	12,49	
	40,49	22,49	
Signifikace chí-kvadrát testu			$p = 0,004232301$

Dosaženou hladinu statistické významnosti, porovnáme s hodnotou 0,05. V našem případě je hodnota $p = 0,004 < 0,05$. Lze tedy přijmout alternativní hypotézu, tj. že na 5% hladině významnosti existuje statisticky signifikantní závislost mezi počtem dětí v rodině a typem domácnosti ve smyslu, zda došlo k úrazu v domácnosti vlastní, nebo cizí, například u příbuzných.

Diskuze

Nejvíce úrazů se stalo v domácím prostředí a bezprostředním okolí. V našem průzkumu tvořily úrazy v domácnosti 44,95% z celkového počtu 218 úrazů. Mimo domácnost činil výskyt dětských úrazů 112 (51,38%). Jak uvádí Truellová a Benešová (2009), domácí úrazy nejsou obvykle tak závažné jako úrazy volnočasové či dopravní a jen výjimečně jsou smrtelné, jejich počty jsou však mnohonásobně vyšší. Nejzávažnější jsou otravy čisticími prostředky, které by v dnešní době měly být již u výrobce opatřeny bezpečnostním uzávěrem. Za největší ohrožení, na které upozorňuje řada studií, lze považovat přelítí

čisticích prostředků v kombinaci s obalem, který děti znají a identifikují jako běžné pití, limonády a sirupy. Léky v domácnostech dětí bývají většinou na místě, kam děti nemají přístup. Avšak cizí domácnosti, v nichž žijí jen dospělí lidé, nejsou vždy zajištěny tak, aby dítě na léky nedosáhlo. Na tyto skutečnosti upozorňuje i Toxikologické informační středisko se sídlem v Praze, které je nepřetržitě k dispozici rodičům a lékařům s radou, přičemž se také zabývá sběrem dat o otravách a vydáváním informačních materiálů (Mrázová, 2009). Nejčastějším mechanismem úrazu bylo uklouznutí, zakopnutí a pád. Zakopnutí jako mechanismus úrazu převládalo v 61 (28,00%) nad ostatními mechanismy u dětí ve věku 0–1 rok, a 2–3 roky. Nejčastějším mechanismem vzniku úrazu byly pády, jejichž výskyt jsme zaznamenali v 32,56%. Tyto výsledky se téměř shodují i s analýzou mechanismů úrazů z NRÚ 2009–14, kde je pád udáván také jako nejčastější mechanismus úrazů u dětí do 4 let. Tento vztah zdůrazňují Čapková a Truellová ve svých publikacích zaměřených na úrazy z hlediska psychomotorického vývoje dětí (Čapková et al., 2008; Truellová, 2009). Velmi důležitá je v této oblasti práce a preventivní působení na rodiče a děti v praxi praktických lékařů pro děti a dorost. Na podkladě dotazníku studie ELSPAC (Evropská longitudinální studie těhotenství a dětství) bylo zjištěno, že nejčastějším zdrojem informací v péči o dítě jsou knihy pro rodiče. Na konkrétní dotaz, kterým zdrojům informací dávají rodiče přednost, bylo výsledné pořadí: 1. knižní literatura o těhotenství a dítěti (62,0 %), 2. kvalifikovaná rada odborníka (60,8 %), 3. zkušenosti vlastní matky (42,7 %), 4. časopisy, deníky, týdeníky (24,4 %), 5. zkušenosti příbuzných a přátel (19,0 %), 6. televize (18,6 %), 7. zdravotnická osvěta (letáčky, apod.), 8. rozhlas (8,2 %), 9. jiné (2,1 %). V našem průzkumném šetření byly výsledky odpovědí rodičů ovlivněny silou internetových údajů a zpráv, tudíž převládaly informace získané na internetu v 62 (27,80%) případech, druhým nejčastějším zdrojem bezpečnostních informací byly v našem šetření informace získané praktickým lékařem pro děti a dorost v 54 (24,22%) případech.

Závěr

Primární prevence úrazů dětí je prioritou MZ ČR a především České republiky v rámci priorit EU. Lze říci, že pokud bude identifikován vztah vzniku úrazu a socioekonomické rodiny, bude naplněna znalost sociálních a dalších faktorů, které v rodině na dítě působí, a jejich vztah ke vzniku úrazu. Na základě těchto výsledků lze pak zkvalitnit přístup k primární prevenci úrazů dětí zvýšeným sledováním dítěte, zefektivněním preventivních postupů, zvýšenou dispenzarizací, kontrolou, případně zvýšením efektivity realizované primární úrazové prevence. S účinnou primární prevencí je spojena nižší prevalence úrazů v dětské populaci a tím i snížení finančních nákladů na léčbu a další péči osob po úrazu.

Významnou roli v monitoringu dětských úrazů má Národní registr dětských úrazů, který se od roku 2008 stal zdrojem validních informací. Je nezbytné zvýšit aktivní spolupráci dětských lékařů, a to i praktických lékařů pro děti a dorost, v prevenci úrazů a násilí, pokračovat v edukaci široké veřejnosti se zaměřením na převzetí zodpovědnosti za své zdraví.

Až doposud se prevence úrazů soustředila především na změnu chování lidí, na upozornění na rizika a varování. Například opaření horkou vodou se bránilo především dohledem nad dětmi a opatrností při zacházení s horkými tekutinami. V posledních desetiletích se preventivní snahy soustřeďují na změny samotného rizika a tvorbu technicky bezpečnějšího prostředí. Bezpečnostní hledisko se prosazuje v konstrukci domácích spotřebičů, vybavení kuchyní a koupelen i v designu nábytku. Důležitou se tak stává informovanost veřejnosti o tom, jak který výrobek splňuje požadavky bezpečnosti a které výrobky jsou nebezpečné. Zvláště důležitá je pak zpětná informace spotřebitelů o tom, jaká je situace v běžném provozu domácností. Právě nalezení rizikových míst, produktů a situací, které jsou součástí domova na podkladě informace o tom, kde a jak úrazy vznikají, totiž dává nástroj pro prevenci. Změny v uspořádání a vybavení domova, tak aby byl bezpečný, obvykle nejsou nijak nákladné, ale často buď chybí informace, nebo vůle změny udělat včas.

Použitá literatura

BENEŠOVÁ, V. Úrazy u dětí a jejich prevence Zdroj: <https://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemove-situaci/zdravotni-problemy-ditete/urazy-u-deti-a-jejich-prevence.shtml>. Šance dětem [online]. 2019 [cit. 2019-04-08]. Dostupné z: <https://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemove-situaci/zdravotni-problemy-ditete/urazy-u-deti-a-jejich-prevence.shtml>

ČAPKOVÁ, Magdalena, TORÁČOVÁ, Lucie, VELEMÍNSKÝ, Miloš, 2008. Prevence úrazů u vybraných skupin obyvatelstva. 1. vyd. Praha: Triton, 98 s. ISBN 978-80-7387-200-7.

Evropská longitudinální studie těhotenství a dětství, ELSPAC [Internet] Brno: Lékařská fakulta Masarykovy univerzity Brno; [citováno 10.04. 2019]. Dostupné z: www.med.muni.cz/elspac

MRÁZOVÁ, Karolína, 2008. Dětské otravy. Umíme si s nimi poradit? [online] 2008 [cit. 2018-6-25]. Dostupné z: http://www.tis-cz.cz/images/stories/PDFs/detske_otravy.pdf

MZČR Závěrečné zhodnocení plnění úkolů vyplývajících z Národního akčního plánu prevence dětských úrazů na léta 2007–2017. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online]. 2019 [cit. 2019-04-10]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/zaverecne-zhodnoceni-plneni-ukolu-vyplyvajicich-z-narodniho-akcniho-planu-prevence-detskych-urazu-na-leta-2007-2017_3988_3.html

PLATT WARD, M.P., LITTLE, R.A., et al., 2007. Injury in the Young. Digitally printed version. New York: Cambridge University Press. 317 s. ISBN 978-521-03737-2.

SETHI, D., TONER, E., VINCENTEN, J., et al. European report on child injury prevention. Regional office for Europe. WHO, 2008.

SCHLAG, B., ROESNER, D., ZWIPP, H. Kinderunfaelle – Ursachen und Praevention, VS Verlag fuer Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2006

TRUELLOVÁ, Iva. Systémové řešení prevence dětských úrazů v České republice a činnost praktických lékařů pro děti a dorost. Praha, 2009. Disertační práce. Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce prof. MUDr. Miloš Velemínský, CSc., Dr.h.c. [cit. 2019-04-08]. Dostupné z: https://theses.cz/id/f4akwe/downloadPraceContent_adipldno_16526

Národní registr úrazů. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. 2019 [cit. 2019-04-10]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/registry/narodni-zdravotni-registry/nr-urazu>

Kontaktní adresa

PhDr. Šárka Tomová, Ph.D.

2. lékařská fakulta

Univerzita Karlova Praha

V Úvalu 84

156 00 Praha 5 – Motol

Email: sarka.tomova@lfmotol.cuni.cz

SEKUNDÁRNA PREVENCIA PRI ÚRAZOCH U DETÍ

Andrea Bratová¹, Jitka Dissou²

¹Univerzita Karlova, Ústav ošetrovatelství 2. LF UK a FN Motol

²Fakultní nemocnice Motol, OUP a LSSP dětí

Súhrn: Autori príspevku predkladajú základný prehľad o problematike sekundárnej prevencie úrazov u detí. Základný súbor tvorilo 5288 detských pacientov, ktorí boli ošetrení na Oddelení Urgentného príjmu detí a LSPP detí v FNM v roku 2018. Výskumný súbor tvorilo 688 detských pacientov s úrazom hlavy. Pre zber dát bola použitá dokumentácia vedená na ambulancii. Najviac prípadov úrazov hlavy detí sa vyskytuje u chlapcov, na jar, vo veku od 1 do 3 rokov. Najčastejšie sa vyskytuje vyšetrenie RTG, neurologické vyšetrenie a vyšetrenie CT. Poskytovanie bezpečnej a šetrnej zdravotnej starostlivosti môže zabezpečiť vytvorenie a aplikácia jednotnej smernice. Zdravotná starostlivosť by následne mala byť poskytovaná komplexne, cielene, šetrne a s ohľadom na špecifiká detského veku, zranenia, príznaky.

Kľúčové slová: Sekundárna prevencia. Úrazy hlavy. Deti. Zdravotná starostlivosť.

Secondary prevention of child injuries

Summary: The authors of the paper submit a basic overview on the topic of secondary prevention of child injuries. The basic sample consisted of 5288 child patients who were treated at the Emergency Department for Children at Motol UH in 2018. The research sample consisted of 688 child patients with head injuries. The data were obtained from the documentation kept in the ambulance. Most cases of child head injuries occur in boys, during spring, at the age of 1 to 3. The most frequently provided examinations are an X-ray examination, neurological examination and CT examination. Providing safe and tender health care can be ensured by creation and application of a single directive. Health care should be subsequently provided in a comprehensive, aimed and tender way and with regard to the particularities of child age, injury and symptoms.

Key words: Secondary prevention. Head injuries. Children. Health care.

Úvod

Prioritne sme mali na pamäti, že krehkosť detského pacienta vyžaduje empatický prístup, ktorý by mal byť čo najšetrnejší, zároveň prihliadať na sekundárne preventívne opatrenia.

Na základe iniciatívy Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) bolo v roku 2011 v Českej republike založené: Národní koordinační centrum prevence úrazů, Násilí a podpory bezpečnosti pro děti Fakultní nemocnice v Motole, ako člen medzinárodnej siete WHO Zdravých nemocníc. Preto sú i aktivity centra zamerané na medzinárodných a regionálnych stratégií a akčných plánov za účelom zníženia mortality a morbiditu detí. Významne sa podieľa i na edukačnej a vedeckovýskumnej činnosti (Švancárová a kol., 2017).

V Českej republike sa predkladanej problematike venuje intenzívne pozornosť od roku 2011. Oddelenie urgentného príjmu detí vzniklo v roku 2011, aktívna spolupráca je i s Centrom úrazové prevence UK 2. LF a FN v Motole pri Ústave verejného zdravotníctva a preventívneho lekárstva Univerzity Karlovej 2 LF. Činnosť centra sa zameriava na preventívne aktivity v oblasti úrazov, násilia v kontexte širokého vekového spektra. V rámci programu sa designujú školy v projekte Medzinárodná bezpečná škola. Vzhľadom k rozsiahlosti problematiky sme sa úzko špecifikovali na úrazy hlavy u detí, konkretizované špecifické medicínske diagnózy. Problematiku sme mapovali v prostredí FN Motol v Prahe. Problematika sekundárnej prevencie zasahuje i pacientov, ktorí prídu na ošetrovanie na

Urgentní příjem u dětí. Důležité však je poskytnutí zdravotní starostlivosti s maximálně profesionálním, šetrným, holistickým a empatickým přístupem k dětskému pacientovi.

Ciel'

Cieľom bolo zmapovať úrazy hlavy u detí a posúdiť sekundárnu prevenciu pri úrazoch hlavy. Motiváciou pre realizáciu výskumu bola naša osobná zainteresovanosť v predmetnej problematike. Pracovná zaangažovanosť pre kvalitné, komplexné ošetrovanie detských pacientov, aktívna činnosť vo výučbovom i vedeckovýskumnom procese nás taktiež dynamicky poháňala. Predmetom výskumu bola prevencia úrazov u detí, špecificky v podmienkach Českej republiky, Fakultnej nemocnice Motol.

Metodika

Časová dotácia zberu dát a návrhov začala v marci 2018 a skončila analýzou v apríly 2019. Na začiatku sme podali žiadosti o realizáciu výskumu, po ich schválení sme začali s realizáciou. Nami realizovaný výskum je kvantitatívny, preto sme zvolili štatistickú analýzu dát. Pre popis dát sme použili absolútne frekvencie (n) a relatívne frekvencie (%). Okrem toho sme pri kardinálnych premenných využili aj popis prostredníctvom priemeru so štandardnou odchýlkou, mediánu, modusu a hodnôt minima a maxima. Naďalej realizujeme výskum a štatisticky spracovávame dáta, plánujeme ešte naďalej mapovať, porovnávať a realizovať viacero projektov.

Súbor

Základný súbor tvorilo 5288 detských pacientov, ktorí boli ošetrení na Oddelení Urgentného príjmu a LSPP detí v FNM v roku 2018. Výslednú výskumnú vzorku tvorilo spolu 688 detských pacientov z radov detských pacientov, ktorí boli ošetrení vo FN Motol, na Oddelení urgentného príjmu a LSPP detí v roku 2018, s Dg. Úraz hlavy. Zarádujúce kritériá pre detských pacientov boli nasledovné: detský pacienti; ošetrovanie vo FN Motol v Prahe; v priebehu obdobia od 1.1.2018 do 31.12.2018; ošetrovanie na Oddelení urgentného príjmu a LSPP a detí; medicínska Dg.: Úraz hlavy. Vylučovacím kritériom bolo ošetrovanie bez Dg. Úraz hlavy.

Výsledky

Výsledky sme vyhodnocovali štatisticky. V roku 2018 na Odd. Urgentného príjmu detí FN Motol bolo prijatých 5288 detských pacientov, z čoho bolo 688 úrazov hlavy. Úrazy hlavy detí tak predstavovali 13,01 % prípadov z celkového počtu detských pacientov v roku 2018. Z počtu 688 úrazov hlavy bolo 419 chlapcov (60,9 %) a 269 dievčat (39,1 %).

Priemerný vek bol 6,28 rokov so štandardnou odchýlkou 5,27 rokov. Najčastejšie boli ošetrované deti vo veku 1 roka (n = 114). Dĺžka pobytu detských pacientov počas ošetrovania na Oddelení urgentného príjmu a LSPP detí vo FNM bola v priemere 155,85 minút so štandardnou odchýlkou 116,37 minút. Rozpätie dĺžky pobytu sa pohybovalo od 5 minút po 1119 minút, čo je 18,65 hodín. Polovica pacientov strávila Oddelení urgentného príjmu a LSPP detí 135 minút a menej a polovica pacientov strávila Oddelení urgentného príjmu a LSPP detí, viac ako 135 minút. Najčastejšie sa ukazoval čas pobytu detských pacientov 130 minút (n = 22). Vyšetrenie u neurológa absolvovalo 246 detských pacientov (35,8 %), vyšetrenie u neurochirurga 7 detských pacientov (1 %), magnetickú rezonanciu absolvoval 1 detský pacient (0,1%), CT absolvovalo 73 detských pacientov (10,6 %) a nakoniec RTG absolvovalo 256 detských pacientov (37,2 %).

Diskusia

Pri deskripcii údajov sme evidovali, že zo 688 sledovaných prípadov úrazov hlavy detských pacientov bolo 60,9 % chlapcov ($n = 419$) a 39,1 % dievčat ($n = 269$). Tento rozdiel v pohlaví sme porovnali Chí kvadrátom testom dobrej zhody a zistili sme, že existuje štatisticky významný rozdiel vo výskyte úrazov hlavy detí vzhľadom na pohlavie ($p < 0,05$). Chlapci boli častejšími pacientmi s úrazmi hlavy než dievčatá. Plánka a kol. (2016), z dát Národného registru detských úrazů v Českej republike vyplýva, pri závažných úrazoch s nutnosťou hospitalizácie je pomer chlapcov a dievčat pri voľnočasových aktivitách 60 / 40 %, s celkovou mierou úmrtnosti 2,3 x vyššou u chlapcov. Výsledky obdobné ako u nás boli uverejnené i štúdiu v Číne, kde Chow a kol. (2019), popisujú, že počet detských pacientov z radov mužov bol vyšší ako počet žien, čo si bádatelia vysvetľujú, rovnako ako my rozdielnym chovaním medzi pohlaviami a ich kontinuitou. Ďalej sme predpokladali, že existuje rozdiel vo výskyte úrazov hlavy detí vzhľadom na ročné obdobie. Pri úrazoch hlavy sme mapovali aj mesiace v roku. Zo všetkých detských úrazov hlavy bolo 210 prípadov (30,5 %) zaznamenaných na jar, 167 prípadov (24,3 %) zaznamenaných v lete, 158 prípadov (23 %) zaznamenaných na jeseň a 153 prípadov (22,2 %) zaznamenaných v zime. Výskyt úrazov hlavy detí vzhľadom na ročné obdobie sme porovnali Chí kvadrátom testom dobrej zhody a zistili sme, že medzi ročnými obdobiami existuje štatisticky významný rozdiel ($p < 0,05$). Najviac prípadov úrazov hlavy detí je na jar, potom nasleduje leto, jeseň a nakoniec zima.

Jedným z nami stanovených výskumných predpokladov bolo zistiť taktiež rozdiel v počte ďalších vyšetrovacích metód u detí s úrazmi hlavy. Pri deskripcii výsledkov sme zistili, že vyšetrenie u neurológa absolvovalo 35,8 % ($n = 246$) detských pacientov, vyšetrenie u neurochirurga 1 % detských pacientov ($n = 7$) magnetickú rezonanciu (MRI) absolvoval 0,1 % detských pacientov ($n = 1$), CT absolvovalo 10,6 % detských pacientov ($n = 73$) a RTG absolvovalo 37,2 % detských pacientov (256). Tieto údaje sme porovnali Chí kvadrátom testom nezávislosti, nakoľko sme porovnávali absolvovanie a neabsolvovanie daných vyšetrení. Na základe výsledkov môžeme povedať, že medzi ďalšími vyšetrovacími metódami u detí s úrazom hlavy existuje štatisticky významný rozdiel ($p < 0,05$). Najčastejšie sa vyskytovali vyšetrenie RTG, nasledovalo neurologické vyšetrenie, vyšetrenie CT, neurochirurgické vyšetrenie a nakoniec vyšetrenie MRI. Podľa štúdie Corwina a kol. (2019), CT hlavy u pacientov s menšou traumou hlavy sa každý rok po implementácii smernice dôsledne znižovala. Deti, ktoré absolvovali CT hlavy, nemali v porovnaní s tými, ktorí ju nemali, predĺženú dĺžku pobytu. Menšia časť pacientov, ktorí absolvovali CT a detský pacienti boli prepustení, pokiaľ spĺňali nízkorizikové kritériá podľa štandardizovaných usmernení. Hálek (2010) tvrdí, že RTG vyšetrenie lebky ú hlavy, nie je v prípade úrazu hlavy metódou voľby. CT vyšetrenie bezpečne odhalí prítomnosť intrakraniálne abnormality, ale vzhľadom k častej nutnosti analgosedácie a nežiaduce radiačnej záťaži, ich nie je možné používať liberálne. Zatiaľ neexistujú prehľadná a dostatočne zdôvodnená oficiálne odporúčania týkajúce sa tejto problematiky. Aktuálne zverejnené výsledky validných prospektívnych a multicentrických štúdií umožňujú orientáciu v tejto problematike a pravdepodobne povedú v blízkej dobe k vytvoreniu dobre podložených diagnosticko-terapeutických algoritmov. Schutzman (2018) tvrdí, že u detí vo veku ≥ 2 roky s veľmi nízkym rizikom pre klinické prejavy s poranením hlavy a bez neho, sa má vyhnúť zobrazovacím metódam. Títo pacienti by mali mať spravidla neurologické vyšetrenie, žiadny fyzikálny dôkaz naznačujúci zlomeninu lebky a žiadny predchádzajúci stav, ktorý by mohol zvýšiť riziko intrakraniálneho krvácania (napr. porucha krvácania). Ako výstižne uvádzajú (Chow a kol., 2019; Benett a kol., 2008) je dôležitý perspektívny zber dát vrátane situačných premenných, spôsob zberu dát, nástrojov, zadávanie dát a riadenie kvality dát by navrhovaná oblasť pre zlepšenie podhodnotení a plánovanie zvládnuť nielen detských pacientov s úrazom, no i z hľadiska sekundárnej prevencie, ale aj tých, ktoré sú z primárnej preventívnej perspektívy zaradené do menšieho až stredného veku. Ich zistenia poukázali vlastnosti vybranej skupiny tráum, ktoré podľa autorov predstavovali iba malú časť detskej populácie postihnutej úrazom, čo si predstavujú ako špičku ľadovca. Hálek (2010) tvrdí, že dieťa po úraze hlavy je ohrozené najmä intrakraniálnymi komplikáciami. Ak je v čase vyšetrenia v celkovo dobrom stave, je nutné na základe anamnestických údajov a základného klinického vyšetrenia navrhnúť ďalšie diagnostické a terapeutické opatrenia. V

prvom rade je potrebné posúdiť, či je vhodné vykonať zobrazovacie vyšetrenia, prípadne ktorá vyšetrovacia metóda je vhodná.

Záver

Zdravotná starostlivosť poskytovaná pri úrazoch hlavy v FN Motol je poskytovaná veľmi sofistikovane, poskytuje jednotné poskytovanie zdravotnej starostlivosti pre pacientov detského veku v rámci celej FNM. Keďže je to rozsiahla problematika, tak by sme chceli napredovať v poskytovanej starostlivosti a neustále mať na pamäti skvalitniť sekundárnu prevenciu úrazov u detí. Medzi naše hlavné zistenia patrí to, že: najviac prípadov úrazov hlavy detí sa vyskytuje u chlapcov, na jar, vo veku od 1 do 3 rokov a v čase od 15:00 do 22:59. Dĺžka ošetrovania je najdlhšia pri diagnóze S0600 - OTRAS mozgu, otvorená rana. Najčastejšie sa vyskytuje vyšetrenie RTG, neurologické vyšetrenie a vyšetrenie CT. Naš výskum potvrdil, že je potrebné, aby sme sa i naďalej problematike venovali a zostali motivovaní i pre naplnenie našich ďalších cieľov, mét a vízií v prospech detských pacientov. Nádaská (2006) výstižne uvádza, že uspokojovanie potrieb dieťaťa patrí k najvýznamnejším požiadavkám starostlivosti o dieťa, nech už je poskytovaná kýmkoľvek a kdekoľvek.

Literatúra

BENNETT, S. et. al. (2008) The Canadian paediatric surveillance program: a framework for the timely data collection on head injury secondary to suspected child maltreatment

In *Am J Prev Med*, 34 (4 Suppl) (2008), pp. S140-142 [online]. 2008. [cit. 2019-24-04]. Dostupné na internete: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-40949163807&origin=inward&txGid=5b8f78f57d8c2baa9e7b6e1795f7f915>

CORWIN, D., J. et al. (2019). Trends in Emergent Head Computed Tomography Utilization for Minor Head Trauma After Implementation of a Clinical Pathway. In: *Pediatric Emergency Care*. Jan 21, 2019. DOI: 10.1097/PEC.0000000000001728. ISSN 0749-5161. [online]. 2019. [cit. 2019-24-04]. Dostupné na internete: https://journals.lww.com/pec-online/Abstract/publishahead/Trends_in_Emergent_Head_Computed_Tomography.98253.aspx

HÁLEK, J. (2010) Lekhá poranění hlavy u dětí. In: *Pediatric pro praxi*. 2010; 11(4): s. 228-231. ISSN 1803-5264

NÁDASKÁ, I. (2006) Psychologické aspekty v starostlivosti o hospitalizované dieťa. In Boledovičová, M. a kol. In *Pediatrické ošetrovatelstvo*. 2. prepracované a doplnené vyd. Martin : Osveta, 2006. s. 42. ISBN 80-8063-211-1

CHOW, C., B., et. al. (2019) Epidemiology of paediatric trauma in Hong Kong: A multicentre cohort study, In: *Clinical Epidemiology and Global Health*. 2019. March; Vol.

7, ISS. 1 p. 71-78. ISSN: 2213-3984. [online]. 2019. [cit. 2019-24-04]. Dostupné na internete: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213398418300241>

SCHUTZMAN, S. (2018) *Minor head trauma in infants and children: Evaluation*. 2018. [online]. 2018. [cit. 2019-24-04]. Dostupné na internete: <https://www.uptodate.com/contents/minor-head-trauma-in-infants-and-childrenevaluation>

ŠVANCAROVÁ, A. a kol, (2017) *Rodič, ten těžký úděl má, aneb jak na úrazy*. Praha : Nemocnice Motol, 39 s., ISBN 978-80-87347-32-4

Korespondence:

PhDr. Andrea Bratová, Ph.D., MPH
Univerzita Karlova, Ústav ošetřovatelství 2. LF UK a FN Motol
V Úvalu 84
150 06 Praha 5
Email: andrea.bratova@lfmotol.cuni.cz



PREVENCIA NÁKAZ V ZDRAVOTNÍCKYCH ZARIADENIACH

Andrea Bratová¹, Lukáš Kober², Vladimír Siska³, Helena Gondárová-Vyhničková⁴

¹Univerzita Karlova, Ústav ošetrovatelství 2. LF UK a FN Motol

²Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva

³OS ZZS SR, KOS ZZS Prešov

⁴Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok, KAIM

Súhrn: Autori príspevku predkladajú základný prehľad o problematike prevencie nákaz v zdravotníckych zariadeniach. Náказы v zdravotníckych zariadeniach predstavujú medicínsky, ošetrovateľský, ekonomický a spoločenský problém. V oblasti zdravotníctva najviac zasahujú náказы pacientov, sestry, lekárov a predstavujú viacero otázok i problémov. Kvalitná prevencia je pri nemocničných nákazách jednou z kľúčových úloh v zdravotníctve. Dôležitú súčasť pri starostlivosti o pacientov zohráva vzdelávanie a edukácia, ktoré môžu významne pomôcť v napredovaní starostlivosti a liečby. Dôkladná medicínska a ošetrovateľská starostlivosť, vzdelávanie, výchova, výučbové programy pre zdravotníckych pracovníkov, môžu významne napomôcť v prevencii nákaz v zdravotníckych zariadeniach. Tento príspevok bol publikovaný za podpory projektu Ministerstva školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky, v rámci KEGA číslo: 015KU-4/2019.

Kľúčové slová: *Prevencia. Náказы. Zdravotnícke zariadenia. Ošetrovateľská starostlivosť. Vzdelávanie.*

Infection prevention in healthcare facilities

Summary: The authors of the paper submit a basic overview on the topic of infection prevention in healthcare facilities. The infections in healthcare facilities signify a medical, nursing, economic and social problem. In the health care area, the most affected by infections are patients, nurses and doctors and the infections pose a number of questions and problems. The quality prevention of hospital infections is one of the key tasks in the health care. An important part of patient care is based on education which can significantly help in the progress of care and treatment. Thorough medical and nursing care, education, training and training programs for healthcare professionals can considerably improve infection prevention in healthcare facilities. This paper was published with the support of the Ministry of Education, Science, Research and Sport of the Slovak Republic under KEGA project no: 015KU-4/2019.

Key words: *Prevention. Infections. Healthcare facilities. Nursing care. Education.*

Úvod

Vlastnými protokolmi sa riadia mnohé zdravotnícke zariadenia v rámci preventívnych opatrení v súlade s medicínou založenou na dôkazoch (EBM – evidence based medicine) pod názvom best practice protocol a edukáciu realizujú formou kontinuálneho viacstupňového preventívneho programu pre lekárov i sestry a zdravotníckych pracovníkov na všetkých úrovniach, vrátane pravidelných odborných previerok, uvádza Rosenthal a kol. (2010). Zvyšujúci sa priemerný vek pacientov, vyšší počet invazívnych zákrokov, zlepšené prežívanie výrazne nedonosných detí, polytraumatických a kriticky chorých pacientov, pokroky v liečbe onkologických ochorení a iné faktory charakteristické pre modernú medicínu vedú k zvýšenému počtu hospitalizovaných rizikových pacientov, u ktorých je pravdepodobnosť vzniku nemocničnej náказы vyššia a jej prognóza závažnejšia (Spoločnosť prevencie, 2014).

Prevencia nozokomiálnych nákaz však môže byť efektívna len vtedy, keď sú na to vytvorené optimálne podmienky. Až 90 % nozokomiálnych nákaz súvisí s nedostatočnou hygienou rúk (Sventeková, 2012). „Významnú úlohu v prevencii nozokomiálnych nákaz majú sestry, ktoré

prichádzajú do styku s pacientmi najčastejšie. Ich dobrá vôľa však niekedy nestačí. Dávno známym faktom je, že zvýšenie počtu pacientov k počtu sestier prináša rast incidencie nozokomiálnych nákaz. Ak je na oddelení málo sestier, ak sú zahltené prílišnou administratívou, nemajú objektívne čas, aby v rámci prevencie nemocničných nákaz urobili to, čo je potrebné”, vyjadril sa doc. MUDr Rastislav Maďar, PhD., prezident slovenskej Spoločnosti prevencie nozokomiálnych nákaz, ktorý pokračuje: „Ak chce vedenie nemocnice ušetriť zbytočné finančné náklady, jednou z hlavných priorit by mala byť pozornosť venovaná prevencii nozokomiálnych nákaz, a to nielen v kontexte platnej legislatívy, ale aj v rámci súčasných nových poznatkov v odbore a tzv. best practice“ (Nozokomiálne náказы, 2010).

Hlavným cieľom kampane WHO „Save Lives: Clean Your Hands“ („Dezinfikuj si ruky – zachrániš život“), je poukázať, že správna hygiena rúk patrí medzi najdôležitejšie spôsoby prevencie nozokomiálnych nákaz (ďalej len „NN“). Heslom Svetového dňa čistých rúk 2019 je „Bezpečná zdravotná starostlivosť – je to vo vašich rukách“. V súčasnosti je do projektu WHO zaregistrovaných 21 924 zdravotníckych zariadení v 182 krajinách po celom svete (38 na Slovensku) (Svetový deň, 2019). V súčasnosti, hlavne vo väčších nemocniciach, sa ukazuje potreba vytvárania pracovných skupín, zaoberajúcich sa problematikou NN. Členom takejto pracovnej skupiny by mal byť klinik (infektológ), epidemiológ, mikrobiológ, sestra pre NN, eventuálne aj ďalší špecialisti podľa charakteru zdravotníckeho zariadenia. Hlavnou úlohou pracovnej skupiny je vytvárať fungujúci systém surveillance, hlásenia nemocničných nákaz a na ich základe vykonaných analýz odporúčať komplexné preventívne a profylaktické opatrenia. Vypracovanie a dôsledné dodržiavanie preventívnych a profylaktických opatrení na zabránenie vzniku nemocničných nákaz. Jednoznačne investície do prevencie a profylaxie sú ďaleko menšie ako cena, ktorú platíme za vzniknuté následky, aj keď nie všetkému je možné zabrániť. Preventabilné nemocničné náказы predstavujú približne 1/3 zo všetkých nemocničných nákaz (Krkoška, 2014). Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) každoročne pri príležitosti Svetového dňa čistých rúk 5. mája vyzýva k zlepšeniu hygieny rúk za účelom ochrany verejného zdravia. Zvyšovaním povedomia o správnej dezinfekcii rúk chce zabrániť prenosu infekcií spojených so zdravotnou starostlivosťou alebo získaných počas poskytovania zdravotnej starostlivosti. Infekcie späté so zdravotnou starostlivosťou a infekcie nadobudnuté počas poskytovania zdravotnej starostlivosti sú pomerne bežné, preto sa kampaň snaží osloviť aj odbornú verejnosť na rozmanitých stupňoch: zdravotníckych pracovníkov, vedúcich pracovníkov a riaditeľov zdravotníckych zariadení, patientske združenia a ministerstvá zdravotníctva jednotlivých krajín (Svetový deň, 2019).

Ministerstvo zdravotníctva SR oznámilo podporu projektu už v roku 2015 deklaráciou o zapojení Slovenskej republiky do kampane WHO Global Patient Safety Challenge Programme. Posilnenie verejného zdravia a vytvorenie globálneho rámca na predchádzanie šírenia infekčných ochorení sú tiež súčasťou Národného plánu kontroly infekčných ochorení v SR (Strategický plán 2018 – 2020). Ministerstvo zdravotníctva pracuje na viacerých krokoch, ktoré pomôžu aj tejto oblasti. V súčasnosti pracujú na tvorbe postupov pre výkon prevencie, zriadili pracovnú skupinu, ktorá sa problematikou a prípravou postupov intenzívne zaoberá. Predpokladá sa, že do praxe sa dostanú do konca tohto roka 2019. Realizujú sa i ďalšie opatrenia, pričom apelujú na to, aby hygiena rúk bola v zdravotníckych zariadeniach maximálne dodržiavaná s dôrazom na bezpečnosť pacienta, argumentoval štátny tajomník MZ SR prof. MUDr. Stanislav Špánik, CSc. (Svetový deň, 2019).

Záver

V rámci efektívnych preventívnych stratégií je zahrnuté praktické využitie vzdelávania v praxi, ktoré musí byť medziodborové, medzi zdravotníckymi zariadeniami a sestrami, absolvovaním simulačného výcviku a maximalizáciou podielu špecializovaných sestier v nemocnici a medzi zdravotníckym personálom (Tang et al. 2013). Precízna starostlivosť, prevencia, edukácia, vzdelávanie, výchova, výučbové programy pre zdravotníckych pracovníkov, môžu značne pomôcť v prevencii (Bratová, Bodáková, 2015). Náказа v zdravotníckom zariadení predstavuje závažný medicínsky, etický,

ekonomický a právny problém (Sventeková, 2012). Významné je mať na pamäti preventívne faktory, pretože pacienti prichádzajú do zdravotníckeho zariadenia s dôverou v zdravotníkov a ich schopnosti (Gondárová-Vyhničková a kol. 2016).

Literatúra

ROSENTHAL, V. D. - MAKI, D., G. - JAMULITRAT, S., et al. (2010) International Nosocomial Infection Control Consortium (INCC) report data summary for 2003-2008 issued June 2009. In American journal of infection control. ISSN 0196-6553, 2010, roč. 38, č. 2, s. 95-104. e. 2

SPOLOČNOSŤ PREVENČIE NOZOKOMIÁLNYCH NÁKAZ (SPNN). (2014) [online]. 2014. [cit. 2019-22-07]. Dostupné na: <<http://www.spnn-sk.estranky.cz/>>

NOZOKOMIÁLNE NÁKAZY. (2010) [online]. 2010. [cit. 2019-22-07]. Dostupné na: <http://www.mia.sk/vseobecne_inf/denna_tlac/m_clanok.php?hop=4&dbr=9161>

SVENTEKOVÁ, S. (2012) V spleti baktérií a vírusov. [online]. 2012 (Citované 10.11.2013). Dostupné na: <<http://dia.hnonline.sk/zdravie-20526/v-spleti-bakterii-a-virusov-616652>>

KRKOŠKA, D. (2014) Aktuálna problematika nozokomiálnych nákaz. [online]. 2014. [cit. 2019-22-07]. Dostupné na: <https://www.google.sk/?gws_rd=ssl#q=Aktu%C3%A1lna+problematika+nozokomi%C3%A1lnych+n%C3%A1kaz>

TANG, C. J. – CHAN, S.W. – ZHOU, W.T. – LIAW, S.Y. (2013) Collaboration between hospital physicians and nurses: An integrated literature review. In International Nursing Review. 2013; 60 (3): 291–302.7

BRATOVÁ, A. – BODÁKOVÁ, D. (2015) Nozokomiálne pneumónie a ich prevencia. In Sestra – poskytovateľka ošetrovateľskej starostlivosti v anesteziológii a intenzívnej starostlivosti. Editor: Bratová, A. – Zrubcová, D., Bratislava : Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, 2015, s. 51 - 55, ISBN 978-80-89542-48-2

GONDÁROVÁ-VYHNIČKOVÁ, H. - LAURINC, M. – BRATOVÁ, A. (2016) Nozokomiálna nákaza z pohľadu sestry In Postavenie sestry špecialistky v odbore anesteziológia a intenzívna starostlivosti v 21. storočí Image sestry nositeľky zmien. Editor: Bratová, A. – Zrubcová, D, Krzemińska, S., Bratislava : Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, 2016, s. 60 – 68, ISBN 978-80-89542-60-4.

16.

Svetový deň čistých rúk – zabráňme prenosu infekcií v zdravotníckych zariadeniach. (2019). [online]. 2019. [cit. 2019-22-07]. Dostupné na: <<https://www.health.gov.sk/Clanok?kampan-ciste-ruky>>

Korespondence:

PhDr. Andrea Bratová, Ph.D., MPH
Univerzita Karlova
Ústav ošetrovateľství 2. LF UK a FN Motol
V Úvalu 84
150 06 Praha 5
Email: andrea.bratova@lfmotol.cuni.cz

HISTORIE OŠETŘOVATELSTVÍ HIV INFEKCE V ČESKÉ REPUBLICE

Mgr. Veronika Kulířová

Ústav teorie a praxe ošetřovatelství 1. LF UK

Souhrn: Každé onemocnění ovlivňuje do jisté míry život daného jedince, jsou však některá, která ovlivňují celou lidskou společnost. Mezi taková onemocnění patří pandemie HIV infekce. Toto onemocnění postihlo za skoro již 40 let kolem 60 miliónů osob a pro velké procento z nich bylo smrtelné. I když nebyl ještě objeven lék, který by dokázal nemocné zcela vyléčit, zásluhou antivirové léčby se podařila vysoká úmrtnost alespoň zastavit, a proto mohou HIV pozitivní pacienti žít s antivirovou léčbou kvalitní životy. V České republice bylo ke konci března 2019 diagnostikováno 3.429 HIV pozitivních osob a specializovaná léčba probíhá v osmi pracovištích po celé České republice. Dnes je léčba v České republice na velmi vysoké úrovni. Bylo tomu však i v minulosti? V osmdesátých letech 20. století byla HIV infekce u nás prezentována nejprve jako nákaza západního světa kapitalismu. Přesto byla v roce 1983 vytvořena v Nemocnici Na Bulovce první odborná skupina lékařů, která měla případně odhalit první taková onemocnění. V Československé republice se to pak stalo v roce 1984, kdy byly laboratorně diagnostikovány první dva případy. Postupně pacientů přibývalo a v Nemocnici Na Bulovce, na Klinice infekčních, parazitárních a tropických nemocí vzniklo první AIDS centrum. Dlouhodobě byla a stále je ambulantní i lůžková část tohoto AIDS centra největším pracovištěm pro léčbu. Na sestry, které ošetřují tyto pacienty, jsou často kladeny velké nároky.

Klíčová slova: HIV infekce, AIDS centrum, historie zdravotní ošetřovatelské péče, post expoziční profylaxe

History of HIV infection nursing in the Czech Republic

Summary: Every disease affects a life of an individual to a certain extent, but there are some diseases that affect the whole human society. Among these diseases counts a pandemic of an HIV infection. Around 60 million people have suffered from this disease for nearly 40 years and it was fatal for a large percentage of them. Although, a drug has not been discovered that could cure patients completely, thanks to an antiviral treatment, a high mortality has been at least stopped, and therefore HIV-positive patients can live quality lives with the antiviral treatment. In the Czech Republic at the end of March 2019, 3,429 HIV-positive persons were diagnosed, and the specialised treatment takes place in eight departments throughout the Czech Republic. Today, the treatment in the Czech Republic is at a very high level. But was it also in the past? In the 1980's, the HIV infection was first presented here as a contagion in the Western world of capitalism. Nevertheless, the first expert group of doctors was established in the Na Bulovce Hospital in 1983, this group should eventually reveal the first such diseases. In the Czechoslovak Republic, it happened in 1984, when the first two cases were laboratory-diagnosed. The number of the patients gradually increased, and a first AIDS centre was established in the Na Bulovce Hospital, at the Clinic of Infectious, Parasitic and Tropical Diseases. In the long term, the outpatient and inpatient part of this AIDS centre has been and still is the largest department for the treatment. On nurses, who treat these patients, are often placed great demands.

Keywords: HIV infection, AIDS centre, history of health nursing care, post exposure prophylaxis

Úvod

První zmínky o tomto onemocnění se datují k roku 1981. Tehdy popsal americký lékař dr. Michael Gottlieb z Los Angeles pro Centrum kontrolu a prevencí nemocí v Atlantě pět případů pneumocystové pneumonie, ojedinělého zápalu plic u lidí, kteří byli do té doby relativně zdraví (Černý, Machala 2007). To byl tedy začátek celosvětové pandemie HIV infekce, která se celosvětově

rozšířila a zasáhla během skoro již 40 let přes 60 miliónů osob a skoro pro polovinu z nich se stalo toto onemocnění smrtelné. Podle globálních statistik se odhaduje, že na světě žije minimálně 15 miliónů HIV negativních sirotků do věku 15 let, kterým jeden nebo oba rodiče zemřeli v důsledku onemocnění AIDS. Z celého počtu infikovaných osob je z toho počtu asi 7 %. (Jilich, Kulířová 2014). V roce 1984 byl objeven francouzským vědcem Lucem Montaignerem původce onemocnění retroviru HIV (human imunodeficiency virus) a postupně se začalo zjišťovat, že toto onemocnění se přenáší také nejen homosexuálním stykem, ale i heterosexuálním stykem, krevní cestou a je možný i přenos z matky na dítě; tzv. vertikální přenos (Schreiber, 2006).

Po objevení viru zavládla naděje, že v brzké době bude také objeven účinná vakcína. Ta však do dnešního dne objevena nebyla. Avšak zásluhou obrovské píle vědců a také značných finančních investicích do výzkumu se zvyšovala účinnost terapie pro tyto nemocný. Klinická zkouška prvního léku azidothymidinu proběhla v roce 1985 a v roce 1987 povolily americké úřady léčbu prvním antiretrovirotikem označovaného jako AZT (azidothymidin) (Jilich, Kulířová, 2014).

Vlastní text

V socialistickém Československu byla začátkem 80. let nákaza nejprve prezentována jako onemocnění kapitalistického západního světa. Přesto však československé Ministerstvo zdravotnictví v roce 1983 rozhodlo, že ve Fakultní nemocnici Na Bulovce v Praze vznikne odborná komise sestavená z infektologa, z epidemiologa, z imunologa a z dermatovenerologa. Úkolem dané komise odborníků mělo být odhalení eventuálních případů onemocnění (Stehlíková, Hromada, 2013).

V roce 1984 byli laboratorně odhaleni první dva případy pozitivního testu HIV infekce. Jednalo se o homosexuální muže. Testování krve proběhlo ve Vídni, kdy se tehdy prof. Kunz z vídeňské kliniky nabídl, že provede testování séra u vybraných pacientů (Staňková, 2007).

V roce 1985 byla ve Státním zdravotním ústavu zřízena Národní referenční laboratoř pro AIDS. V čele tohoto pracoviště stál tehdy doc. MUDr. Lubomír Syrůček, CSc. Sestavení prvního týmu pracovníků laboratoře však nebylo vůbec jednoduché. Obava z možné infekce virem HIV během vyšetřování krevního séra byla vysoká. I v dobách socialismu se však podařilo zajistit dovoz komerčních protilátkových testů pro laboratorní diagnostiku AIDS (Brůčková, 2013).

V roce 1986 se tehdy mohlo začít plně rozvíjet testování na protilátky vůči viru HIV. Avšak kromě homosexuálů, promiskuitních osob a narkomanů byla odhalena infekce také u příjemců krevních derivátů.

V letech 1984-1986 se virem HIV nakazilo 32 osob, z toho bylo 16 hemofiliků a velká část z nich byli děti. Zdravotníci do dnes vzpomínají na nelehké sdělování diagnózy samotným pacientům či rodičům infikovaných dětí. Tehdy ještě neexistovala účinná léčba a prognóza onemocnění nebyla příznivá. V socialistickém zdravotnictví také nesměla tato informace být známá veřejnosti (Jilich, Kulířová, 2014).

Až po roce 1989 se povedlo, že tito HIV infikovaní nebo jejich příbuzní byli finančně odškodněni, ale peníze žádné peníze nemohou lidský život nahradit (Brůčková, 2011).

Obrovským úspěchem prevence přenosu krevní cestou bylo proto zavedení povinného testování všech krevních derivátů v roce 1987. Diagnostikovaní byla často zahraniční studenti, u kterých se testování provádělo v rámci vstupních vyšetření a po zjištění HIV positivity museli před rokem 1989 naši republiku ihned opustit. (Brůčková, 2013).

V roce 1986 bylo otevřeno první oficiální AIDS centrum, které mělo ambulantní i lůžkové oddělení na Klinice infekčních, tropických a parazitárních nemocí v Nemocnici Na Bulovce, jehož vedoucí se stala doc. MUDr. Marie Staňková, CSc. Té době však probíhala jen symptomatická léčba. V roce 1988 byl do Československa přivezen první lék pro pacienty ve stadiu AIDS s názvem zidovudin; dané množství

však tehdy stačilo jen pro tři pacienty a byli vybráni ti, kteří byli v pokročilém stádiu onemocnění. V té době bylo v Československu diagnostikováno celkem 40 osob (Jilich, Kulířová, 2014).

Pro lékaře i sestry to nebylo lehké období. Často museli bezmocně sledovat, jak mladí lidé s tímto onemocněním po několika letech umírají se selhanou imunitou organismu, na kterou přilnuli oportunní infekce a nádory. Kon onemocnění HIV se také vztahovali a vlastně dodnes vztahují předsudky a stigmatizace veřejnosti i zdravotníků z jiných oborů. Dle vyprávění zakladatelky AIDS centra doc. MUDr. Staňkové se stávalo, že pokud se na malém městě někdo dozvěděl o nemocném pacientovi, musela se rodina často z důvodu stigmatizace přestěhovat. Nejednou se stalo, že zdravotní personál odmítl HIV pozitivního pacienta ošetřit, z důvodu obavy z možné vlastní nákazy (Staňková, 2007).

Po pádu železné opony v roce 1989 a otevření hranic do západní Evropy se počet HIV pacientů začal výrazně zvyšovat. Na konci roku 1993 bylo na území České republiky evidováno 170 případů HIV pozitivitu u českých občanů, z toho 45 případů plně rozvinutého AIDS; dalších 84 případů HIV pozitivitu u cizinců. Ministerstvo zdravotnictví České republiky začalo vytvářet preventivní programy boje proti AIDS a zároveň nastavilo legislativní základ v oblasti léčby HIV/AIDS infekce. V roce 1993 byla ustanovena Národní komise pro řešení problematiky HIV/AIDS v České republice a fungovala do roku 2007 (Stehlíková, Hromada, 2013).

Do preventivních programů se začali zapojovat i neziskové organizace. V letech 1990-91 začala působit v České republice švýcarská nadace Československo-švýcarská nadace s názvem „S nadějí proti AIDS“. Její zakladatelkou byla švýcarská lékařka českého původu MUDr. Nina Tuma, která měla velké zkušenosti s léčbou tohoto onemocnění. Tento program finančně podporovala švýcarská vláda. V tehdy ještě Československu se stala ředitelkou pobočky této nadace MUDr. Dagmar Dvořáková. Nadace byla později přejmenována Společně s nadějí proti AIDS a drogám a svůj program ještě rozšířila o boj proti zneužívání drog (Brůčková, 2013).

Sami HIV pozitivní pacienti a jejich rodinní příslušníci a přátelé nebyli k problematice HIV infekce lhostejní, a tak bylo v roce 1990 založeno občanské sdružení Společnost AIDS, které bylo později přejmenováno na Českou společnost AIDS pomoc. Relativně zdraví HIV pozitivní lidé chodili jako dobrovolníci pečovat o pacienty v pokročilém stadiu na lůžkové oddělení AIDS centra. Dne 11. srpna 1999 byl slavnostně otevřen Dům světla, toto zařízení se stalo centrem pro HIV pozitivní a zároveň pro prevenci HIV infekce (Jilich, Kulířová, 2014).

Zdravotní péče však byla stále koncentrována do AIDS centra na Klinice infekčních, parazitárních a tropických nemocí v Nemocnici Na Bulovce, kde ve spolupráci s odborníky i dalších oborů probíhala veškerá zdravotní péče. Na tomto pracovišti byl i operační sál kde probíhali všechny operační výkony (od operace žlučníků až po plánované porody HIV pozitivních žen); vzhledem k snížení rizika přenosu viru na dítě, ženy rodily jen císařským řezem. Sestry proto musely zvládat ošetrovatelskou péči všech zdravotních oborů.

První přenos z matky na dítě byl zaznamenán v roce 1995. Tento rok byl však zároveň zlomovým, protože se kombinovaná terapie HAART (*high active antiretroviral therapy...*) stala dostupná pro pacienty (Staňková, 2007).

Kvalitní antiretrovirovou terapií se tak docílilo zlepšení života HIV pozitivních osob, avšak bylo nutné docílit absolutní spolupráce pacientů při pravidelném užívání léků. Léková terapie však zatím nedosáhla úplné odstranění viru z organismu, a proto je potřeba doživotního podávání léků (Rozsypal, 2008).

Však v začátcích zdravotnické a ošetrovatelské péče nebyla dostupná pro zdravotnické pracovníky postexpoziční profylaxe v případě poranění o použitou jehlu či operační nástroj. Možnost profylaxe přišlo až s rozvojem právě antivirové léčby. Přesto se do současné doby žádný zdravotní pracovník v České republice během výkonu zaměstnání virem HIV nenakazil (Jilich, Kulířová, 2014).

Zdravotní sestry a lékaři byli motivováni pro tuto práci často vděčností pacientů a jejich rodin. Pacienti s HIV infekcí docházeli nejen na pravidelné kontroly, ale v AIDS centru byli hospitalizováni s každým zhoršením zdravotního stavu, probíhaly zde plánované i akutní operace. V AIDS centru Na Bulovce také rodily všechny HIV pozitivní ženy a zároveň zde pacienti ve stadiu AIDS umírali. Sestry o pacientech často věděly více než jejich příbuzní, před kterými nemocní svou nemoc zatajovali. Bylo běžné, že v konečném stádiu AIDS přimhouřily sestry oči i například nad kouřením pacienta na pokoji (Bendová, 1998).

Dnes se již zásluhou velmi účinné antiretrovirové terapie nepovažuje toto onemocnění za vážné a HIV infekce je považována spíše za chronické onemocnění. Pacienti mohou žít kvalitní život, a i pro zdravotníky zásluhou kvalitních bezpečnostních pomůcek a možnosti postexpoziční profylaxe v případě poranění, se riziko přenosu viru minimalizovalo. Vzhledem k nárstu počtu pacientů s touto infekcí docházelo postupně ke vzniku dalších specializovaných AIDS center po celé České republice a také začalo rozšíření péče o HIV pozitivní pacienty v dalších zdravotních oborech (Jilich, Kulířová, 2014). Ještě před několika lety byla zcela nemyslitelná možnost transplantace orgánů u HIV pozitivních osob, avšak dnes dostávají dárcovská orgána i HIV pozitivní v České republice. Od porodů císařským řezem se přechází u dobře léčených žen k vaginálním porodům. Přesto je potřeba stále upozorňovat na bezpečnost a správné postupy při zdravotní péči (Kulířová, 2018).

Závěr

Na sestry i lékaře byly v počátcích léčby HIV/AIDS nemocných kladeny vysoké nároky, přesto zdravotnickou péči pacientům poskytovaly dlouhodobě, s velkou empatií a často byl mezi nimi také přátelský vztah. Nejednou však museli doprovázet pacienty i v jejich umírání. Sestry byly ochotny se o tyto pacienty starat i v době, kdy nebyla dostupná postexpoziční profylaxe; po poranění jehlou nebo chirurgickým nástrojem musely napjatě tři měsíce čekat, zda se potvrdí či vyvrátí jejich nákaza. Odhodlání prvních sester, lékařů, a i ostatních zdravotníků může být pro ostatní jen příkladem.

Použitá literatura:

BENDOVÁ L., Vliv profese na sestru při ošetřování HIV pozitivních pacientů: Vliv profese na sestru. Sborník 2. mez. semináře, 21.-22.11.1997. Praha *Zpravodaj České asociace sester*. 1998, č. 8, s. 22-23. ISSN není uvedeno

BRŮČKOVÁ M., Historie diagnostiky a prevence infekce HIV a onemocnění AIDS v České republice. Ročenka Národního programu HIV/AIDS v České republice, str. 160-166, Praha – SZÚ, 2013, ISBN: 978-80-7071-327-3

BRŮČKOVÁ M. 30 let od popsání prvních případů AIDS: historie a současnost. Část I. *Zprávy Centra epidemiologie a mikrobiologie (2011, Print)*. 2011, roč. 20, č. 12, s. 435-438. ISSN: 1804-8668; 1804-8676 (elektronická verze)

ČERNÝ, R., MACHALA, L. (2007) Neurologické komplikace HIV/AIDS. Praha: Karolinum, 2007. 303 s. ISBN 978-80-246-1222-5

JILICH D., KULÍŘOVÁ V. a kol. (2014) HIV infekce – současné trendy v diagnostice, léčbě a ošetřovatelství, MF – edice AESKULAP, 2014. 172 s. ISBN 978-80-204-3325-1

KULÍŘOVÁ V. Péče o děti HIV pozitivních matek. *Pediatric pro praxi*. 2018, roč. 19, č. 6, s. 360-362. ISSN: 1213-0494; 1803-5264 (elektronická verze)

ROZSYPAL H., AIDS : klinický obraz a léčba. Praha : Maxdorf, 1998. ISBN 80-85800-92-6

SCHREIBER V. (2006) AIDS- 25 let, *Vesmír*, roč. 85, 2006/č. 10, s. 576 ISSN 0042-4544/1214-4029 (elektronická verze)

STAŇKOVÁ M., SKOKANOVÁ V., Historie a perspektivy antiretrovirové terapie infekce HIV/AIDS, *Remedia* (Praha). 2007, roč. 17, č. 2, s. 175-180. ISSN: 0862-8947; 2336-3541

STEHLÍKOVÁ D., HROMADA J., Tři desetiletí boje proti HIV/AIDS v České republice: jména, čísla a fakta, Ročenka Národního programu HIV/AIDS v České republice, str. 166-192, Praha – SZÚ, 2013, ISBN:978-80-7071-327-3

Korespondence:

Mgr. Veronika Kulířová

Ústav teorie a praxe ošetrovatelství 1. LF UK

Albertov 7

120 00 Praha 2

Email: veronika.kulirova@lf1.cuni.cz

CENTRUM ZDRAVIA A VÝŽIVY V KONTEXTE MEDZIODBOROVEJ SPOLUPRÁCE VO FNŠP NOVÉ ZÁMKY

Vadkertiová Veronika, Kollárová Lívia
FNŠP Nové Zámky

Súhrn:

Cieľ: Náš príspevok popisuje činnosť a prevádzku Centra zdravia a výživy (ďalej CZV) pri Fakultnej nemocnici s poliklinikou v Nových Zámkoch. CZV slúži pre pacientov hospitalizovaných vo FNŠP Nové Zámky a ich príbuzných, jeho účelom je edukácia pri vybraných ochoreniach a ochrana a podpora zdravia. Činnosť CZV nie je súčasťou poskytovania zdravotnej starostlivosti.

Metodika: Hlavné zameranie CZV - poradenská a edukačná činnosť:

- ako sa postarať o pacienta pripútaného na lôžko, v bezvedomí, po prekonaní cievnej príhody, o pacienta s onkologickou diagnózou, o pacienta s chronickými ranami, s katétrom a so stómiou;
- polohovanie pacienta, predchádzanie dekubitom, mobilizácia ležiaceho pacienta;
- ako si vybaviť a zabezpečiť zdravotnícke pomôcky, preukaz ZŤP;
- usmernenie a podávanie informácií v oblasti sociálneho poradenstva;
- sprostredkovanie kontaktov na patientske organizácie, ich portály a webové stránky;
- poskytnutie informácií o možnostiach dlhodobej starostlivosti - poskytovatelia zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS, hospice, DOS) a poskytovatelia sociálnych služieb (DS, ŠZ a DSS);
- konzultácie pre diabetikov, celiatikov, obéznych pacientov, potravinových alergikov, pacientov s ochoreniami tráviaceho traktu, metabolickými, onkologickými ochoreniami, s malnutríciou;
- tvorba stravovacieho plánu;
- rady pri voľbe vhodnej pohybovej aktivity, základná alebo komplexná analýza zloženia tela a posúdenie nutričného stavu pacientov.

Vzorka: Personálne obsadenie CZV: sestra s pokročilou praxou, nutričný terapeut. CZV aktívne spolupracuje so sociálnym pracovníkom, verejným zdravotníkom, fyzioterapeutmi, psychológom a logopédom. Výborná spolupráca je aj so vzdelávacími inštitúciami (SZŠ, VŠ-Fakulta ošetrovateľstva) a s patientskymi organizáciami v regióne.

Záver: Činnosti CZV sa uskutočňujú na základe podkladov:

- Materiál Svetovej zdravotníckej organizácie "Zdravie 2020",
- Politika Európskej komisie „Strategický plán 2016-2020 – Zdravie a bezpečnosť potravín“ – konkrétne cieľ 1.3: „Nákladovo efektívna podpora zdravia a prevencia ochorení“,
- Materiál MZ SR „Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2013 – 2030“,
- Vestník MZ SR 2018, čiastka 51 – 52,
- Koncepcia odboru Výchova k zdraviu,
- Materiál AOPP v SR.

Korespondence:

PhDr. Vadkertiová Veronika
Email: veronika.vadkertiova@nspnz.sk

IMAGE SESTRY OČAMI LAICKEJ VEREJNOSTI

Mária Popovičová, Peter Vansač

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

Abstrakt:

Úvod: Povolanie sestry je náročná profesia, keďže zdravotníctvo je verejnosťou vnímané ako jedna z kľúčových hodnôt modernej spoločnosti. Cieľom príspevku je zistiť, ako vníma laická verejnosť prácu sestry, nahliadneme na túto problematiku cez oblasti ako komunikácia sestry a pacienta, aj cez celospoločenský význam a prospešnosť tejto profesie, vlastnosti sestry či náročnosť povolania

Metódy: Na overenie hypotéz bol použitý nástroj induktívnej štatistiky. Na overenie hypotéz sme použili test nezávislosti chí kvadrát χ^2 test. Rozhodnutie o významnosti rozdielov vykonávame na základe vypočítanej p-hodnoty a hladine významnosti 0,05.

Výsledky: Analýzou výsledkov sme zistili, že laická verejnosť hodnotí profesiu sestry pozitívne, ale i to, že postupne vážnosť či dôstojnosť povolania klesá. Laická verejnosť hodnotí profesiu sestry ako asistentku lekára, než osobu, ktorá samostatne vykonáva svoju náročnú prácu. Zrejme takéto hodnotenie vychádza ešte z čias, keď profesia bola spájaná s lekárom ako určujúcim činiteľom. Samozrejme dôležitým prvkom na posúdenie profesie sestry často bývajú aj masmédiá. Podľa nášho zistenia z výskumu, či masmédiá podávajú vyvážené informácie o zdravotníctve až v 70% odpovedí uvádzajú, že podávané informácie nie sú dostatočne vyvážené.

Záver: V dnešnej dobe je už veľmi ťažko ošetrovatelstvo jednoznačne definovať, pretože tento odbor sa neustále mení, rozširuje svoju základňu a zvyšuje nároky na vedomosti, zručnosti na profesionálne zvládnutie. Sestrám sa zvyšuje zodpovednosť za pacientov, za seba, za svoju profesiu. Profesiou sestry považujeme za veľmi náročné a krásne povolanie, resp. poslanie. Preto túto profesiu môžu vykonávať tí, ktorí sú ochotní a schopní pomáhať druhým a majú dostatočné empatické cítenie.

Kľúčové slová: *Ošetrovatelstvo. Profesia sestry. Verejná mienka. Laická verejnosť.*

NURSES TO THE EYES OF THE LAIC PUBLIC

Abstract:

Introduction: The profession of nurse is a demanding profession, as healthcare is perceived by the public as one of the key values of modern society. The aim of this paper is to find out how the general public perceives the work of nurses.

Methods: Inductive statistics tool was used to verify hypotheses. We used chi square test χ^2 test to verify hypotheses. We make decisions about the significance of the differences based on the calculated p value and the significance level of 0.05.

Results: By analyzing the results, we found that the general public positively evaluated the nursing profession, but also that the seriousness or dignity of the profession gradually decreased. The general public assesses the profession of a nurse as an assistant to a doctor rather than a person who carries out his own demanding work. Apparently, such an assessment is based on a time when the profession was associated with a doctor as a determining factor. Of course, the mass media is often an important element in assessing the profession of a nurse. According to our research findings, whether mass media provide balanced health information in up to 70% of the responses indicate that the information given is not sufficiently balanced.

Conclusion: Nowadays it is very difficult to clearly define nursing, because this branch is constantly changing, expanding its base and increasing the demands on knowledge, skills for professional management. Nurses are increasingly responsible for patients, for themselves, for their profession. We consider the profession of nurse to be a very demanding and beautiful profession, respectively. mission. Therefore, this profession can be carried out by those who are willing and able to help others and have a sufficient empathetic feeling.

Key words: *Nursing. Profession of nurse. Public opinion. The general public.*

Úvod

Kvalitné služby tvoria jadro zodpovednosti voči verejnosti. Čím viac odborných znalostí pre výkon služby sa vyžaduje, tým väčšia bude závislosť spoločnosti od tých ktorí ju vykonávajú. Zdravotnícky systém je vnímaný širokou laickou verejnosťou, ako služby poskytované verejnosti a je jedným z kľúčových hodnôt spoločnosti, s týmto postojom sa spája aj vnímanie profesie sestry ako prestížneho povolania. Profesia sestry patrí medzi významné povolania napriek tomu, že v spoločnosti sa status sestry nezosilňuje, neprisudzuje sa mu až taká náležitá vážnosť, akú by si zaslúžilo. Laická verejnosť má často skreslené informácie o práci sestry, posudzuje sestru iba ako pomocníčku, resp. asistentku lekára. Aj samotné sestry svojím konaním a prístupom k pacientom taktiež ovplyvňujú názor laikov na profesiu sestry. Zdvorilosť, empatia, profesionálne vystupovanie, odborné vedomosti, upravený zovňajšok a pozitívny vzťah k vlastnej profesii sestry vplývajú na hodnotenie povolania. Sestra má pri starostlivosti o zdravie nenahraditeľné miesto a stáva sa zvrchovaným pracovníkom. Je však neustále „pozorovaná“ pacientmi. Medzi faktory vonkajšej dimenzie psychicko-duchovného liečebného procesu patrí ako pacient vníma atmosféru personálu na oddelení, ich správanie, verbálnu i neverbálnu komunikáciu, či z personálu vyžaruje pokoj, ochota a aké sú vzájomné vzťahy medzi lekármi, sestrami a inými zamestnancami. Do vnútornej dimenzie liečebného prostredia zaraďujeme pocit dôležitosti pacienta pre personál zariadenia (Belovičová, Vansač, 2018). Predpoklady na výkon funkcie sestry je zrelosť osobnosti, vnútorná stabilita, vysoká frustračná tolerancia. Medzi ďalšie nevyhnutné predpoklady patria nielen tie senzomotorické (šikovnosť, zručnosť a pohybová obratnosť), ale i estetické (zmysel pre úpravu vlastného zovňajšku či zdravotníckeho prostredia), taktiež predpoklady intelektové (schopnosť riešiť premenlivé situácie, vybrať v danej situácii optimálne riešenie), sociálne (pozitívny vzťah k ľuďom, empatie, schopnosť ovládať svoje verbálne i neverbálne prejavy), autoregulačné (prispôsobivosť, sebazaprenie) a predpoklady komunikačné (schopnosť načúvať, mlčanie či sumarizovanie) (Plevová a kol., 2011). Pre kvalitný výkon svojej profesie potrebuje sestra okrem potrebných odborných teoretických vedomostí a nadobudnutých zručností mať určité osobnostné predpoklady, ktoré predurčujú pomáhajúceho profesionála vykonávať svoju profesiu zodpovedne a kvalitne s určitou dávkou prosociálnosti a empatie (Barkasi, Vansač, 2018). Vysoká odbornosť pripravenosti sestry na výkon povolania je nevyhnutným predpokladom jej úspešnosti. Jej odbornosť je však nástrojom, ktorého správne a vhodné zúčinenie vo významnej miere závisí od ďalších osobnostných znakov – vlastností sestry (Gulášová, 2004).

Zmeny v ošetrovateľskom vzdelávaní

Slovenská republika po roku 1989 vstúpila na cestu ekonomicko- politicko-sociálnych a spoločenských zmien. V roku 1990 schválila vláda Slovenskej republiky dokument Zásady reformy štruktúry, riadenia a financovania zdravotnej starostlivosti, ktorým sa začal proces zmien v slovenskom zdravotníctve (Farkašová et al., 2010). Významným krokom k zlepšeniu postavenia ošetrovateľstva v Európe bola Mníchovská deklarácia, ktorá bola podpísaná 48 ministerstvami z Európskeho regiónu v roku 2000. Deklarácia zaväzuje vlády, že sestry a pôrodné asistentky môžu pracovať ako nezávislé a súčasne vzájomne závislé s kvalifikovaným odborníkom (Farkašová a kol., 2001). Pre zmeny v ošetrovateľskom vzdelávaní majú veľký význam taktiež zákony o vysokých školách a výchove a vzdelávaní, ako aj o

ďalšom vzdelávaní. Legislatívne zmeny vedú k formovaniu autonómnych, invenčných, kreatívnych, sebavedomých a vzdelaných profesionálok -sestier, ktoré budú nielen prijímateľmi zmien, ale aj ich generátormi, implementátorkami pozitívnej a progresívnej zmeny a racionálnymi oponentkami negatívnych zmien v ošetrovatelstve. Národný plán rozvoja ošetrovatelstva vymedzil priority v ošetrovatelstve v Slovenskej republike a aj v medzinárodnom kontexte. Základné princípy a program vychádzajú z pochopenia práce sestier pri zabezpečovaní zdravotných a ošetrovateľských potrieb človeka. Uvedené priority, vymedzené v Národnom pláne rozvoja ošetrovatelstva sú v súlade s celkovou stratégiou rozvoja zdravia občanov Slovenskej republiky a akceptovaním slovenského ošetrovatelstva na medzinárodnej úrovni (Farkašová et al., 2010). Z najvýznamnejších aktivít, ktoré ovplyvňujú ošetrovatelstvo a v ňom aj rolu sestry sú: programy a rezolúcie SZO zamerané na ošetrovatelstvo a ošetrovateľské vzdelávanie, medzinárodné konferencie o ošetrovatelstve, z ktorých veľký význam má napríklad konferencia v Alma-Ate (1978), Prvá medzinárodná konferencia o ošetrovatelstve vo Švédsku (1989), sympóziu v Poľsku (1993), Piata medzinárodná konferencia na Islande (1996) (Farkašová a kol., 2001). Dôležitým dokumentom pre ošetrovatelstvo je mníchovská deklarácia z júna 2000, smernica európskeho parlamentu a rady 2005/36/ES zo 7.9.2005. Šestica reformných zákonov č. 576-581 z roku 2004 sú východiskom podnecujúcim k zmenám v ošetrovatelstve. Zmeny v ošetrovatelstve podnecovali taktiež novelizácie uvedených zákonov a príslušné nariadenia vlády SR, vyhlášky ministerstva zdravotníctva SR a odborné usmernenia uverejnené vo vestníkoch ministerstva zdravotníctva SR. Rámec činnosti sestry v starostlivosti o pacienta je vymedzovaná funkciou zákona v ošetrovatelstve, táto funkcia zákona taktiež diferencuje zodpovednosť pracovníkov v zdravotníctve za poskytovanú starostlivosť, pomáha dodržiavať štandardy ošetrovateľskej praxe a určuje mieru zodpovednosti sestry pred zákonom. Rozvoj a používanie štandardnej terminológie je jedným zo základných znakov ošetrovateľskej profesie v 21. storočí (Mareková, 2014). Tak ako lekárska komora asertívne bojuje za práva a postavenie lekára, rovnako aj komora sestier musí trpezlivo bojovať za práva svojich členov (Škrľa, Škrlová, 2003). Ministerstvo zdravotníctva si sestru veľmi nevšima aj keď patrí k najväčšej skupine zdravotníckeho tímu. Verejnosť ošetrovatelstvo skôr prehliada a preferuje skôr lekársku profesiu. V právnych normách je implementovaná aj definícia, ktorá je založená na teórii Hendersonovej, ktorá v ošetrovateľskej starostlivosti zdôrazňovala spoluprácu sestry s nielen chorými pacientmi ale aj so zdravými, a aj s pacientmi u ktorých sa nepredpokladá uzdravenie. V tejto definícii sa rola sestry posilnila do oblasti ochrany záujmov pacienta a zdravotnej výchovy. „Jedinečnou úlohou sestry je: pomáhať svojim klientom, chorým či zdravým, vo vykonávaní činností podporujúcich zdravie, uzdravovanie alebo zabezpečujúcich pokojnú smrť, ktoré by klienti mohli vykonávať aj bez pomoci, ak by mali dostatok potrebných síl, vôle alebo vedomostí, a toto robiť tak, aby im čo najrýchlejšie pomohla znovu nadobudnúť stratenú nezávislosť“ (Botíková a kol., 2009, s.27).

Laická verejnosť verzus profesia sestry

Dosiahnutie a udržanie kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti si vyžaduje od sestier aktuálne vedomosti, profesionálny prístup, zvládnutie psychickej a fyzickej záťaže. Sesterské povolanie je jedným z mála profesií, ktoré je regulované priamo na úrovni Európskej únie. Sestry patria do skupiny povolání, pri ktorých je v rámci členských krajín únie uznávanie kvalifikácii automatické (Botíková, 2013). Laická verejnosť si neuvedomuje, že sestra už nie je len robotom, ktorý plní požiadavky lekára, ale je samostatne mysliača, rozhodujúca, vzdelaná bytosť so svojimi legislatívne upravenými kompetenciami. Prístup sestry v ošetrovateľskej praxi je založený na vedeckom poznaní a zručnosti v poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti. Ošetrovatelstvo ako mladá vedná disciplína, ktorej základným pilierom je konať dobro ponúka mnohé možnosti rôznych foriem pomoci a starostlivosti ľuďom v akomkoľvek veku života (Laca, 2013). Sestra ako jedna z pomáhajúcich profesií patrí medzi vysoko náročné povolania nielen po stránke fyzickej a psychickej, ale aj z pohľadu prípravy na povolanie a zvládnutia profesionálneho výkonu. Nutnosťou je sústavné vzdelávanie (Bekö, Dobšovič, Ilievová, 2009b). Každý z nás je potenciálny pacient, preto mnoho ľudí citlivo vníma, čo sa

v zdravotníctve deje. Je dôležité, aby ľudia dôverovali tým, na ktorých budú v prípade potreby odkázaní. Richards, Edwards (2004, s. 21) píšú: „*Dôvera verejnosti k ošetrovateľskej profesii závisí na zodpovednom správaní sestier.*“ Zároveň dodávajú, že uznanie a rešpekt si zaslúžia sestry, u ktorých sú záujmy pacienta prvoradé. Ošetrovateľstvo sa definuje ako služba človeku, preto sú jeho vykonávatelia v očiach pacientov aj lekárov vnímaní v postavení služobníkov. Tento pohľad je veľmi obmedzený. Neuznáva vzdelanie, autonómiu sestier, zahŕňa len ich povinnosti, podradenosť a poslušnosť, nie práva. Je nepopierateľné, že ošetrovateľstvo je predovšetkým službou, ale je potrebné na ňu nazerať aj z iných uhlov. Skúsenosti ukazujú, že laická verejnosť nemá dostatok informácií o neustále sa stupňujúcich nárokoch, ktoré sú kladené na osobnostné, vzdelanostné, odborné a morálne kvality vykonávateľov ošetrovateľského povolania. Názory verejnosti podstatne ovplyvňujú média, čo často vedie k mylným alebo skreslenými predstavám o povolani a kompetenciách sestry. Predstavy o sestre môžu byť zúžené na pomocníčku lekára, či ženu, ktorá v práci telefonuje, pije kávu, koketuje s lekármi a občas podá liek. Na strane druhej sú sestry vnímané ako vzdelané profesionálky, praktické ženy, ktoré si so všetkým vedia poradiť. Ešte stále sa ľudia pozastavujú nad tým, že profesia už nie je výlučne ženskou záležitosťou, tak ako tomu bolo kedysi. Najreálnejší obraz sa tvorí počas osobnej interakcie so sestrou. Jej vystupovanie, vzhľad, spôsob komunikácie, schopnosť nadviazať kontakt napovedá, o tom aká v skutočnosti. Často pacienti/klienti nevedia posúdiť odborné vedomosti, ale prístup, zručnosti pri ošetrovaní, komunikácia, prívetivý výraz a upravený vzhľad, rešpektovanie súkromia a dôveryhodnosť sa spolupodieľajú formovaní obrazu sestier.

Metodika výskumu

V ošetrovateľskej praxi sa postoj sestry zakladá na vedeckom poznaní a spoľahlivosti pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti. Odborníci charakterizujú status sestry tak, že je získaný a nadobudnutý vzdelaním a celoživotným štúdiom. Vzhľadom k tomu, zámerom výskumu bolo priblížiť problematiku vnímania profesie sestry laickou. *Na základe cieľa výskumu sme stanovili čiastkové ciele:*

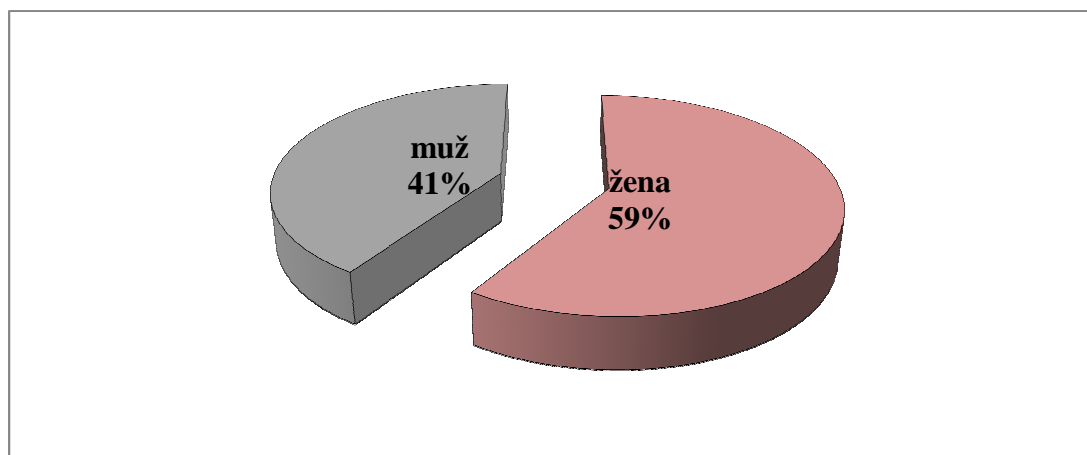
- náročnosť povolania sestry,
- vplyv médií na profesiu sestry;
- očakávania verejnosti od profesie sestry;
- ako vníma verejnosť finančné ohodnotenie sestier.

Metódy analýzy dát

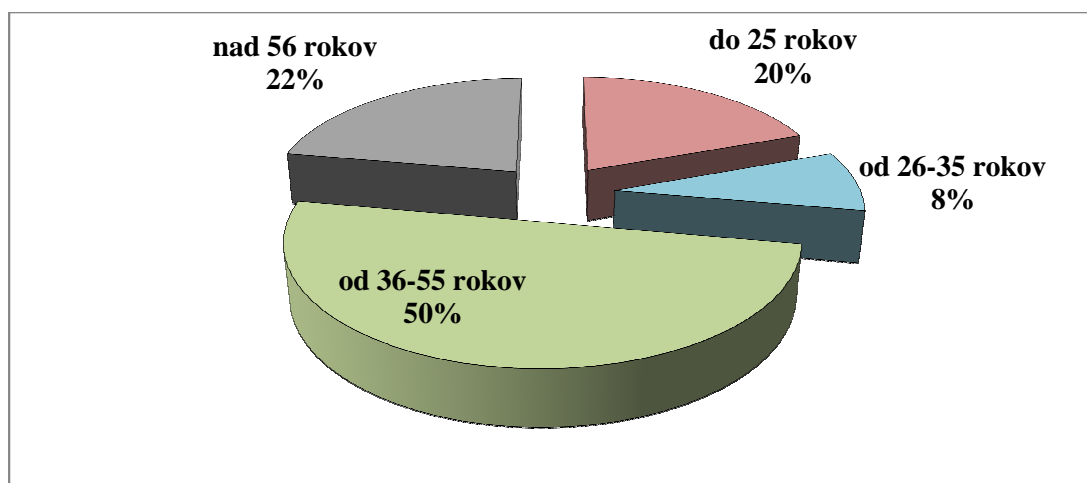
Výskumný súbor bol zložený z laikov, pacientov, ktorí boli hospitalizovaní na lôžkových oddeleniach. Zaradení boli aj pacienti, ktorí boli ošetrení, resp. čakali na ošetrovanie na odborných ambulanciách nemocnice. Výskumnú vzorku sme získali náhodným výberom. V popisnej časti výskumu sme využili nástroje deskriptívnej štatistiky. Získané odpovede sme spracovali prostredníctvom tabuľkového kalkulátora Microsoft Office 2016. K vyhodnoteniu hypotéz sme použili štatistickú metódu Pearsonov chí-kvadrát test nezávislosti, ktorý je vhodný na porovnanie kvalitatívnych veličín. Rozhodnutie o významnosti rozdielov vykonávame na základe vypočítanej p-hodnoty a hladine významnosti 0,05.

Demografické údaje

Respondentov sme si rozdelili na základe niekoľkých kritérií. Zvolili sme pohlavie, vekovú štruktúru a vzdelanostnú štruktúru.

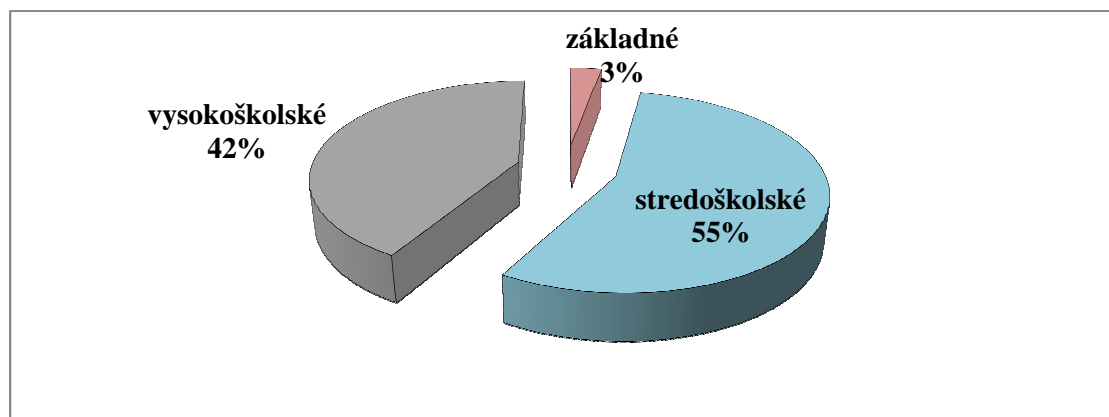
Graf 1 Pohlavie

Vo výskume bolo zúčastnených 44 (41%) mužov a 64 (59%) žien.

Graf 2 Vek respondentov

Výskumom sme zistili vek respondentov, najpočetnejšou vekovou skupinou je veková kategória od 36 do 55 rokov a to 54 respondentov (50%), nad 56 rokov a viac malo 24 respondentov (22%), 21 respondentov (20%) bolo vo veku do 25 rokov a poslednou najmenej zastúpenou skupinou bolo od 26 do 35 rokov bolo 9 respondentov (8%).

Graf 2 Vzdelanie respondentov



Čo sa týka vzdelanostnej štruktúry, tak 3 respondenti (2,8%) opýtaných má ukončené základné vzdelanie, 60 respondentov (55,6%) má ukončené stredoškolské vzdelanie a 45 respondentov (41,7%) má ukončené vysokoškolské vzdelanie.

Výsledky výskumu

Vychádzajúc z teoretických poznatkov, hlavného a čiastkových cieľov sme stanovili tieto hypotézy:

Hypotéza 1 Osobne poznanie osoby s povolaním sestra súvisí s hodnotením náročnosti povolania sestier laickou verejnosťou

Tab. 1 Vzťah medzi osobným poznaním osoby s povolaním sestra a hodnotením náročnosti povolania sestier laickou verejnosťou

pozorované frekvencie o			
premenné	osobné poznanie sestry		
náročnosť povolania	áno	nie	spolu
náročné	25	41	66
nenáročné	5	37	42
spolu	30	78	108
očakávané frekvencie n			
premenné	osobné poznanie sestry		
náročnosť povolania	áno	nie	spolu
náročné	18,3333	47,6667	66
nenáročné	11,6667	30,3333	42
spolu	30	78	108

Pri analýze vzťahov medzi osobným poznaním osoby s povolaním sestra a hodnotením náročnosti povolania sestier laickou verejnosťou bol zistený štatisticky významný rozdiel. Hodnota Pearsonovho chi-kvadrátu $\chi^2 = 8,631369$ je vyššia ako je stanovená kritická hodnota 3,84 pre 1 df stupeň voľnosti, čo vyjadruje závislosť medzi premennými. Vypočítaná p hodnota je nižšia 0,003304 ako zvolená

signifikancia 0,05, na základe výsledkov testovania môžeme tvrdiť, že osobne poznanie osoby s povolaním sestera vplýva na hodnotenie náročnosti povolania sestera laickou verejnosťou.

Hypotéza 2 Pohlavie respondentov má vplyv na hodnotenie náročnosti povolania sestier laickou verejnosťou

Tab. 2 Hodnotenie náročnosti povolania sestier laickou verejnosťou medzi mužmi a ženami

pozorované frekvencie o			
premenné	osobné poznanie sestry		
pohlavie	áno	nie	spolu
žena	50	14	64
muž	16	28	44
spolu	66	42	108
očakávané frekvencie n			
premenné	osobné poznanie sestry		
pohlavie	áno	nie	spolu
žena	39,1111	24,8889	64
muž	26,8889	17,1111	44
spolu	66	42	108

Pri druhej hypotéze sme predpokladali, že existuje rozdiel v hodnotení náročnosti povolania sestera vzhľadom na pohlavie. Hypotézu sme testovali na základe štatistického testu Pearsonovho Chí-kvadrátu, pri zvolenej hladine významnosti 0,05, počte stupňov voľnosti 1, pri ktorých je kritická hodnota Pearsonovho Chí-kvadrátu 3,84. Vypočítaná hodnota $\chi^2 = 19,1343$ je vyššia ako kritická tabuľková hodnota 3,84. Taktiež p-hodnota 1,22E-05 potvrdzuje štatistickú významnosť. Na základe týchto výsledkov konštatujeme, že existuje signifikantný rozdiel v hodnotení náročnosti povolania sestera vzhľadom na pohlavie.

Hypotéza 3 Subjektívne vnímanie poskytnutej ošetrovateľskej starostlivosti sestrou respondentovi má vplyv na hodnotenie náročnosti povolania sestier laickou verejnosťou

Tab. 3 Vplyv subjektívneho vnímania poskytnutej ošetrovateľskej starostlivosti sestrou respondentovi na hodnotenie náročnosti povolania sestier laickou verejnosťou

pozorované frekvencie o			
premenné	náročnosť povolania		
hodnotenie oše. starostlivosti	áno	nie	spolu
pozitívne	58	29	87
ani pozitívne ani negatívne	5	10	15
negatívne	3	3	6
spolu	66	42	108
očakávané frekvencie n			
premenné	náročnosť povolania		
hodnotenie oše. starostlivosti	áno	nie	spolu
pozitívne	53,1667	33,8333	87

ani pozitívne ani negatívne	9,16667	5,83333	15
negatívne	3,66667	2,33333	6
spolu	66	42	108

Vzhľadom k vypočítanej hodnote chi kvadrátu 6,311688 sme v hypotéze 3 zistili súvis medzi subjektívne vnímanie poskytnutej ošetrovateľskej starostlivosti sestrou respondentovi a hodnotením náročnosti povolania sestier respondentmi. Hodnota chí kvadrátu je vyššia ako tabuľková hodnota pre 2 df stupeň voľnosti, čo vyjadruje závislosť medzi premennými. Taktiež p hodnota 0,042602, ktorá je nižšia ako hladina významnosti 0,05 nám nasvedčuje, že existuje súvislosť medzi jednotlivými položkami. Na základe výsledkov testovania môžeme zamietnuť nulovú hypotézu a prijať alternatívnu hypotézu to znamená že, subjektívne vnímanie poskytnutej ošetrovateľskej starostlivosti sestrou respondentovi má vplyv na hodnotenie náročnosti povolania sestier laickou verejnosťou

Hypotéza 4 Privítanie zmien v povolání sestra súvisí so subjektívnym vnímaním poskytnutej ošetrovateľskej starostlivosti sestrou

Tab. 4 Vzťah medzi subjektívnym vnímaním poskytnutej ošetrovateľskej starostlivosti sestrou a potrebou zmien v povolání sestra

pozorované frekvencie o				
premenné	potrebu zmien v povolání sestra			
hodnotenie oše. starostlivosti	v odborných vedomostiach	v praktických zručnostiach	pri komunikácií a prístupe k pacientovi	spolu
pozitívne	8	3	76	87
ani negatívne ani pozitívne	4	5	6	15
negatívne	3	1	2	6
spolu	15	9	84	108
očakávané frekvencie n				
premenné	potrebu zmien v povolání sestra			
hodnotenie oše. starostlivosti	v odborných vedomostiach	v praktických zručnostiach	pri komunikácií a prístupe k pacientovi	spolu
pozitívne	12,0833	7,25	67,6667	87
ani negatívne ani pozitívne	2,08333	1,25	11,6667	15
negatívne	0,83333	0,5	4,66667	6
spolu	15	9	84	108

Cieľom štvrtej hypotézy bolo overiť, či privítanie zmien v povolání sestra súvisí so subjektívnym vnímaním poskytnutej ošetrovateľskej starostlivosti sestrou. V tejto hypotéze sme taktiež použili chí – kvadrát test. Na základe výsledkov testovania ($\chi^2=28,32039$, $p = 1,07401E-05$) môžeme zamietnuť nulovú hypotézu H_0 a prijať alternatívnu hypotézu, že privítanie zmien v povolání sestra súvisí so subjektívnym vnímaním poskytnutej ošetrovateľskej starostlivosti sestrou.

Hypotéza 5 Hodnotenie náročnosti povolania sestier laickou verejnosťou súvisí s informovanosťou masmédií o zdravotníctve

Tab. 5 Pozorované a očakávané hodnoty hodnotenia náročnosti povolania sestier laickou verejnosťou súvisí v závislosti od médií

pozorované frekvencie o			
premenné	hodnotenie povolania		
podávanie informácií o zdravotníctve masmédiami	náročné	nenáročné	spolu
áno	5	20	25
nie	58	17	75
neviem	3	5	8
spolu	66	42	108
očakávané frekvencie n			
premenné	hodnotenie povolania		
podávanie informácií o zdravotníctve masmédiami	náročné	nenáročné	spolu
áno	15,2778	9,72222	25
nie	45,8333	29,1667	75
neviem	4,88889	3,11111	8
spolu	66	42	108

Vplyvom informovanosti masmédií o zdravotníctve na hladine významnosti 5% bol zaznamenaný štatistický významný rozdiel vo vnímaní náročnosti povolania sestier laickou verejnosťou (p hodnota $8,48E-07$, $\chi^2 = 27,96078$, s.v. 2). Z výsledkov analýzy môžeme predpokladať, že masmédiá ovplyvňujú hodnotenie náročnosti povolania sestier laickou verejnosťou. Z výsledkov máme dostatok dôkazov na to, aby sme tvrdili, že medzi premennými existuje vzťah, čiže prijímame alternatívnu hypotézu. To znamená, že informovanosť masmédií o zdravotníctve má štatistický významný vplyv na hodnotenie náročnosti povolania sestier.

Hypotéza 6 Existuje rozdiel medzi názormi respondentov na finančné ohodnotenie sestier v závislosti od osobného poznania osoby s povolaním sestera

Tab. 6 Rozdiel medzi názormi respondentov na finančné ohodnotenie sestier v závislosti od osobného poznania osoby s povolaním sestera

pozorované frekvencie o			
premenné	hodnotenie povolania		
názor na mzdu sestier	náročné	nenáročné	spolu
áno	2	7	9
nie	56	31	87
neviem	8	4	12
spolu	66	42	108
očakávané frekvencie n			
premenné	hodnotenie povolania		

názor na mzdu sestier	náročné	nenáročné	spolu
áno	5,5	3,5	9
nie	53,1667	33,8333	87
neviem	7,33333	4,66667	12
spolu	66	42	108

V poslednej hypotéze sme predpokladali, že existuje rozdiel medzi názormi respondentov k platom sestier v závislosti od osobného poznania osoby s týmto povoláním. Na hladine významnosti 5% bol v poslednej hypotéze taktiež zaznamenaný štatistický významný rozdiel medzi názormi laickej verejnosti k platom sestier. Hypotézu sme testovali na základe štatistického testu Pearsonovho Chí-kvadrátu, vypočítaná hodnota chi kvadrátu 6,271384 je vyššia ako kritická tabuľková hodnota 5,99. Taktiež p-hodnota 0,04347 potvrdzuje štatistickú významnosť. Na základe týchto výsledkov konštatujeme, že existuje signifikantný rozdiel medzi názormi respondentov na finančné ohodnotenie sestier v závislosti od osobného poznania osoby s povolaním sestera.

Diskusia

Profesia sestry patrí medzi najstaršie povolania na svete, ako uvádza, je veľmi málo profesií, ktoré prekonal také zásadné zmeny v historickom procese ako profesia sestry. Naša spoločnosť nedostatočne oceňuje nároky kladené na povolanie sestry. V súčasnosti je rôzne charakterizované postavenie sestier vo svete, sú krajiny kde je vysoko cenené, vážené, ale sú krajiny, kde sestra vykonáva prácu pomocného zdravotníckeho personálu, asistentku lekára (Hanzlíková, 2011). V minulosti už samotná Florence Nightingelová sa zaslúžila o výrazné pozitívne hodnotenie práce a postavenie sestier v spoločnosti. V priebehu vývoja spoločnosti povolanie sestry dosiahlo až k sesterskej profesii s významným postavením so širokospektrálnym záberom vo všetkých oblastiach nielen humanitárneho zamerania (Kutnohorská, 2010). Vplyvom vyššieho vzdelania a získavania kompetencií dochádza k rastúcemu spoločenskému postaveniu (Bártlová, 2005). V našom výskume bolo zúčastnených 44 (41%) mužov a 64 (59%) žien. Najpočetnejšou vekovou skupinou bola veková kategória od 36 do 55 rokov a to 54 respondentov (50%), nad 56 rokov a viac malo 24 respondentov (22%), 21 respondentov (20%) bolo vo veku do 25 rokov a poslednou najmenej zastúpenou skupinou bolo od 26 do 35 rokov bolo 9 respondentov (8%). Čo sa týka vzdelanostnej štruktúry, tak 3 respondenti (2,8%) opýtaných má ukončené základné vzdelanie, 60 respondentov (55,6%) má ukončené stredoškolské vzdelanie a 45 respondentov (41,7%) má ukončené vysokoškolské vzdelanie. Odpoveď na otázku či respondenti poznajú niekoho vo svojom okolí, kto pracuje ako sestra bola, že 72,2%, t.j. 78 respondentov, nepoznajú nikoho zo svojho blízkeho okolia. A 27,8%, t. j. 30 respondentov uviedlo kladnú odpoveď, čiže poznajú sestru zo svojho blízkeho okolia, teda poznajú prácu sestier nie iba z laického pohľadu. Vnímanie náročnosti povolania sestera laickou verejnosťou sme sa zaoberali v našom výskume. Ako veľmi ťažkú, náročnú a zodpovednú ju hodnotí 66 (61,111%) z opýtaných, ako prácu nenáročnú 42 (38,888%) respondentov.

V prvej hypotéze sme predpokladali, že respondenti, ktorí osobne poznajú osobu vykonávajúcu povolanie sestera, budú rozdielne hodnotiť náročnosť tohto povolania. Pri analýze vzťahov medzi týmito premennými bol zistený štatisticky významný rozdiel. Vypočítaná p hodnota je nižšia 0,003304 ako zvolená signifikancia 0,05, na základe výsledkov testovania môžeme tvrdiť, že osobne poznanie osoby s povolaním sestera vplyva na hodnotenie náročnosti povolania sestera laickou verejnosťou. **Pri druhej hypotéze** sme predpokladali, že existuje rozdiel v hodnotení náročnosti povolania sestera vzhľadom na pohlavie. Na základe výsledkov konštatujeme, že existuje signifikantný rozdiel v hodnotení náročnosti povolania sestera vzhľadom na pohlavie.

Povolanie sestry je veľmi náročným povoláním, vplýva na to vysoká psychická a fyzická náročnosť, nízke hodnotenie verejnosťou, náročné štúdium ošetrovateľstva a nespravodlivé finančné ohodnotenie. Svoju úlohu tiež zohráva aj práca na zmeny, víkendy a sviatky. Teda očami laickej verejnosti je hodnotená práca sestry ako profesia majúca veľmi vysoké nároky. Sestra – profesionálny zdravotník, v plnej miere zodpovedá za ošetrovateľskú starostlivosť poskytnutú pacientom. Aby sa kvalitne, zodpovedne, na profesionálnej úrovni vykonávala je determinovaná psychickými vlastnosťami a osobnými rysmi sestry. Každý jeden pacient musí cítiť ľudský záujem od profesionálky a potrebuje jej dôverovať. Často sa nachádza v situácii, v ktorej nie je schopný aby sám reagoval na zmeny svojho zdravotného stavu. Samozrejme v takejto situácii pacient prirodzene hľadá človeka schopného poskytnúť mu pomoc, empatiu, porozumenie, pokoj, ochotu a vládnuosť, ľudský prístup (Bekö, Dobšovič, Ilievová, 2009).

Vlastné skúsenosti s prácou sestry sú vyhodnotené laikmi v 73% pozitívne. Podľa nášho prieskumu, ako hodnotia respondenti poskytnutú ošetrovateľskú starostlivosť sestrou odpovedalo 80,5 % z opýtaných hodnotí skôr pozitívne až veľmi pozitívne. Neutrálnu odpoveď použilo 13,9 % respondentov, negatívnu skúsenosť malo 5,6 % a veľmi negatívnu nemal nik. Vzhľadom k tomu sme v **hypotéze 3** zistili dali do súvisu subjektívne vnímanie poskytnutej ošetrovateľskej starostlivosti sestrou respondentovi a hodnotením náročnosti povolania sestier respondentmi. Hodnota chí kvadrátu bola vyššia ako tabuľková hodnota pre 2 df stupeň voľnosti, čo vyjadruje závislosť medzi premennými. Na základe výsledkov testovania môžeme tvrdiť že, subjektívne vnímanie poskytnutej ošetrovateľskej starostlivosti sestrou respondentovi má vplyv na hodnotenie náročnosti povolania sestier laickou verejnosťou

V štvrtej hypotéze sme overovali, či by respondenti uvítali zmeny v tomto povolání a dali sme do súvisu so subjektívnym vnímaním poskytnutej ošetrovateľskej starostlivosti sestrou. Na základe výsledkov testovania ($\chi^2 = 28,32039$, $p = 1,07401E-05$) sme zistili, že môžeme zamietnuť nulovú hypotézu H_0 a prijať alternatívnu hypotézu, čo znamená, že privítanie zmien v povolání sestry súvisí so subjektívnym vnímaním poskytnutej ošetrovateľskej starostlivosti sestrou. Na otázku akú zmenu by privítali pacienti dominovala až pri 77,8% respondentov oblasť komunikácie a prístupu k pacientovi. Tento fakt je uvedený aj v prieskume, ktorý bol prezentovaný na odbornej vedeckej konferencii v Prahe, Cesta k modernému ošetrovateľstvu, organizovanou Fakultnou nemocnicou Praha – Motol v roku 2018. Autorky prieskumu Uríčková, Lajdová, (2018) uvádzajú, že za vážne nedostatky sestier v súčasnosti označili laici komunikáciu. Pravdepodobne je to spôsobené tým, že laická verejnosť nevie komplexne, resp. odborne vyhodnotiť výkon sestry (napr. správnosť a aktuálnosť vedenia zdravotnej dokumentácie, prijímať a vykonávať príkazy lekára, či riešenie interných záležitostí), ale skôr to ako vie sestra správne komunikovať s pacientom od príchodu do ambulancie, cez vyšetrenie, možné odporúčania až po odchod z ordinácie, či oddelenia zdravotníckeho zariadenia. Šebeková uvádza, že najčastejšími prejavmi nespokojnosti, sťažností, ktoré pacienti podávajú na Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou sa týkajú spôsobu komunikácie s pacientmi, s príbuznými na každej úrovni zdravotnej starostlivosti, vrátane tej ošetrovateľskej. Ako uvádza Plevová a kol., (2011) jednou z dôležitých kompetencií sestry sú kvalitné komunikačné zručnosti. Správna komunikácia zo strany sestry pomáha riešiť i neštandardné situácie a je profesionálnou zručnosťou každej jednej sestry. Patrí sem aktívne ale i pasívne načúvanie, sestra dáva najavo, že pochopila, porozumela pacientovi. Vhodne kladie otázky, podnecuje pacienta k rozhovoru, nesmie chýbať úprimný úsmev, prejavuje záujem o pacienta. *„Dobre zvládnutá komunikácia je základom úspešnej interakcie. Umožňuje si porozumieť s ostatnými, zdravo presadiť svoj názor a chrániť sa pred verbálnou agresiou“* (Gulašová, 2014, s.53). *„Profesia sestry patrí medzi pomáhajúce profesie, ktoré si vyžadujú celého človeka, a tie aj napriek veľkej psychickej a fyzickej náročnosti zrejme nikdy nebudú spoločensky ani finančne dostatočne docenené aj napriek tomu, že sa jedná o jedinečné a nenahraditeľné povolanie pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti“* (Ištoňová a kol. 2009. str.74).

Samozrejme dôležitým prvkom na posúdenie profesie sestry často bývajú aj masmédiá. Podľa nášho zistenia vyplýva, že informovanosť masmédií o zdravotníctve má vplyv na vnímanie náročnosti povolania sestier laickou verejnosťou. Na hladine významnosti 5% bol zaznamenaný štatistický významný rozdiel vo vnímaní náročnosti povolania sestier laickou verejnosťou (p hodnota 8,48E-07, $\chi^2 = 27,96078$, s.v. 2). Z výsledkov analýzy môžeme predpokladať, že masmédiá ovplyvňujú hodnotenie náročnosti povolania sestier laickou verejnosťou. Z výsledkov **piatej hypotézy** máme dostatok dôkazov na to, aby sme tvrdili, že medzi premennými existuje vzťah, čiže prijímame alternatívnu hypotézu. To znamená, že informovanosť masmédií o zdravotníctve má štatistický významný vplyv na hodnotenie náročnosti povolania sestier. Médiá sú mienkotvorné, teda vo vysokej miere ovplyvňujú mienku spoločnosti, je rozhodujúce, aby reakcie sestier, ktoré sú v médiách prezentované boli prezentované na odbornej úrovni. Sestry by mali nedostatkom, ktoré boli uvedené laickou verejnosťou, venovať väčšiu pozornosť a mali by byť pre nich sebareflexiou. Je všeobecne známe, že ich práca nie je dostatočne ohodnotená a ani ich status nie je na takej úrovni, akú by si zaslúžili, no je potrebné si uvedomiť, že chorý človek potrebuje ich starostlivosť (Uríčková, Lajdová, 2018).

Na základe dlhodobej polemiky verejnosti a politikov o finančnom ohodnotení sestier a nezhodou v názoroch či je toto ohodnotenie dostatočné alebo nie je, bola súčasťou dotazníka aj otázka týkajúca sa názoru zúčastnených respondentov na to, či je podľa nich finančné ohodnotenie sestier dostatočné, respektíve ako ho hodnotia. **Poslednú hypotézu** sme taktiež venovali tejto problematike. Predpokladali sme, že existuje rozdiel medzi názormi respondentov k platom sestier v závislosti od osobného poznania osoby s týmto povoláním. Na hladine významnosti 5% bol v poslednej hypotéze taktiež zaznamenaný štatistický významný rozdiel medzi názormi laickej verejnosti k platom sestier. Hypotézu sme testovali na základe štatistického testu Pearsonovho Chí-kuadrátu, vypočítaná hodnota chí kvadrátu 6,271384 je vyššia ako kritická tabuľková hodnota 5,99. Taktiež p -hodnota 0,04347 potvrdzuje štatistickú významnosť. Na základe týchto výsledkov konštatujeme, že existuje významný rozdiel medzi názormi respondentov na finančné ohodnotenie sestier v závislosti od osobného poznania osoby s povolaním sestry. Naša spoločnosť stále nedeceňuje náročnosť tohto povolania. V súčasnej dobe vo svete je veľký rozdiel v postavení sestier v jednotlivých krajinách. V niektorých sú vysoko vážené, samostatne rozhodujúce a konajúce na odbornej úrovni v celej šírke poslania, inde je ošetrovatelstvo v zajatí názoru, že je to len práca pomocného zdravotníckeho personálu, pomoc lekárovi pri plnení jeho poslania (Hanzlíková, 2011).

Z nášho výskumu vyplýva, že pre lepšiu pozíciu sestier v spoločnosti vyžaduje komplexný prístup na všetkých úrovniach riadenia. Preto by bolo potrebné, aby sestry

- aktívne sa zúčastňovali akcií na propagácii svojho povolania, prezentovali svoju prácu na verejnosti, boli primerané hrdé na vykonávanú profesiu,
- poskytovali ošetrovateľskú starostlivosť na vysokej profesionálnej úrovni,
- angažovali sa v politike,
- podieľali sa na celoživotnom vzdelávaní,
- zviditeľňovali sa publikačnou činnosťou,
- navštevovali semináre, sympóziá týkajúce sa komunikácie,
- ku každému pacientovi pristupovať individuálne, s ohľadom na bio- psycho-sociálne a spirituálne potreby, byť empatické k pacientom, k jeho príbuzným.
- uvedomili si, že jeden z kľúčových faktorov, ktorý ovplyvňuje vnímanie širokej laickej verejnosti je osobná skúsenosť s prístupom k pacientovi, k jeho potrebám.

Manažment, zamestnávateľa:

- motivovali (napr. základnými motivačnými nástrojmi kvality ošetrovateľskej starostlivosti) , podporovali, povzbudzovali sestry pri ich práci, dostatkom odborného a pomocného personálu, finančným a morálnym ocenením za vykonávanú prácu,
- pozitívne podporovali medializáciu profesie sestry, zvýraznením silných stránok sestier,

- rozvoj potenciálu sestier smerujúcich ku spokojnosti, reziliencii (psychickej pohode) s vykonávanou prácou,
- prehodnotili vysokú pracovnú záťaž sestier, určili mieru vyváženosti medzi výkonom sestry a požiadavkami pracovnej činnosti, pracovnej funkcie spolu s podmienkami za ktoré sa táto činnosť (funkcia) vykonáva.

Záver

V dnešnej dobe sa ošetrovateľstvo veľmi ťažko a jednoznačne nedá definovať, pretože tento odbor sa neustále mení, rozširuje svoju základňu a zvyšuje nároky na vedomosti, zručnosti na profesionálne zvládnutie. 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 (Murgová, 2016).

Sestrám sa zvyšuje zodpovednosť za pacientov, za seba, za svoju profesiu. Profesiou sestry považujeme za veľmi náročné a krásne povolanie, resp. poslanie. Povolanie je práca, ktorú vykonáva človek – profesionál, je predmetom osobného záujmu človeka, ktorý ju pravidelne vykonáva. Na výkon práce musí mať vedomosti, resp. vzdelanie a samozrejme aj osobné predpoklady. Oproti tomu poslanie napĺňa vnútorné túžby, obohacuje vnútro človeka, je vášňou, presvedčením, dobrom, tým pravým, čo môže človek človeku nezištne dať. Poslanie človeka napĺňa. Znalosti, zručnosti, vedomosti a schopnosti sestry často nevidiať ale začínajú sa vnímať až v momente, keď sa ľudia ocitnú v život ohrozujúcich situáciách, resp. keď potrebujú ošetrovateľskú starostlivosť. Preto túto profesiu môžu vykonávať tí, ktorí sú ochotní a schopní pomáhať druhým, majú dostatočné empatické cítenie. Chápu iných, vedia počúvať nielen ušami, dívať sa nielen očami ale i srdcom, sú ochotní neustále podávať pomocnú ruku. Hlavným cieľom bolo zmapovať vnímanie profesie sestry laickou verejnosťou. Na jednej strane výsledky výskumu priniesli pozitívne zistenia, ale na druhej strane sú tiež dôvodom, motiváciou na zamyslenie, dávajú podnety k zdokonaľovaniu tohto povolania.

Zmysel a dôležitosť ošetrovateľstva pochopí každý jeden z nás až vtedy, keď sa ocitneme na nemocničnej posteli.

„Ideme uhládzať posteľ láskavou dlaňou, utíšiť dieťa plačúce za mamou, potešiť starenku s vráskami na tvári, pohľadiť súcitom ranu čo silno páli. Aby ten, ktorého život ku koncu sa chýli, nebol opustený v tej poslednej chvíli“.

Literatúra

BARKASI, D. – VANSÁČ, P. 2018. Motivácia k voľbe štúdia ako prediktor kvality výkonu pomáhajúcich profesií. In: Cesta k modernému ošetrovateľstvu XX. – zborník príspevkov a abstraktov z odbornej konferencie s mezinárodnou účasťou. Motol 2018. Vydala Fakultní nemocnice v Motole. ISBN 978-80-87347-40-9. s. 153-160.

BÁRTLOVÁ, S. 2005. Sociologie medicíny a zdravotnictví. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.

BELOVIČOVÁ, M., VANSÁČ, P. 2019. Selected aspects of medical and social care for long-term ill persons. Towarzystwo Slowakow w Polsce. Krakow 2019, 153 s., ISBN: 978 838111 1096.

BOTÍKOVÁ, A. 2013. Status sesterského povolania v historickom kontexte. In Sestra. ISSN 1335-9444, 2013, roč. XII, č. 1-2, s. 18-19.

BEKÖ, L. - DOBŠOVIČ, L.- ILIEVOVÁ, Ľ. 2009 a. *Humanistická psychológia v práci sestry*. In *Sestra a lekár v praxi*. ISSN 1335-9444, 2009, roč.VIII, č. 3-4, s. 46-47.

FARKAŠOVÁ, D. a kol. 2001. Ošetrovateľstvo- teória. 1.vyd. Martin: Osveta, 2001. 134s. ISBN 80-8063-0860.

FARKAŠOVÁ, D. et al. 2010. *História ošetrovateľstva*. Martin: Osveta, 2010. 169 s.

ISBN 978-80-8063-332-5.

FARKAŠOVÁ, D. et al. 2009. *Ošetrovateľstvo – teória*. 3. vyd. Martin: Osveta, 2009. 244s. ISBN 978-80-8063-332-6.

GULÁŠOVÁ, I. 2004: *Osobnostní a profesionální vlastnosti sestry*. In: *Sestra-Odborný časopis pro zdravotní sestry*, XIV, 2004, č. 6, s.8-9 ISSN 1210-0404.

GULÁŠOVÁ, M. 2014. *Prvá pomoc pri strese zdravotníckeho záchranára. Od pochopenia cez prevenciu až ku krízovej intervencii*. Košice, Falck Záchraná, a.s. vydavateľstvo ΣAPFO, s.90. ISBN 978-80-970581-8-0

HANZLÍKOVÁ, A. 2011. Profesionálne ošetrovateľstvo a jeho regulácia. Martin: Osveta, 2011. 155 s. ISBN 978-80-8063-360-8.

HORVATHOVÁ, J. 2019. Profesia sestry očami laickej verejnosti. Bakalárska práca. Prešov. 2019. 54 s.

IŠTOŇOVÁ, M. – PALÁT, M. – ČECHOVÁ ŠPIRKOVÁ, A. 2009. Význam ergonómie a otázky prevencie v pracovnom procese. In *Zdravotníctvo a sociálna práca*. ISSN 1336- 9326, 2009, roč. 4, č. 3 - 4, s. 75-76.

KUTNOHORSKÁ, J. 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2010. 208 s. ISBN 97880-247-3224-4.

LACA, P. 2013. Proklamácia holistického prístupu v sociálnej práci a ošetrovateľstve. In KILIKOVÁ, M. - LACA, P.(eds.).2013. *Supplement vybraných kapitol vo vedných odboroch sociálna práca a ošetrovateľstvo 1*. Tiskárna Příbram: Ústav sv. J.n. Neumanna, Příbram, 2013. 86 s. ISBN 978-80-8132-097-2.

MURGOVÁ, A. 2016. Vízia ošetrovateľstva v dobe globalizácie a informačnej explózie 21. storočia. In: *Komunitná starostlivosť v pomáhajúcich profesiách*. Zborník príspevkov z medzinárodnej vedeckej konferencie Michalovce, 10 – 11. november 2016. Michalovce 2016. Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, 447 s., s. 348 – 352. ISBN 978-83-6187-41-0.

PLEVOVÁ, I. a kol. 2011. *Ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: GradaPublishing, 2011.288s. ISBN 978-80-247-3557-3. 15.

ŠEBEKOVÁ, V. 2010. Najčastejšie pochybenia sestier. In *Sestra a lekár v praxi*. ISSN 1335-9444, 2010, roč. IX, č.1-2, s.4-5.

ŠKRLA, P. – ŠKRLOVÁ, M. 2003. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd.

Praha: Advent - Orion, 2003. 485 s. ISBN 80- 7172- 841- 1.

URÍČKOVÁ, A. – LAJDOVÁ, A. 2018. *Status sestier v spoločnosti*. Cesta k modernému ošetrovateľstvu XX. – recenzovaný zborník príspevkov z odbornej konferencie s medzinárodnou účasťou, Praha: FN Motol, 2018. 200 s. ISBN: 978-80-87347-40-9.

Kontakt na autorov:

PhDr. Maria Popovičová, 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: majapopovicova7361@gmail.com

prof. ThDr. Peter Vansač, 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: vansac.p@gmail.com



MOTIVÁCIA SLOVENSKÝCH MUŽOV PRE VÝKON POVOLANIA SESTRY

Lukáš Miňo¹, Andrea Ševčovičová²

¹Institut Klinické a experimentálnej medicíny, Klinika anesteziológie a resuscitácie, Praha

²Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Detašované pracovisko bl. Sáry Salkaházi Rožňava

Súhrn: Povolanie sestry je spoločensky vnímané ako typicky ženské povolanie. Podľa historických prameňov boli v minulosti súčasťou ošetrovania chorých prevažne muži. Cieľom prieskumnej štúdie bolo zistiť u slovenských mužov motivačné faktory pre výber a výkon povolania sestry. Štúdie sa zúčastnilo päť mužov vykonávajúcich povolanie sestry doma i v zahraničí. Metódou zberu údajov bol pološtruktúrovaný rozhovor. Analýza dát sa uskutočnila metódou teoretickej tematickej analýzy. Zistili sme, že dôvodmi pre výber povolania sestry bola počiatočná nevedomosť o skutočnej práci sestry, ale tiež naplnenie pocitu užitočnosti pri práci s chorými. V súčasnosti je pre respondentov ako významný motivačný faktor kľúčová pomoc ľuďom pri záchrane životov. Perspektívne ako motiváciu vnímajú dobré finančné ohodnotenie, ktoré však nateraz medzi slovenskými sestrami absentuje.

Kľúčové slová: *Dôvody výberu povolania. Muži sestry. Motivačné faktory.*

Motivation of Slovak men to conduct a nurse profession

Summary: Nurse profession is socially perceived as a typically female profession. According to historic sources, mainly males were a part of the care for the sick in the past. The aim of the research study was to find out motivation factors for selection and performance of a nurse profession in Slovak men. Five men conducting a nurse profession in home country and also abroad participated in the study. The method of data collection was a semi-structured interview. The data analysis was carried out using a method of theoretical thematic analysis. We have found out that reasons for choosing a nurse profession were initial unawareness of the real nurse work, but also fulfilment of feeling helpful when working with the sick. Nowadays, the significant motivation factor for the respondents is a key aid when saving human lives. Prospectively, as a motivation they perceive good financial reward which is not present among Slovak nurses yet.

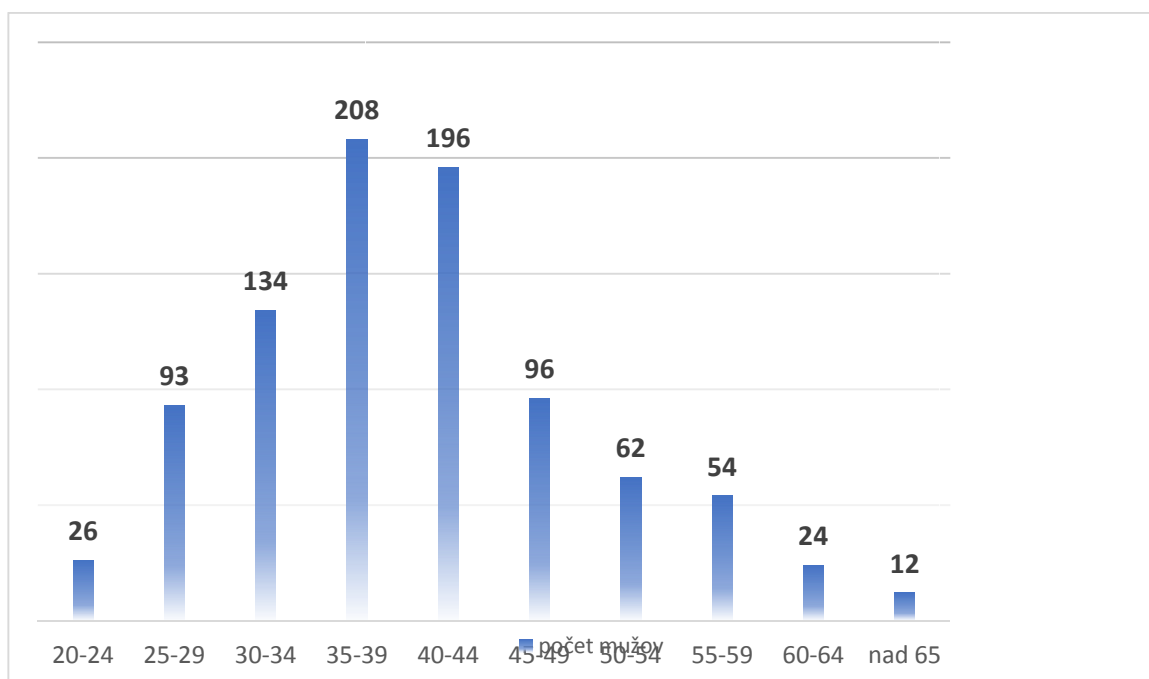
Key words: *Reasons for choosing a profession. Male nurses. Motivation factors.*

Úvod

Ošetrovatelstvo je vo všeobecnej rovine vnímané výlučne ako ženské povolanie. Zaujímavosťou je, že práve historické pramene dokazujú, že sesterské povolanie od jeho počiatkov nikdy nepatrilo ženám, ale výlučne medzi privilegium mužov. Všetko sa to zmenilo za čias Florence Nightingaleovej, ktorej reformy vylúčili mužov z ošetrovania chorých. Počet mužov v ošetrovatelstve poklesol tiež koncom šesťdesiatych rokov minulého storočia, čo bolo podľa Mackintosh (1997) pravdepodobne spôsobené zakotvenou vierou v prirodzenú povahu ošetrovatelstva ako zamestnania ženy, zlými pracovnými podmienkami a povestou, ktorú si muži v ošetrovatelstve získali v dôsledku dlhej asociácie s menej vhodnými oblasťami ošetrovateľskej práce pre mužov. Křížková, Pavlica (2004) uvádzajú, že v dôsledku predsudkov a značnej feminizácie sesterského povolania, majú muži sťažený prístup do profesie, a častokrát sú svojím okolím vnímaní za zženštilých alebo za homosexuálov.

Podľa Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek (SK SaPA) bolo k 16. januáru 2019 na Slovensku v povolani sestra registrovaných 38 677 žien a 998 mužov. Priemerný vek sestier na Slovensku je 39 rokov. V grafe 1 ponúkame počty mužov pôsobiacich v povolani sestra podľa jednotlivých vekových kategórii. Práve vo vekovej kategórii od 35 – 44 rokov majú muži na Slovensku

vykonávajúci prácu sestry najväčšie zastúpenie. Sesterskému povolaniu sa venuje aj dvanásť mužov, ktorí majú viac ako 65 rokov.



Graf 1 Počet mužov v povolání sestry na Slovensku v jednotlivých vekových kategóriách

Zdroj: SK SaPA, 2019

S nedostatkom mužov v profesii sestry nie je konfrontované len Slovensko, ale aj mnohé okolité štáty. V Amerike pôsobí Americká asociácia pre mužov v ošetrovatelstve, ktorú pôvodne v roku 1971 založil Steve Miller (muž - sestry). Organizácia neskôr dosiahla počet až 2300 členov z celej krajiny. Na jej rozvoji sa podieľal aj Luther Christman - sestry a významný americký profesor ošetrovatelstva a zároveň prvý muž, ktorý zastával funkciu dekana v ošetrovateľskej škole. Nadácia Americkej asociácie pre mužov v ošetrovatelstve poskytuje mužom, ktorí sa rozhodnú študovať odbor ošetrovatelstvo, štipendium na vzdelanie.

Cieľ a metodika prieskumu

Cieľom prieskumnej štúdie bolo zistiť u slovenských mužov motivačné faktory pre výber a výkon povolania sestry.

Metódou zberu údajov bol pološtrukturovaný rozhovor. Zberu údajov predchádzal písomný súhlas respondentov s účasťou na prieskume, ktorí boli informovaní o účele prieskumu, podmienkach zberu dát a o možnosti nahliadnuť do spracovaných písomných údajov, ako aj o možnosti kedykoľvek odstúpiť od realizovaného prieskumu bez udania dôvodu. Zber dát prebiehal anonymne, preto sú respondenti označení krstnými menami.

Pri analýze dát sme použili metódu teoretickej tematickej analýzy. Po zoznámení sa s dátami sme generovali ich počiatočné kódy, hľadali témy triedením a porovnávaním kódov do potenciálnych tém, skúmali témy, definitívne ich pomenovali a v poslednom bode sme na základe určenia konečných tém a subtém vypracovali finálnu analýzu.

Prieskumný súbor

Výber respondentov bol zámerný. Kritérium výberu bolo aktuálne pôsobenie v sesterskom povolaní, mužské pohlavie a ochota spolupracovať. Prieskumný súbor pozostával z piatich respondentov vo vekovej kategórii od 30 – 54 rokov, s dĺžkou praxe v odbore od dvoch do 25 rokov. Respondentov v tabuľke 1 prezentujeme uvedením krstnými menami.

Tabuľka 1 Základná charakteristika respondentov

Respondent	vek	počet rokov praxe	najvyššie dosiahnuté vzdelanie
Lukáš 1	34	14	vysokoškolské, III. stupňa
Lukáš 2	30	8	vysokoškolské, II. stupňa
Milan	41	18	vysokoškolské, III. stupňa
Peter	54	25	úplné stredné odborné
Vladimír	33	2	vysokoškolské, II. stupňa

Zdroj: vlastné spracovanie

Výsledky a diskusia

Pre účely tohto prezentujeme na základe analýzy dát dve subtémy. Subtéma 1 „Motivácia pre výber povolania“ odhalila, že pre dvoch našich respondentov bola prioritným motivačným faktorom ochota pomáhať iným. „Práca v zdravotníctve a pomoc ľuďom...“ (Vladimír). „Starostlivosť o chorých, byť užitočný a vidieť nejaký progres pri liečbe pacienta, práca s ľuďmi, jednoducho poslanie.“ (Lukáš 2). Mellanová (2017) poukazuje na výsledky viacerých výskumov, ktoré prezentujú, že primeraná motivácia je pre výkon práce sestry dôležitá. Motivácia pre ošetrovatelstvo však môže byť rôzna - žiaduca, nežiaduca a niekedy dokonca až patologická. Autorka uvádza, že výrok „chcem pomáhať chorým a neschopným“ môže mať pre uchádzača o sesterské povolanie rôzny význam. Môže ísť o nevedomelú potrebu niekoho ovládať, pozitívny pocit z toho, že je človek zdravý alebo strach z vlastnej choroby a neschopnosti. Autorka prízvukuje, že zistiť skutočnú motiváciu pre výkon sesterského povolania nie je vôbec jednoduché. Nemusí to byť vždy to, čo jedinec prezentuje, že ho motivuje.

Peter uviedol, že bol motivovaný zahraničnými seriálmi so zdravotníckou tematikou. Milan priznal, že ako 14 ročný vôbec netušil, čomu by sa mal venovať. „...bez významného motivačného impulzu som sa rozhodol ísť študovať na Strednú zdravotnícku školu, pričom som ani netušil čo to obnáša.“ (Milan). Podobnú skúsenosť s výberom povolania v mladom veku mal aj Lukáš 1, ktorý prezentoval, že „Mladý človek vo veku 14, či 15 rokov sa ešte vôbec nezamýšľa nad vlastnou budúcnosťou, vždy žije pod krídlami vlastných rodičov... Nemôžem preto hovoriť o motivácii študovať sesterskú, respektíve ošetrovateľskú profesiu. Nemal som vzor. Motiváciu a vlastný úsudok som začal naplno autonómne využívať v čase, keď som sa rozhodoval aký odbor budem študovať ďalej vo vysokoškolskom vzdelávaní.“

V rámci subtémy 2 „Motivácia pre výkon povolania“ sme zistili u našich respondentov rôzne motivačné faktory. Lukáš 2 prezentoval, že motiváciou pre mužov je „...zachraňovanie životov, pomáhanie ľuďom, ženský kolektív.“ Podobne Obročníková a Majerníková (2012) považujú túžbu pomáhať iným osobám za významný motivačný činiteľ pre prácu sestry. Peter zdôraznil, že „prácu v zdravotníctve musí mať človek v krvi. Veľa vecí a činností sa dá naučiť ale práca s ľuďmi je náročná, nielen po fyzickej stránke ale hlavne duševnej.“ Autorky Obročníková a Majerníková (2012) potvrdzujú, že pre vykonávanie povolania sestry je rozhodujúci fyzický a psychický predpoklad zvládania rôznych krízových situácií. Podľa Milana musí ponúkať práca sestry sociálne istoty, bez ohľadu na to, ktoré pohlavie sa povolaniu venuje. Aj pre Vladimíra je dôležitým motivačným faktorom

pre výkon sesterského povolania finančné ohodnotenie. Ako však priznáva, „...*finančné prostriedky, ktoré je možné zarobiť v tejto profesii, žiaľ, nie sú vysoké. V minulosti to bolo poslanie. Ale v súčasnosti ľudia musia z niečoho žiť. A to je problém, že finančné ohodnotenie v tomto povolaní je nízke.*“ Ševčovičová, Emödiová (2016) podobne zistili, že pre 93 % (n=86) slovenských sestier je silným motivačným faktorom platové ohodnotenie ich práce. O plate ako silnej motivácii sa u väčšiny sestier zmieňujú aj Balková a Zibrinová (2012), ktoré potvrdili, že sestry nie sú na svojich pracoviskách spokojné s finančným ohodnotením. Realizovaný celoplošný prieskum Asociácie sestier a pacientov o podmienkach ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie v SR (2014) odhalil nespokojnosť zo svojej mzdy u 84 % (n = 2406) slovenských respondentov. Lukáš 1 preto v svojej výpovedi zdôrazňuje, že na to, aby boli muži motivovaní pre výkon sesterskej profesie „*musíme zatriktívniť povolanie a zvýšiť tým spoločenský status sestier na Slovensku.*“ Kožušková a Vargová (2015) uvádzajú, že je potrebné zvýšiť pozornosť na odmeňovanie sestier, sústrediť pozornosť na výšku pohyblivej čiastky mzdy, ale posilniť aj spätnú väzbu a pochvalu za vykonanú prácu.

Je preukázateľné, že mzdy sestier sú v zahraničí vyššie ako na Slovensku. Aj keď jeden respondent pôsobí pracovne v zahraničí, výpovede ostatných nepotvrdili, že by rozhodujúcou pre výber alebo výkon povolania mala byť práve možnosť pracovnej realizácie v zahraničí. Podľa údajov zo SK SaPA pracuje ku 16. januáru 2019 v zahraničí 1374 slovenských sestier a z toho 82 mužov.

Záver

Muži sú v súčasnosti dôležitou súčasťou pracovného tímu pri ošetrovaní chorých. V súčasnosti je na Slovensku u mužov prioritou pre rozhodnutie ísť študovať povolanie sestry predovšetkým túžba pomáhať iným. Výsledky našej štúdie odhalili, že aj následne zotrvanie v profesii súvisí práve s možnosťou záchranu života a možnosťou byť iným nápomocný. Slovenské sestry – muži však priznávajú, že pre zotrvanie v profesii je pre nich dôležité aj finančné ohodnotenie, ktoré však nateraz medzi slovenskými sestrami absentuje. Aj preto jeden z respondentov vyzýva k zatriktívneniu povolania sestry a zvýšeniu spoločenského statusu.

Literatúra

ASAP. *Pracovné podmienky sestier a pôrodných asistentiek v SR.* (2014). [cit. 2016-06-15]. Dostupné na internete: <http://www.asapoz.eu/clanky/nase-aktivity/-pracovne-podmienky-sestier-a-porodnych-asistentiek-v-sr----text.html>

BALKOVÁ, H., ZIBRINOVÁ M. (2012). Motivace sester na pracovišti. *In Sestra*, 2012, 22(6), s.29-30. ISSN 1210-0404

KOŽUŠKOVÁ, M., VARGOVÁ, A. (2015). Selected factors affecting Slovak nurses' job satisfaction. *In Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 2015, č.6, s. 260-266. ISSN 2336-3517

KŘÍŽKOVÁ, A., PAVLICA, K. (2004). *Management genderových vztahů: postavení žen a mužů v organizaci.* Praha: Management Press, 2004, 198 s. ISBN 80-726-1117-8.

MACKINTOSH, C. (1997). A historical study of men in nursing. *In Journal of Advanced Nursing*, 1997, 26(2), s. 232-236. ISSN 1365-2648

MELLANOVÁ, A. (2017). *Psychosociální problematika v ošetrovateľskej profesii.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2017, 112 s. ISBN 978-80-2475-589-2.

OBROČNÍKOVÁ, A., MAJERNÍKOVÁ, L. (2012). Motivačné a demotivačné činitele pre vzdelávanie a prácu sestier. *In Quo vadis zdravotníctvo*, s. 422-433. 1.vyd. Prešov: PU v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, 2012, ISBN 978-80-555-0698-2.

ŠEVČOVIČOVÁ, A. EMÖDIOVÁ, M. (2016). Motivácia sestier pre výkon povolania. *In* Florence, 2016, č.10, s. 34-36. ISSN 1801-464X

Korespondence:

Bc. Lukáš Miňo

Klinika anesteziologie a resuscitace

Institut klinické a experimentální medicíny Praha

Vídeňská 1958/9

140 21 Praha 4

Email: lukasmino@centrum.sk

Tel.: +421 908 515 642

PhDr. Andrea Ševčovičová, MPH

VŠ ZaSP sv. Alžbety

Detašované pracovisko Bl. Sály Salkaházi

Kósu Schoppera 22

048 01 Rožňava

Email: ada.sevcovicova@gmail.com

PROSOCIÁLNE TENDENCIE ŠTUDENTOV V ŠTUDIJNOM ODBORE OŠETROVATEĽSTVO

Daniela Barkasi, Peter Vansač

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

Súhrn: Profesiou sestry môžeme zaradiť medzi pomáhajúce profesie. Okrem odborných teoretických vedomostí a zručností by mala sestra disponovať určitými osobnostnými predpokladmi, ktoré jej napomáhajú vykonávať svoje povolanie ako poslanie. V našom príspevku sa venujeme prosociálnym tendenciám u budúcich sestier – vysokoškolských študentov študijného odboru Ošetrovateľstvo. Získané výsledky nášho výskumu poukazujú nato, že jednotlivé typy prosociálnych tendencií sú charakteristické pre konkrétne skupiny študentov pričom v najväčšej miere sú pre nich charakteristické vyžiadané prosociálne tendencie a altruistické prosociálne tendencie. V najmenšej miere sú pre nich typické verejné prosociálne tendencie.

Kľúčové slová: *Prosociálnosť; Prosociálne správanie; Ošetrovateľstvo; Sestra; Prosociálne tendencie.*

PROSOCIAL TENDENTS OF STUDENTS IN THE STUDY DEPARTMENT OF NURSING

Summary: The nursing profession can be classified as a helping profession. In addition to professional theoretical knowledge and professional skills, a nurse should possess certain personality prerequisites that help her to pursue her profession as a mission. In our paper we deal with prosocial tendencies of future nurses - university students of the Nursing field of study. The results of our research show that the individual types of prosocial tendencies are characteristic for particular groups of students and most of them are characterized by the required prosocial tendencies and altruistic prosocial tendencies. To a minimum, they are characterized by public prosocial tendencies.

Key words: *Pro-sociability; Prosocial behavior; Nursing; Nurse; Prosocial tendencies.*

Úvod

Práca sestry je veľmi špecifická a vyžaduje sa od nej široké spektrum technických zručností a vedomostí, aby dokázala poskytovať kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť (Popovičová, 2016). Sestra sa zaradzuje medzi pomáhajúce profesie a o pomáhajúcom profesionáli môžeme povedať, že prichádza do bezprostredného kontaktu s ľuďmi, odkázanými na jeho pomoc. Prvoradou úlohou pomáhajúceho profesionála je pomáhať, a z tohto dôvodu by mal disponovať určitými osobnostnými predpokladmi, ktoré mu môžeme povedať napomáhajú vykonávať svoju prácu ako poslanie. Prosociálne správanie je také správanie, pri ktorom je poskytnutá pomoc inému bez nároku na odmenu. Profesionálne sestrám umožňuje využitie peer supportu. Podľa Guľašovej (2014) ide o systém dávania a prijímania pomoci založenom na kľúčových zásadách dodržiavania spoločnej zodpovednosti a vzájomnej zhody o tom, čo je užitočné. V teoretickej rovine sa problematikou prosociálneho správania zaoberajú viacerí autori, z ktorých môžeme uviesť Valihorová, Paľová (2013), Fridrichová (2012), Brestanovský a kol. (2015), Kopčáková (2002), Bierhoff (2002). Bližšou charakteristikou jednotlivých typov prosociálneho správania sa zaoberajú Carlo a Randall (2002) v publikácii *The development of a measure of prosocial behaviors for late adolescent*, od ktorých sme prevzali metodiku. Prosociálne správanie je oblasť správania, zahŕňajúca správanie jedinca, ktorý pomáha alebo to plánuje, bez ohľadu na motívy konania. Uskutočňuje dobrovoľne v prospech iného človeka, prinášajúci úžitok iným. Prosociálne správanie je optimálny výsledok socializácie v akomkoľvek období vývinu jedinca (Pipasová – Karolová, Babinčák, 2011). Je prospešné iným ľuďom a človek sa správa prosociálne, ak vníma a rozumie potrebám či túžbam iných. Valihorová, Paľová (2013) tvrdia, že je to správanie, ktoré ochraňuje, podporuje a zlepšuje stav sociálneho subjektu. Autorka Kopčáková (2002) dodáva, že prosociálne správanie spočíva v ochote a schopnosti porozumieť iných,

človek ho uskutočňuje s cieľom uľahčenia problémov iných, bez nároku na odmenu. Podľa Fridrichovej (2012) je to spoločensky akceptovateľné správanie, v zhode s normami spoločnosti a jeho motívom je potreba vychádzajúca z vnútra človeka vykonať niečo, čo bude dobré a prospešné pre iného. Autori Carlo a Randall (2002) rozdeľujú meranie prosociálneho správania na kategóriu globálnu a špecifickú. Spomínaní autori rozlišujú šesť druhov prosociálneho správania: altruistické (altruism) prosociálne správanie, kompliantné – vyžiadané prosociálne správanie (compliant), emocionálne prosociálne správanie (emotional), verejné prosociálne správanie (public), anonymné prosociálne správanie (anonymous) a prosociálne správanie v kríze (dire).

Prosociálnosť je osobitná črta človeka, spojená s tendenciou človeka správať sa prosociálne. Rozdiel v pojmoch prosociálnosť a altruizmus nachádzame v tom, že prosociálnosť je vlastnosť spoločensky kladne vnímaná, no nemusí znamenať obetavý a nezištný prístup v správaní. Altruizmus je zase typický obetavosťou, nezištnosťou pomôcť inému a je považovaný za opak egoizmu. Rozdiel medzi altruizmom a prosociálnosťou charakterizuje aj autor Orendáč (2007), ktorý tvrdí, že ak človek zvažuje mieru zaangažovania aj čas, veľkosť svojej námahy, ktorú je ochotný obetovať, potom takéto správanie označuje autor za altruistické. Pre sestru je potrebný aj súcit. Súcit je to emócia, pomocou ktorej sestra zdieľa utrpenie pacienta. Súcit nie je identický s empatiou. Empatia je dôležitá pre získanie poznania o tom čo sa deje s druhou osobou, ale niekedy môže fungovať bez akéhokoľvek súcitu (Vansač, Guľašová, 2019).

Cieľ práce

Hlavným cieľom nášho výskumu bolo zistenie prosociálnych tendencií vysokoškolákov v študijnom odbore Ošetrovateľstvo. Ako čiastkové ciele sme stanovili zistiť prevládajúce prosociálne tendencie u týchto študentov vo vzťahu k vybraných socio-demografickým ukazovateľom, konkrétne: vek, pohlavie a forma štúdia.

Metodika

Výskum sme uskutočnili kvantitatívnou formou - dotazníkom, ktorý bol prevzatý od autora Babinčák (2011), ktorý sledoval overenie psychometrických vlastností metodiky merania prosociálneho správania. Dotazník obsahoval 23 otázok - položiek a stupnica odpovedí k jednotlivým otázkam bola Likertovského typu - 5-stupňová s možnosťami výberu odpovedí, kde: (1) znamenala vôbec ma to nevystihuje, (2) slabo ma to vystihuje, (3) do určitej miery ma to vystihuje, (4) silno ma to vystihuje a (5) znamenalo, že ma to úplne vystihuje. Babinčák (2011) uvádza, že diagnostika tendencií k prosociálnemu správaniu je špecifikovaná do šiestich typov prosociálneho správania. Carlo a Randall (2002) vyvinuli metodiku Prosocial Tendencies Measure resp. jej revidovanú verziu PTM – R, umožňujúcu okrem hodnotenia tendencií k jednotlivým typom prosociálneho správania merať i globálne skóre. Jednotlivé typy prosociálneho správania stručne charakterizujeme podľa Babinčáka (2011) nasledovne: altruistické prosociálne správanie je vyvolané prevažne súcitom, opierajúc sa o morálne normy spoločnosti, je to dobrovoľná pomoc, motivovaná záujmom o potreby a blaho druhých ľudí, vyžiadané prosociálne správanie je spontánne pomáhanie, je odpoveďou na slovnú alebo iným spôsobom podanú požiadavku, emocionálne prosociálne správanie je pomoc druhým v situáciách, ktoré sú silne emočne nabité, verejné prosociálne správanie je pomáhanie niekomu na verejnosti, ktoré je minimálne čiastočne motivované súhlasom, pochvalou a rešpektom u iných, anonymné prosociálne správanie je pomáhanie, pri ktorom nie je zverejnená identita pomáhajúceho a osoby, ktorej je pomáhané a prosociálne správanie v kríze je pomáhanie v krízových, naliehavých situáciách.

Súbor

Výskumný súbor tvorilo spolu 229 vysokoškolských študentov v študijnom odbore Ošetrovateľstvo, študujúci na Vysokej škole zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, detašovaných pracoviskách v Michalovciach, Košiciach, Rožňave, Prešove a Bratislave. Vo výskumnom súbore boli zastúpení študenti v bakalárskom a magisterskom stupni štúdia, v dennej aj externej forme štúdia. Významne vyššie zastúpenie žien vo výskumnom súbore je vzhľadom na sledovaný odbor štúdia pochopiteľný a odzrkadľuje do určitej miery aj reálny pomer mužov a žien v tejto profesii. Študenti boli vo veku od 19 do 63 rokov, s priemerným vekom 30,3 rokov ($SD = 9,4$). Podrobná štruktúra výskumného výberu je uvedená v tab. č. 1.

Tab. 1 Socio-demografické charakteristiky výskumného súboru

		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 získanie lepšieho prehľadu o skúmanej problematike sme najskôr analyzovali prosociálne tendencie v celom výskumnom súbore ($N = 229$).

V tabuľke 2 sú znázornené priemerné hodnoty jednotlivých typov prosociálnych tendencií u študentov študijného odboru Ošetrovateľstvo. Z výsledkov vidíme, že študenti - budúce sestry majú vyššiu tendenciu sa správať vo vyžiadanom prosociálnom správaní ($M = 4,3$), čo znamená, že mu je signalizovaná požiadavka na pomoc či už charakteru verbálneho alebo neverbálneho a v altruistickom type prosociálnych tendencií ($M = 4,1$). V týchto dvoch typoch prosociálnych tendencií boli zaznamenané najvyššie priemerné hodnoty u študentov odboru Ošetrovateľstvo. Ďalej nasledovali prosociálne tendencie v kritických situáciách, emocionálne, anonymné a verejné prosociálne tendencie, v ktorých bola zaznamenaná najnižšia priemerná hodnota ($M = 2,5$).

Tab. 2 Priemerné hodnoty v typoch prosociálnych tendencií u študentov

Typ prosociálnych tendencií	(N = 229)	
	M	SD
verejné	2,5	0,8
emocionálne	3,3	0,8
vyžiadané	4,3	0,7
anonymné	3,2	1,1
altruistické	4,1	0,8
v kritických situáciách	3,6	0,7

Ďalej sme v našom výskume predpokladali, že študenti sa budú štatisticky signifikatne líšiť v prevládajúcom type prosociálnych tendencií vzhľadom na formu štúdia. Uvedené rozdiely sú znázornené v tabuľke 3, kde vidíme, že zo šiestich sledovaných typov prosociálnych tendencií neboli zaznamenané štatisticky signifikantné rozdiely ani v jednom sledovanom type. Vyššie priemerné hodnoty boli zaznamenané u denných študentov v prípade verejných prosociálnych tendencií a emocionálnych prosociálnych tendencií a u externých študentov v prípade anonymných prosociálnych tendencií.

Tab. 3 Rozdiely v typoch prosociálnych tendencií medzi študentmi podľa formy štúdia

Typ prosociálnych tendencií	Denná forma (N = 177)		Externá forma (N = 52)		U
	M	SD	M	SD	
Verejné	2,7	0,9	2,6	0,9	43269,0
emocionálne	3,4	0,9	3,3	0,8	41254,4
vyžiadané	4,3	0,8	4,3	0,9	43356,3
anonymné	3,2	1,2	3,3	0,9	42047,6
altruistické	4,2	0,9	4,2	0,9	41498,0
v kritických situáciách	3,6	0,8	3,6	0,9	43156,0

V tabuľke 4 sú znázornené rozdiely v typoch prosociálnych tendencií podľa pohlavia študentov, kde vidíme, že zo šiestich sledovaných typov prosociálnych tendencií boli zaznamenané štatisticky signifikantné rozdiely v troch typoch. Bolo zistené, že muži získali vyššie priemerné hodnoty v porovnaní so ženami vo verejných prosociálnych tendenciách ($U = 24702,5$; $p < 0,001$), ženy zase

vo vyžiadaných prosociálnych tendenciách ($U = 25248,0$; $p < 0,001$) a altruistických prosociálnych tendenciách ($U = 25814,4$; $p < 0,01$). Ďalej boli zistené vyššie priemerné hodnoty u žien v type prosociálnych tendencií anonymnom a v kritických situáciách, aj keď v týchto dvoch typoch neboli zaznamenané štatisticky signifikantné rozdiely. Môžeme to zhodnotiť v zmysle, že ženy majú tendenciu pomáhať iným ľuďom pokiaľ ich o to niekto požiada alebo aj za cenu vlastnej straty a muži majú tendenciu sa správať prosociálne na verejnosti, kedy sú pozorovaní minimálne jednou osobou.

Tab. 4 Rozdiely v typoch prosociálnych tendencií podľa pohlavia študentov

Typ prosociálnych tendencií	Muži (N = 24)		Ženy (N = 205)		U
	M	SD	M	SD	
Verejné	2,8	0,8	2,6	0,9	24702,5***
Emocionálne	3,3	0,8	3,3	0,8	28923,0
Vyžiadané	4,1	0,7	4,3	0,7	25248,0***
Anonymné	3,1	0,9	3,2	1,2	29952,6
Altruistické	3,7	0,9	4,4	0,9	25814,4**
v kritických situáciách	3,6	0,8	3,7	0,8	27773,5

sig. $p < 0,01$; *sig. $p < 0,001$

Tab. 5 Rozdiely v typoch prosociálnych tendencií u študentov rôznych vekových skupín

Typ prosociálnych tendencií	18 – 24 r. (N = 112)		25 – 35 r. (N = 54)		36 – 63 r. (N = 62)		χ^2
	M	SD	M	SD	M	SD	
verejné	2,7	0,9	2,7	0,8	2,5	0,9	12,4**
emocionálne	3,3	0,8	3,3	0,8	3,3	0,8	0,4
vyžiadané	4,2	0,9	4,4	0,8	4,3	0,8	5,6
anonymné	2,7	0,8	3,1	0,8	3,5	0,8	24,7***
altruistické	4,2	0,9	4,3	0,9	4,5	0,8	14,4**
v kritických situáciách	3,2	0,5	3,3	0,6	3,4	0,7	4,2

sig. $p < 0,01$; *sig. $p < 0,001$

Ďalej nás zaujímali rozdiely v jednotlivých typoch prosociálnych tendencií u študentov z pohľadu veku. Študentov sme zadelili do troch skupín a zaznamenané rozdiely sú uvedené v tabuľke 5, kde vidíme, že štatisticky signifikantné rozdiely boli zaznamenané v troch sledovaných typoch prosociálnych tendencií. Vekovo najmladší študenti a študenti vo veku od 25 do 35 rokov dosiahli najvyššiu priemernú hodnotu vo verejných prosociálnych tendenciách ($\chi^2 = 12,4$; $p < 0,01$). Skupina

najstarších študentov dosiahla najvyššiu priemernú hodnotu v dvoch typoch prosociálnych tendencií, konkrétne v anonymných prosociálnych tendenciách ($\chi^2 = 24,7$; $p < 0,001$) a altruistických prosociálnych tendenciách ($\chi^2 = 14,4$; $p < 0,01$). Pre skupinu najstarších študentov je charakteristické, že majú tendenciu sa správať prosociálne altruisticky a anonymne, čiže sú ochotní pomôcť v anonymite a aj za obeť vlastnej straty. V troch sledovaných typoch prosociálnych tendencií nebol zaznamenaný štatisticky signifikantný rozdiel. V dvoch typoch boli zaznamenané vyššie priemerné hodnoty v skupine študentov vekovo strednej a najstaršej. Bol to vyžiadaný typ prosociálnych tendencií a prosociálne tendencie v kritických situáciách. Emocionálny typ prosociálnych tendencií dosiahol rovnakú priemernú hodnotu vo všetkých vekových skupinách študentov.

Diskusia

V našom výskume sme skúmali prosociálne tendencie vysokoškolákov v študijnom odbore Ošetrovateľstvo. Zistili sme, že pre budúce sestry je charakteristické, že majú tendenciu správať sa prosociálne, pričom majú tendenciu sa správať prosociálne altruisticky a na požiadanie. Autorka Nová (2016) uvádza, že prosociálne správanie študentov v odbore Sociálna práca je vo veľkej miere podporené v rámci dobrovoľníctva na základných a stredných školách, čiže ešte pred začatím štúdia na vysokej škole v danom odbore štúdia.

Vychádzajúc z dosiahnutých výsledkov môžeme povedať, že najvyššiu priemernú hodnotu z celého výskumného súboru dosiahli ošetrovatelia vo vyžiadanom type prosociálnych tendencií, čo potvrdzuje i tvrdenie Carla a Randalla (2002), ktorí uvádzajú, že vyžiadané prosociálne správanie je správaním, ktoré sa vyskytuje častejšie ako spontánne pomáhanie. Ďalej sme sa zamerali na zistenie rozdielov v prevládajúcom type prosociálnych tendencií medzi študentmi podľa formy štúdia. Na základe dosiahnutých výsledkov môžeme konštatovať, že medzi sledovanými skupinami študentov neboli zaznamenané štatisticky signifikantné rozdiely. Bolo zistené, že obidve skupiny študentov dosiahli najvyššie priemerné hodnoty vo vyžiadanom type prosociálnych tendencií, čo sa zhoduje opäť s tvrdením Carla a Randalla (2002), že vyžiadané prosociálne správanie je častejšie sa vyskytujúce v spoločnosti ako spontánne správanie v rámci poskytnutia pomoci. Ďalším typom prosociálnych tendencií, ktoré dosiahlo najvyššiu priemernú hodnotu bol altruistický typ opäť s rovnakou priemernou hodnotou pre obidve skupiny študentov. Najnižšie priemerné hodnoty dosiahli študenti vo verejnom type prosociálnych tendencií. Tieto zistenia korešpondujú so zistením Pipasovej – Karolovej a Babinčáka (2011), ktorí skúmali prosociálne tendencie vysokoškolákov, ktorí sú darcami krvi a ich výsledky porovnávali s vysokoškolákmi, ktorí nie sú darcami krvi. Tak ako sme predpokladali istú tendenciu správať sa prosociálne rovnako môžeme porovnať naše výsledky s výsledkami výskumu spomínaných autorov, kde sa tiež predpokladá určitá tendencia k prosociálnemu správaniu. Autori na získanie dát použili totožný dotazník a zistili, že najvyššie priemerné hodnoty boli zaznamenané v altruistickom a anonymnom type prosociálnych tendencií a najnižšie priemerné hodnoty vo verejnom type prosociálnych tendencií, čo sa zhoduje s našimi výsledkami.

Ďalej sme predpokladali, že študenti sa budú líšiť v jednotlivých typoch prosociálnych tendencií z pohľadu pohlavia. Zistili sme, že štatisticky signifikantný rozdiel bol zaznamenaný v troch typoch prosociálnych tendencií. Štatisticky signifikantne vyššie priemerné hodnoty dosiahli ženy vo vyžiadanom a altruistickom type prosociálnych tendencií a muži vo verejnom type prosociálnych tendencií. Pre ženy je typické, že sa vyznačujú väčšou tendenciou sa správať altruisticky, čiže sebaobetujúco a poskytnú pomoc pokiaľ ich niekto o to požiada v zmysle slovnej alebo ináč podanej požiadavky. Muži majú tendenciu sa správať prosociálne na verejnosti, čo znamená, že je pre nich typické pomáhať ľuďom na verejnosti, kedy sú pozorovaní inými osobami, alebo sú k tomu čiastočne motivovaní odmenou. Z našich výsledkov vyplýva, že rod má vplyv na jednotlivé typy prosociálneho správania človeka, čo tvrdia a zhoduje sa na tom viacero autorov ako napríklad Carlo et al. (2003), Barry et al. (2008) a Carlo a Randall (2002). Hay (1994) tvrdí, že pohlavie ovplyvňuje druh

prosociálneho správania, čo je v súlade s našimi zisteniami. Carlo a Randall (2002) taktiež vo svojom výskume zistili, že muži skórovali vyššie vo verejnom type prosociálneho správania a ženy v prosociálnom správaní vyžiadanom a altruistickom, čo sa zhoduje i s našimi výsledkami. Z hľadiska veku sme medzi študentmi zaznamenali rozdiely v troch typoch prosociálnych tendencií, kde štatisticky signifikantne dosahovali vyššie priemerné hodnoty v anonymnom a altruistickom type prosociálnych tendencií vekovo najstaršia skupina a vo verejnom type prosociálnych tendencií vekovo najmladšia skupina študentov a skupina študentov vo veku od 25 do 35 rokov. Pre študentov vekovo najstarších je charakteristické, že majú tendenciu sa správať prosociálne tak, že sú ochotní pomôcť aj v anonymite, sú ochotní sa obetovať aj v prípade, že ich pomoc si vyžiada vlastnú stratu. Najmladší študenti a vekovo stredná skupina študentov má tendenciu pomôcť inej osobe na verejnosti, čiže za prítomnosti niekoho, kto ich pri tom pozoruje. Tieto rozdiely môžeme vysvetliť tým, ako uvádza Babinčák (2011) vek úzko súvisí s jednotlivými typmi prosociálneho správania. Zaujímavé tvrdenie Babinčáka (2011) potvrdzuje naše výsledky, kde autor poukazuje na súvislosť medzi verejným a anonymným typom prosociálneho správania. Medzi týmito typmi prosociálneho správania existuje protikladný vzťah, čiže ak sa zvyšujú priemerné hodnoty anonymného prosociálneho správania znižujú sa priemerné hodnoty verejného prosociálneho správania.

Záver

Povolanie sestry je náročné povolanie, vyžaduje si dávku motivácie, odborné teoretické vedomosti, odborné zručnosti a vzhľadom na charakter práce i určité osobnostné predpoklady, medzi tie by sme mohli zaradiť aj dôležitú vlastnosť - prosociálnosť. V našom príspevku sme sa venovali prosociálnym tendenciám študentov študijného odboru Ošetrovateľstvo (Belovičová, Vansač, 2018). Na základe dosiahnutých výsledkov môžeme konštatovať, že budúce sestry majú tendenciu pomáhať, v najväčšej miere sú pre nich charakteristické vyžiadané prosociálne tendencie, čo znamená, že sú ochotné pomôcť na požiadanie, ďalej altruistické prosociálne tendencie, čo je priaznivý výsledok a preto je predpoklad, že budú pre svojich pacientov oporou a veľkou pomocou. Murgová (2017) uvádza, že zdravotnícke zariadenia sa musia vydať cestou kvality, aby práca sestier bola zmysluplná, aby sa splnili očakávania pacientov. Prosociálne tendencie sme sledovali aj z pohľadu veku, pohlavia a formy štúdia, kde sme zistili, že študenti sa medzi sebou líšia z pohľadu vybraných socio-demografických ukazovateľov, čo je prirodzený jav a potvrdzujú to viaceré teórie i výskumné štúdie realizované v tejto oblasti. Ako uvádza vo svojom výskume Popovičová (2007), povolanie sestry je výzvou, v ktorej je ochota odborne sa starať o tých, ktorí potrebujú pomoc. Aby tento cieľ sestry splnili, potrebujú nielen motiváciu, stimuly, ale dôležitým prvkom sú taktiež osobnostné predpoklady - prosociálnosť.

Literatúra:

BABINČÁK, P. 2011. Prosocial Tendencies Measure – Revised (PTM-R) - prvá skúsenosť s krátkou metodikou na meranie prosociálneho správania. Sociální procesy a osobnost Člověk na cestě životem: Křižovatky a mosty Kroměříž 14. – 16. 9. 2011. Sborník příspěvků Conference Proceedings Psychologický ústav Filozofické fakulty Masarykovy univerzity, Brno 2011. Tribun EU, 2011. s. 7 – 12. ISBN 978-80-263-0029-8.

BARRY, C. M. et al. 2008. *The impact of maternal relationship quality on emerging adults prosocial tendencies: Indirect effects via regulation of prosocial values.* *Journal of Outh and Adolescence*, 37, p. 581 – 591.

BELOVIČOVÁ, M., VANSÁČ, P. 2019. Selected aspects of medical and social care for long-term ill persons. Towarzystwo Slowakow w Polsce. Krakow 2019, 153 s., ISBN: 978838111 1096.

CARLO, G. et al. 2003. Sociocognitive and behavioral correlates of a measure of prosocial tendencies for adolescents. *Yournal of Early Adolescence*, 23, p. 107–134.

- CARLO, G. - RANDALL, B. A. 2002. The development of a measure of prosocial behaviors for late adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 2002, vol. 31, no 1, s. 31 – 44.
- FRIDRICHOVÁ, P. 2012. Komplexná prosociálnosť v etickej výchove. Pedagogická fakulta Mateja Bela v Banskej Bystrici. 2012. 59 s. ISBN 978-80-557-0353-4.
- GUĽAŠOVÁ, M. 2014. Prvá pomoc pri strese zdravotníckeho záchranára. Od pochopenia cez prevenciu až ku krízovej intervencii. Košice, Falck Záchraná, a.s. Vydavateľstvo ΣAPFO, s.90. ISBN 978-80-970581-8-0
- HAY, D. F. 1994. Prosocial Development Child Psychol. Psychiat. Vol 35, No 1, p. 29–71.
- KOPČÁKOVÁ, A. 2002. Prosociálnosť v práci učiteľa. In *Naša škola*, Roč. 5, 2001/2002, č. 6. ISSN 1335-2733. s. 12-19.
- MURGOVÁ, A. 2017. Vízia ošetrovateľstva v dobe globalizácie a informačnej explózie 21. storočia. In: *Komunitná starostlivosť v pomáhajúcich profesiách. Zborník príspevkov z medzinárodnej vedeckej konferencie Michalovce, 10. – 11. november 2016. Michalovce 2016. Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava*. s. 348 – 352. ISBN 978-83-61087-41-0.
- NOVÁ, M. 2016. Edukace v kontextu nových fenoménů společnosti - sociální a edukační aspekt. In *Nová sociálna edukácia človeka V. recenzovaný zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, 2016*. s. 128 – 132. ISBN 978-80-555-1742-1.
- ORENDÁČ, P. 2007. Vzťah etickej a náboženskej výchovy. Metodicko-pedagogické centrum v Prešove. 39 s. [cit. 12.10.2017] dostupné na: <http://www.mcpo.sk/downloads/Publikacie/Vychova/VPNab200801.pdf>.
- PIPASOVÁ – KAROLOVÁ, V. – BABINČÁK, P. 2011. *Tendencie k prosociálnemu správaniu u darcov krvi. Inštitút psychológie FF PU v Prešove*. s. 30 – 38 [cit. 11.12.2018] Dostupné na: www.pulib.sk/web/kniznica/elpub/dokument/Babincak1/subor/4.pdf
- POPOVIČOVÁ, M. - VANSÁČ, P. - PRISTÁŠOVÁ, K. 2017. Motivácia sestier k autonómnej ošetrovateľskej praxi. In *MEDSTAT 2017. Monografia s tematickým zameraním na medicínsku štatistiku*. Ružomberok : MedStato.z. 2017. s 133-146. ISBN 978-80-972293-1-3.
- POPOVIČOVÁ, M. - WICZMÁNDYOVÁ, D. 2016. Rola sestry v následnej zdravotnej starostlivosti o imobilných pacientov v domove sociálnych služieb. In *Recenzovaný zborník príspevkov z medzinárodnej vedeckej konferencie – Deinštitucionalizácia sociálnych služieb v kontexte pomáhajúcich profesií*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, 2016, str. 284-290. ISBN 978-80-8132-144-3.
- VALIHOROVÁ, M. – PAĽOVÁ, M. 2013. Prosociálnosť a morálne správanie žiakov. In *Dobro a zlo alebo o morálne II. Psychologické a filozofické aspekty o morálke. Zborník príspevkov zo sympózia. Univerzita Mateja Bela v Banskej Bystrici. Pedagogická fakulta. Banská Bystrica. 2013*. ISBN 978-80-557-0539-2. s. 15 – 34.
- VANSÁČ, P. - GUĽAŠOVÁ, M. 2019. Budovanie sociálneho citu k duchovným hodnotám u študentov sociálnej práce, In: SCHAVEL M., GÁLLOVÁ, A. (eds.), *Zborník vedeckých medzinárodných príspevkov Trendy a inovácie vo vysokoškolskom vzdelávaní v odbore sociálna práca*, Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava 2019, s. 157 – 168, ISBN 978-80-8132-202-0.

Korespondence:

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

SYNDROM VYHOŘENÍ V MEZINÁRODNÍM KONTEXTU

Alena Javůrková, Susan Corea Gamboa, Jaroslava Raudenská

Ústav ošetrovatelství 2. LF UK a FN Motol

Souhrn: Cílem našeho zkoumání bylo zjistit, zda se liší syndrom vyhoření u zdravotních sester v mezinárodním kontextu v ČR, USA, Kostarice a Španělsku. Syndrom vyhoření může ovlivnit zejména profese pracující s lidmi. Může být výsledkem komplexní interakce pracoviště, sociálních a psychologických faktorů. Vyhoření a pracovní stres mají negativní důsledky na zdraví, bezpečnost pracovníků a jejich produktivitu práce. K objasnění problematiky syndromu vyhoření jsou nezbytně nutné longitudinální intervenční studie. U profese zdravotních sester existuje jen omezené množství informací o vztahu mezi kulturou, sociálními charakteristikami, osobnostními rysy a syndromem vyhoření. Proto je důležité zabývat se touto problematikou na úrovni mezikulturních a srovnávacích výzkumů/projektů. Strategie prevence by měly zohledňovat individuální, sociální a kulturní rozmanitost zkoumané populace.

Klíčová slova: *syndrom vyhoření, mezinárodní kontext, prediktory syndromu vyhoření*

Burn out syndrome in an international context

Summary: The aim of our investigation was to determine whether the burnout syndrome is different in the international context of nurses in the Czech Republic, USA, Costa Rica and Spain. Burnout can affect especially professions working with people. It can be the result of complex workplace interaction and social and psychological factors. Burnout and working stress have negative consequences on the health, safety of workers and their work productivity. Longitudinal intervention studies are needed to clarify the burnout syndrome. There is a limited amount of information on the relationship between culture, social characteristics, the personality traits and burnout syndrome of nurses. Intercultural and comparative studies are needed for better understanding of that problems. Prevention strategies should take into account the individual and social and cultural diversity of the population examined.

Key words: *burn out syndrome, international context, predictors of burn out*

Úvod

Anglický termín „burnout“, neboli „vyhoření“, se poprvé objevil jako sociální problém související s ekonomickým a kulturním vývojem šedesátých let v USA a poprvé byl použit v klinickém smyslu na počátku 70. let 20. století Herbertem Freudenbergerem (Schaufeli, 2017). Po svém vzniku v USA v 70. letech se koncept v 80. letech rozšířil i do Evropy a v 90. letech minulého století pak i do zbytku světa. Vyhoření je syndrom vyvolaný chronickým stresem. Nejčastěji bývá popisován jako syndrom emočního vyčerpání, depersonalizace a redukováného osobního úspěchu, který může nastat u jednotlivců, kteří pracují s lidmi, nebo jako emoční a fyzické vyčerpání vyplývající z kombinace vystavení se environmentálním a vnitřním stresům a nedostatečnému zvládnutí adaptačním dovednostem Miller-Keane (2003). Kromě známky vyčerpání vykazuje osoba s vyhořením stále negativnější postoj ke své práci, nízkou sebeúctu a osobní devalvací. Riziko rozvoje vyhoření se zvyšuje spolu s přetížením, nedostatkem kontroly, nedostatečným uznáním a odměnou, nedostatečnou podporou a důvěrou, nevyřešenými konflikty v zaměstnání. Vyhoření však mohou iniciovat i psychosociální faktory v soukromém životě zaměstnance.

Formální diagnóza syndromu vyhoření na základě klasifikace nemocí není možná, ale pro měření úrovně vyhoření v různých profesích existuje několik dostupných nástrojů, které jsou validovány a přeloženy do několika jazyků. V naší práci jsme použili The Copenhagen Burnout Inventory, dotazník

se třemi dílčími dimenzemi: osobní vyhoření, vyhoření související s prací, a vyhoření související s pacienty. Tři samostatné části dotazníku byly navrženy tak, aby mohly být použity v různých oblastech. Jádrem vyhoření v CBI je únava a vyčerpání (Kristensen et al., 2005). Poslední revize Mezinárodní klasifikace onemocnění ICD-10 (2000) nepopisuje syndrom vyhoření jako individuální diagnózu. Je ale uvedena jako doplňující diagnóza v kapitole Problém spojený s obtížemi při vedení života (Life-management), kódovaný jako Z 73.0 (stav vitální vyčerpanosti). Stejně tak Diagnostický a statistický manuál duševních poruch DSM-V (2013) Americké psychiatrické asociace, nezahrnuje syndrom vyhoření. Podle některých odborníků je syndrom vyhoření stavem, který se do velké míry překrývá s depresí. Většina vědců se však domnívá, že vyhoření by mělo být lépe považováno za poruchu související s výkonem pracovní činnosti. Syndrom vyhoření nebyl dosud oficiálně přijat jako nemoc z povolání ani ve většině zemí EU.

Skupina zdravotních sester představuje vysoké riziko rozvoje syndromu vyhoření, protože jejich zaměstnání je vystaveno těžké pracovní zátěži a interakci s pacienty (McHugh, 2011). Opatření k prevenci vyhoření mohou být diferencována podle úrovní, ale měla by být založena na podrobnější diagnostice problému. Prevence může být rozdělena do primárních preventivních opatření (vyhýbání se/odstranění faktorů, které způsobují onemocnění pacienta), sekundárních opatření (včasné rozpoznání/intervence zjevného onemocnění) a terciárních opatření (zvládnutí důsledků onemocnění, rehabilitace a relapsové profylaxe) (Weber & Jaekel, 2000). Koncepte behaviorálních opatření se zaměřují na primární a sekundární prevenci a jsou doménou psychologie, typ programů je obvykle shrnut pod názvem Programy zvládnutí řízení stresu.

Cíle, metodika, soubor

Je málo studií, které by se zabývaly měřením míry syndromu vyhoření v mezinárodním kontextu, proto jsme se zaměřili na porovnání míry syndromu vyhoření u zdravotnického personálu ve čtyřech zemích. Dotazník byl vytvořen pomocí nástroje survio.com ve třech jazycích: v angličtině, češtině a španělštině. Odpovědi dotazníku byly zcela anonymní a stlačením na klávesu "spustit dotazník" byl vysloven souhlas s jeho vyplňováním. Výsledky byly zpracovávány anonymně. Žádost o povolení dotazníkového šetření byla schválena těmito organizacemi: Fakultní nemocnice v Motole a 2.LF UK Praha, Česká asociace sester, Colegio de Enfermeras de Costa Rica, Španělská společnost pro ošetřovatelství v nefrologii (SEDEN) a Texas Board of Nursing. Sběr dat proběhl v období od 1. září 2018 do 18. února 2019. Po vyřazení neúplných dotazníků byl do empirického zpracování výzkumu zahrnut soubor sester n-1123 ze 4 zemí: ČR n-531 (47,29 %), Kostariky n-282 (25,11%), Španělska n-123 (10,95%) a z USA n-187 (16,65 %). Anamnestický dotazník obsahoval otázky ke zjištění demografických proměnných a proměnných životního stylu, dále byl použit **Copenhagen Burnout Inventory (CBI)**, který se skládá ze tří škál: osobní vyhoření (PB), vyhoření související s prací (WRB) a vyhoření související s klientem (CRB). Čím je skóre jednotlivých škál vyšší, tím je vyšší pravděpodobnost syndromu vyhoření (Kristensen, 2005). Hodnotí se míra potíží na Lickertově škále od 0-100. V našem výzkumném šetření jsme použili průměry jednotlivých škál v zemích pro hodnocení míry vyhoření. Ke statistickému zpracování byl použit profesionální statistický program STATISTICA firmy StatSoft Inc., verze 9.0 a IBM SPSS Statistics verze 23 firmy IBM Corp. Pro všechny sledované kvantitativní proměnné byly spočteny základní parametry souboru. Pro porovnání míry syndromu vyhoření mezi jednotlivými státy jsme pro spojitě proměnné použili analýzu rozptylu (ANOVA) s následným LSD testem simultánního testování, abychom našli ty dvojice států, mezi kterými existuje statisticky významný rozdíl ve sledované veličině. K nalezení proměnných, které nejvíce predikují syndrom vyhoření v mezinárodním kontextu, jsme vytvořili 3 lineární regresní modely pro celý soubor dohromady a pro každý soubor zvlášť. Pro analýzu spolehlivosti vnitřní konzistence byl použit Cronbachův alfa-koeficient. Hladina významnosti $p < 0,05$ byla považována za statisticky významnou u všech zkoušek.

Výsledky

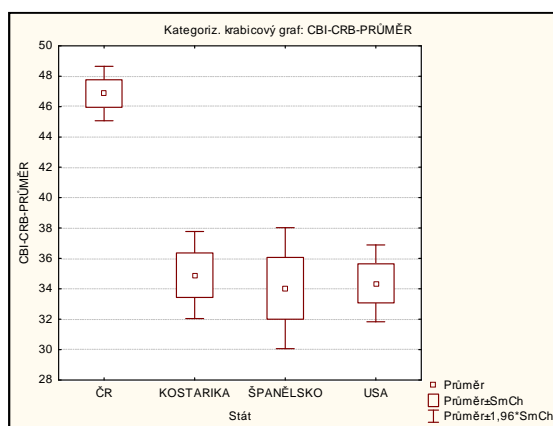
Celkový počet žen v našem souboru byl N=1001, což představuje 89,13 % z celkového počtu respondentů. Celkový počet mužů, kteří odpověděli, byl 122, což představuje 10,86 % z celkového počtu respondentů. Průměrný věk všech respondentů byl M=43,7 (SD 12,06), průměrná doba vzdělání byla M=16,5 let (SD 2,25). Vzdělání se střední školou dosáhlo N=238 (21,2 %); respondentů s vyšším odbornou školou N=209 (18,6 %); bakalář získaný na vysoké škole N=269 (24,0 %); a s magisterským, nebo vyšším vzděláním bylo N=406 (36,2 %). Průměrná délka praxe byla M=20,9 let (SD 12,0). Nejnižší zastoupení v celém souboru měly praktické sestry N=121 (10,8 %) dále staniční nebo vrchní sestry, N=227 (20,2 %) a nevyšší zastoupení měly všeobecné sestry N=775 (69,0 %). V sociálním statutu dotazovaných převažovala kategorie vdaná/ženatý N=561 (50,0 %); dále následovala kategorie: žiji s partnerem N=137 (12,2 %); svobodný/á N=231 (20,6 %), rozvedený/á N=174 (15,5 %) a vdova/vdovec N=20 (1,8 %). Pravidelně sportovalo méně než polovina respondentů N=474 (42,2 %) nesportovalo N=649 (57,8 %). Kuřáků bylo méně N=239 (21,3 %) než nekuřáků N=884 (78,7 %). Pouze 18 % z celého souboru pravidelně konzumovalo alkohol N=208. Průměrný počet dnů nemoci za rok byl M=6,79(SD 8,87). Průměr dnů užívání léků proti bolesti týdně byl N=1,22 (SD 2,5) a průměr problémů se spánkem v dnech v týdnu M=2,32 (SD 2,35). Asi třetina celého souboru zdravotního personálu uvažovalo o změně profese 29 % (N=335).

Kromě popisné statistiky bylo základní vědeckou otázkou odpovědět, zda existuje rozdíl mezi skupinami zemí v míře vyhoření. V souboru z ČR (N=531) bylo podle průměru **celkového skóru CBI** (M=49,14; SD 16,03) vyhodnoceno jako vyhořelých 46,70 % (N=248), v souboru z Kostariky (N=282) bylo podle průměru celkového skóru CBI (M=42,28; SD 19,63) vyhodnoceno jako vyhořelých 45,04 % (N=127), v souboru ze Španělska (N=123) bylo podle průměru celkového skóru CBI (M=41,99; SD 17,09) vyhodnoceno jako vyhořelých 52,03 % (N=64), v souboru z USA (N=187) bylo podle průměru celkového skóru CBI (M=42,62; SD 13,97) vyhodnoceno jako vyhořelých 43,32 % (N=81). Nejvyšší průměr celkového skóru CBI měl soubor z ČR a rozdíl mezi ostatními zeměmi byl statisticky významný ($p < 0,001$) (graf č. 1). Pro zdravotní personál v ČR je toto zjištění alarmující a ukazuje nám, že je zde problém, kterým je třeba se intenzivněji zabývat. Pro zjištění rozdílu mezi zeměmi v kategorii vyhoření/nevyhoření v celkové škále CBI nebyly zjištěny žádné statisticky významné rozdíly procentuální četnosti vyhoření respondentů ($\chi^2=2,51$; $p=0,47$). To znamená, že byl zjištěn podobný počet vyhořelých respondentů ve všech čtyřech zemích. V takovém případě se lze domnívat, že by v mezinárodním kontextu kulturní faktory neměly ovlivňovat míru vyhoření. V souboru z ČR (N=531) bylo podle průměru škály **PB (osobní vyhoření)** (M=50,11; SD 17,35) vyhodnoceno jako vyhořelých 54,61 % (N=290), v souboru z Kostariky (N=282) bylo podle průměru (M=46,48; SD 21,35) vyhodnoceno jako vyhořelých v této škále 46,45 % (N=131), v souboru ze Španělska (N=123) bylo podle průměru (M=47,12; SD 18,09) vyhodnoceno jako vyhořelých v této škále 51,22 %, v souboru z USA (N=187) bylo podle průměru (M=43,56; SD 16,37) vyhodnoceno jako vyhořelých v této škále 47,06 % (N=88). Nejvyšší průměr v této škále měl soubor z ČR. Nejvyšší průměr škály osobní vyhoření v dotazníku CBI měl soubor z ČR a Španělska. Byly zjištěny statisticky významné signifikantní rozdíly mezi Českou republikou a Kostarikou ($p=0,007$) a mezi Českou republikou a USA ($p < 0,0001$). Pro zjištění rozdílu mezi zeměmi v kategorii vyhoření/nevyhoření ve škále osobního vyhoření ($\chi^2=6,29$; $p=0,99$); nebyly zjištěny žádné statisticky významné rozdíly. To znamená, že byl zjištěn podobný počet vyhořelých respondentů ve všech čtyřech zemích. V takovém případě se lze domnívat, že kulturní a sociodemografické rozdíly nemají v kategorii osobní vyhoření žádný vliv. V souboru z ČR (N=531) bylo podle průměru ve škále **WRB (pracovní vyhoření)** (M=50,26; SD 15,20) vyhodnoceno jako vyhořelých 69,68 % (N=370), v souboru z Kostariky (N=282) bylo podle průměru (M=45,01; SD 19,94) vyhodnoceno jako vyhořelých v této škále 46,45 % (N=131), v souboru ze Španělska (N=123) bylo podle průměru (M=44,42; SD 17,69) vyhodnoceno jako vyhořelých v této škále 41,46 % (N=51), v souboru z USA (N=187) bylo podle průměru (M=48,91; SD 13,84) vyhodnoceno jako vyhořelých v této škále 50,80 % (N=95). Nejvyšší průměr v této škále měl soubor z ČR a USA. Byly zjištěny statisticky významné rozdíly mezi ČR a Kostarikou ($p < 0,001$) a mezi ČR a Španělskem ($p < 0,001$). Mezi zeměmi v kategorii vyhoření/nevyhoření ve škále pracovní vyhoření byly zjištěny statisticky významné

rozdíly ($\chi^2 = 62,72; p = <0,001$), kdy v souboru z ČR byl počet vyhořelých respondentů nejvyšší. Tento výsledek poukazuje na alarmující skutečnost související se syndromem vyhoření, a to na symptomy, které souvisejí s pracovním výkonem povolání. V souboru z ČR (N=531) bylo podle průměru ve škále **CRB (vyhoření související s pacientem)** (M=46,85; SD 21,28) vyhodnoceno jako vyhořelých 45,39 % (N=241), v souboru z Kostariky (N=282) bylo podle průměru (M=36,89; SD 24,54) vyhodnoceno jako vyhořelých 44,33 % (N=125), v souboru ze Španělska (N=123) bylo podle průměru (M=34,04; SD 23,52) vyhodnoceno jako vyhořelých 46,34 % (N=57), v souboru z USA (N=187) bylo podle průměru (M=34,35; SD 17,58) vyhodnoceno jako vyhořelých v této škále 42,25 % (N=79). Nejvyšší průměr v této škále dosáhl soubor z ČR: byly zjištěny signifikantní rozdíly mezi ČR a ostatními zeměmi ($p < 0,001$). Pro zjištění rozdílu mezi zeměmi v četnosti kategorie vyhoření/nevyhoření, nebyly ve škále vyhoření související s pacientem zjištěny žádné statisticky významné rozdíly ($\chi^2 = 0,70; p = 0,87$).

Dále jsme se zaměřili na prediktory syndromu vyhoření v celém souboru respondentů. **Proměnné demografické:** věk (čím nižší hodnota, tím vyšší předpoklad k syndromu vyhoření) ($\beta = -0,14, t = -4,94, p < 0,001$) a pohlaví (pokud je respondent žena predikuje tato skutečnost syndrom vyhoření) ($\beta = -0,1, t = 3,54, p < 0,001$) mohou z 3 % predikovat syndrom vyhoření měřený CBI. Proměnná sociální status nepredikuje syndrom vyhoření. **Proměnné zdravotní stav:** průměr dnů nemoci za rok (čím vyšší hodnota, tím větší předpoklad k syndromu vyhoření) ($\beta = 0,11, t = 4,04, p < 0,001$), užívání léků proti bolesti (čím vyšší hodnota užívání léků, tím vyšší předpoklad k syndromu vyhoření) ($\beta = 0,07, t = 2,63, p < 0,008$), problémy se spánkem (čím vyšší hodnota problémů, tím vyšší předpoklady k syndromu vyhoření) ($\beta = 0,31, t = 11,33, p < 0,001$), kouření (v případě, že respondent nekouří, sníží se jeho předpoklad k syndromu vyhoření) ($\beta = -0,12, t = -4,24,63, p < 0,001$), sport a kouření (v případě, že respondent kouří a nesportuje zvýší se jeho předpoklad k syndromu vyhoření) ($\beta = 0,15, t = 5,47, p < 0,001$), mohou ze 42 % predikovat syndrom vyhoření měřený CBI. Proměnná alkohol nepredikuje syndrom vyhoření. **Proměnné spojené s pracovním výkonem zdravotní sestry:** délka vzdělání v letech (čím vyšší hodnota, tím vyšší sklon k syndromu vyhoření) ($\beta = 0,148, t = 2,447, p < 0,01$). Proměnná kategorie vzdělání (dosažené vzdělání střední škola znamená, že existuje nižší předpoklad k syndromu vyhoření) ($\beta = -0,07, t = -2,45, p < 0,01$). Proměnná pracovní zařazení všeobecná sestra zvyšuje předpoklad k syndromu vyhoření ($\beta = 0,13, t = 2,74, p < 0,006$). Proměnná změna profese/NE sníží se předpoklad k syndromu vyhoření ($\beta = -0,34, t = -6,9, p < 0,001$). Na základě zjištěných výsledků výzkumu lze říci, že proměnné mohou z 20 % predikovat syndrom vyhoření, měřený pomocí CBI. Prediktory pro jednotlivé země (demografické proměnné, zdravotní stav a proměnné spojené s pracovním výkonem zdravotní sestry) zde neuvádíme, budou zpracovány jinde.

V celém souboru byla reliabilita CBI pro všechny soubory vysoká (Cronbachovo alfa $\alpha = 0,913$, česká verze $\alpha = 0,911$, španělská verze v souboru z Kostariky $\alpha = 0,925$, španělská jazyková verze v souboru ze Španělska $\alpha = 0,913$ a anglická jazyková verze v souboru z USA $\alpha = 0,916$).



Graf č.1. Průměr CBI v jednotlivých souborech

Diskuse

V našem výzkumu jsme se pokusili zjistit rozdíly mezi mírou a prevalencí syndromu vyhoření v mezinárodním kontextu měřeného metodou CBI. Hodnocení výsledků metod, měřících psychometricky míru vyhoření, které by používaly všeobecný cut off v mezinárodním kontextu jsou kritizovány (Schaufeli a Van Dierendonck, 1995). My jsme proto hodnotili výsledky podle individuálních průměrů CBI v každé zemi. Na základě výsledků měl sice soubor z ČR signifikantně nejvyšší průměrnou hodnotu vyhoření měřenou CBI, ale ve všech souborech polovina zdravotnického personálu byla ohrožena syndromem vyhoření. Pro zjištění rozdílu mezi zeměmi v kategorii vyhoření/nevyhoření v celkové škále CBI, ve škále osobního vyhoření a ve škále vyhoření související s pacientem nebyly zjištěny žádné statisticky významné rozdíly procentuální četnosti vyhořelých/nevyhořelých respondentů. Ve škále pracovní vyhoření byly zjištěny statisticky významné rozdíly, kdy v souboru z ČR byl počet vyhořelých respondentů nejvyšší: tento výsledek poukazuje na alarmující skutečnost, že syndrom vyhoření souvisí s pracovním výkonem povolání. Na základě našich zjištění se lze domnívat, že by v mezinárodním kontextu neměl ovlivňovat míru vyhoření. Při porovnávání výsledků jsme také zjistili, že průměry v jednotlivých škálách a v celkovém skóre CBI jsou v našem mezinárodním souboru podstatně vyšší než v zahraničním evropském výzkumu PUMA (Kristensen, 2005) a zároveň jsou porovnatelné s pozdějším zahraničním výzkumem Chou et al. (2014), včetně totožných prediktorů, které mohou být použity pro preventivní strategie.

Závěr

Přínosem naší práce je potvrzení podobné prevalence ohrožení syndromem vyhoření v mezinárodním kontextu a jeho prediktory demografické, proměnné zdravotní stav a proměnné spojené s pracovním výkonem sestry. S ohledem na realizovanou studii je nezbytné, aby ČR pokračovala v diagnostice a prevenci syndromu vyhoření. Ošetřující personál by měl být informován a vychováván k tomu, aby dokázal rozlišit počínající syndrom vyhoření. Jistě by bylo přínosné vytvořit vhodný systém prevence. Výsledky zjištění v naší práci platí pouze pro náš soubor a nelze je generalizovat na celou populaci zdravotních sester všech čtyřech zemí, jejichž zástupci se výzkumu zúčastnili.

Literatura

CHOU LP, LI CHY a HU SC. Job stress and burnout in hospital employees: comparisons of different medical professions in a regional hospital in Taiwan. *BMJ Open*. 2014, 4(2)

Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5tm. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2013.

KRISTENSEN TS., BORRITZ M, VILLADSEN E a CHRISTENSEN KB. The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*. 2005, 19(3), 192-207

MCHUGH MD, KUTNEY-LEE A, CIMIOTTI JP, SLOANE DM a AIKEN LH. Nurses' Widespread Job Dissatisfaction, Burnout, And Frustration With Health Benefits Signal Problems For Patient Care. *Health Affairs*. 2011, 30(2), 202-210

[Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 \(ICD-10\)](#), [Světová zdravotnická organizace \(WHO\)](#), [Psychiatrické centrum Praha](#), 2. vydání. 2000

MILLER-Keane. *Encyclopedia and Dictionary of Medicine, Nursing, and Allied Health*, Seventh Edition. S.v. "burnout." Retrieved January 27 2019

Schaufeli, W. B., Van Dierendonck, D. (1995). A cautionary note about the cross-national and clinical validity of cut-off points for the Maslach Burnout Inventory. *Psychological Reports*, 76 , 1083–1090.

WEBER, A. a A. Jaekel-Reinhard. Burnout Syndrome: A Disease of Modern Societies? Occupational Medicine. 2000, 50(7), 512-517

Korespondence:

PhDr. Alena Javůrková, Ph.D.

Ústav ošetrovatelství 2. LF UK a FN Motol

V Úvalu 84

150 06 Praha 5 - Motol

Email: alena.javurkova@fnmotol.cz

ADAPTAČNÝ MECHANIZMUS, MENTORSTVO, ALEBO JA SI PAMÄTÄM NÄSTUPNÜ PRAX...

Alena Uričková

NOVAPHARM s.r.o., Bratislava

Súhrn: Každý začiatok je ťažký. Adaptácia v spojení ošetrovateľskej praxe predstavuje veľmi zložitú a obsiahlu problematiku. Bedrnová a kol.(2012) popisujú, že adaptácia je ovplyvnená konkrétnymi podmienkami v organizácii a informáciami, ktoré sú zamestnancovi poskytnuté už pred nástupom do pracovného pomeru. Mnohí autori poukazujú na fakt, že kvalitne zaškolený personál lepšie zvláda stres, napätie a záťaž na pracovisku (Rieder, 2012). Skúsenosť so vstupom sestry do ošetrovateľskej praxe ovplyvňuje vnímanie odborných zručností a môže negatívne ovplyvniť ďalšie profesionálne smerovanie a odchod z profesie sestry. Príspevok sa zaoberá procesom adaptácie sestier na pracovisku. Prezентuje faktory ovplyvňujúce adaptačný proces. Zdravotníctvo sa momentálne nachádza v personálnej kríze. Sestier ubúda, kvalitní zdravotníci odchádzajú do zahraničia za lepším zárobkom. Z dlhoročného pohľadu je to neudržateľná situácia, ktorá si vyžaduje komplexné riešenie. Nedostatok pracovníkov môže spôsobovať, že nie je dostatočný priestor na dobre vedený adaptačný proces nových zamestnancov. Tento fakt znamená reálne riziko, nielen pre zdravotnícke zariadenia, ale aj pre pacientov.

Kľúčové slová: *Adaptačný proces – Ošetrovateľstvo – Mentor – Sestra – Adaptačný plán.*

ADAPTING MECHANISM, MENTORITY, OR I REMEMBER THE DISTRIBUTION PRACTICE...

Summary: Every beginning is difficult. Adaptation in the combination of nursing practice is a very complex and comprehensive issues. Bedrnová et al (2012) describe that adaptation is influenced by the specific conditions in the organization and the information that is provided to the employee before entering employment. Many authors point out that well-trained staff are better able to manage stress, tension and workload (Rieder, 2012). The experience of entering a nurse in nursing practice affects the perception of professional skills and may negatively affect further professional direction and leaving the nurse profession. The paper deals with the process of nurses adaptation in the workplace. It presents factors influencing the adaptation process. Health care is currently in a personal crisis. The nurses are dwindling, health professionals go abroad for better earnings. From a long-term perspective, this is an unsustainable situation that requires a comprehensive solution. Lack of staff can make it insufficient for a well-run adaptation process of new employees. This fact means real risk, not only for healthcare facilities, but also for patients.

Key words: *Adaptation process - Nursing - Mentor - Nurse - Adaptation plan.*

Literatúra:

AMSTRONG, M.,TAYLOR, S. (2015) *Řízení lidských zdrojů:moderní pojetí a postupy*. 13.vyd. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-247-9883-7.

BEDRNOVÁ, E., JAROŠOVÁ, E., NOVÝ, I. a kol. (2012) *Psychologie a sociologie řízení*. 1. vyd. Praha: Management Press s. r. o., 2012. ISBN 978-80-7261-239-0.

RIEDERA, K., FAEDIB, J., ELKEC, R. (2012) Work stressors and resources in a Swiss orthopaedic clinic and their relationship with employees' health and the patient orientation of employees. *In Swiss Med Wkly*. 2012;142:w13532. DOI: <https://doi.org/10.4414/smw.2012.13532>

ŠPIRUDOVÁ, L. (2015) *Doprovázení v ošetrovateľství II doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5711-7.

ZÍTKOVÁ, M, POKORNÁ, A., MIČUDOVÁ, E. (2015) *Vedení nových pracovníků v ošetrovateľskej praxi: pro staniční a vrchní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-9756-4.

Kontakt:

PhDr. Alena Uríčková, PhD.

NOVAPHARM s.r.o.,

Šancová 110, Trnavské Mýto,

831 04 Bratislava

Email: urickova.alena@procare.sk

ADAPTAČNÍ PROCES PERIOPERAČNÍCH SESTER

Mgr. Kateřina Chvojková, Mgr. Pavla Kordulová
Ústav teorie a praxe ošetrovatelství, 1. Lékařská fakulta, Univerzita Karlova

Souhrn: Adaptační proces poskytuje nově nastupujícím perioperačním sestřám možnost přizpůsobit se a začlenit do zvoleného prostředí. Jeho cílem je připravit nové sestry na podmínky, v nichž budou pracovat, a dát stimul k tomu, aby se na vybraném pracovišti úspěšně zorientovaly. Je tedy vhodné nastavit plán adaptačního procesu tak, aby ho sestry mohly zvládnout a nebyl jednou z příčin odchodu sester z profese. Cílem literárního přehledu bylo vyhledat výzkumné studie zaměřené na adaptační proces u perioperačních sester a následně analyzovat použité nástroje s ohledem na jejich reliabilitu.

Klíčová slova: *adaptační proces, ošetrovatelství, sestra absolventka, perioperační sestra, programy adaptačního procesu, mentoring*

ADAPATION PROCESS IN PERIOPERATIVE NURSES

Summary: The orientation period (adaptation process) allows the newly graduated operating room nurses (perioperative nurses) to adapt in their new environment. Its goal is to prepare new nurses well for the conditions in which they will be working. Therefore, it is beneficial to plan the orientation period so that the nurses can follow it and so it does not contribute to their early exit from the profession. The goal of the literature review was to find research articles describing the orientation period in operating room nurses; and consequently, to analyze the used tools regarding their reliability.

Key words: *adaptation process, nursing, graduate nurse, perioperative nurse, programs for adaptation process, mentoring*

Úvod

Adaptace znamená proces přizpůsobení se zaměstnanec do prostředí pracovního a sociálního. Současně i zapojení pracovníka do pracovního procesu v podobě výkonu činnosti (Žufan, 2012). Význam procesu adaptace je dle Vajnera motivační, informační, sociální, kontrolní psychohygienický, rozvojový, sebereflexní a rekapitulační (Vajner, 2007). Němec uvádí, že adaptace pracovníků má jednak složku formální, tak neformální. Formální adaptace probíhá pod vedením manažera a personalisty přesně a systematicky dle adaptačně – vzdělávacího programu, naproti neformální adaptaci, která je spontánní a pracovník je pod vlivem svých spolupracovníků (Němec et al., 2008). Adaptační proces se skládá ze třech fází – základní, všeobecné a odborné. V základní fázi trvající jeden až dva dny je pracovník seznámen s nemocnicí, harmonogramem práce a provozním řádem, posláním a vizí, dále s bezpečnostními předpisy a řády a náplní jeho práce. Cílem všeobecné části s délkou až šesti týdnů je, že si pracovník osvojí požadované všeobecné informace a činnosti, které budou náplní jeho práce. Ve fázi odborné se pracovník seznamuje s novým pracovištěm a probíhá ověřování jeho dovedností a znalostí. Tato fáze může trvat i několik měsíců (Plevová, 2012). Odborné začlenění probíhá pod vedením manažera nebo školitele jednak na pracovišti při výkonu práce (instruktáž, asistence, pověření výkonem) tak i mimo pracoviště – přednáška, seminář (Němec et al., 2008). Mezi hlavní body adaptačního programu, které jsou v kompetenci personalisty, patří kontakt s pracovníkem před nástupem do organizace, předání informačních materiálů (informace o organizaci včetně její kultury) a kontrola průběhu adaptačního procesu. V kompetenci přímého nadřízeného je vypracování a realizace adaptačního plánu, zajištění školitele/mentora, vstupní rozhovor mezi nadřízeným a zaměstnancem, seznámení se spolupracovníky, ověření průběhu a vyhodnocení průběhu adaptace s následnými personálními kroky (Barták, 2011). Dokumentace adaptačního

procesu by měla obsahovat body týkající se charakteristiky instituce (historie, vedení a organizační struktury), pracovní podmínky (pracovní doba, dovolená, mzdové/platové tarify, benefity, stravování, cestovné), práva a povinnosti (zaměstnanců, práva manažerů), hlášení absence, pravidla chování v instituci, postupy disciplinární a při stížnostech, seznámení s kolektivní smlouvou, BOZP, možnost dalšího vzdělávání, program péče o zaměstnance (sociální, rekreační a společenské aktivity), pravidla pro telefonování, korespondenci, používání internetu a e-mailu (Mládková et al., 2009). Baxterová uvádí, že délka adaptace pracovníka závisí na jeho vlastnostech, znalostech, dovednostech a schopnostech a délce předchozího zaměstnání a okolnostech odchodu. Obecně platí, že čím je vykonávaná práce složitější, tím se délka adaptace prodlužuje z obvyklých třech až čtyřech měsíců na dobu delší. Doporučená délka orientace pohybuje v rozmezí od 8 týdnů do 18 měsíců. Během této doby sestra absolventka získá schopnost odborného a **kritického myšlení**, pocit sounáležitosti, buduje si důvěru a začne se sociálně integrovat (Baxter, 2010). Nejintenzivněji prožívají adaptační proces nově nastupující sestry v prvních měsících praxe. Výsledkem může být pocit dezorientace, pochybnosti, tranzitorní šok je prožíván nejen v rovině emoční, ale i fyzické, sociokulturní či emoční. Přispívá k němu podle téhož zdroje mnoho faktorů, k nimž patří např. nedostatek vhodné podpory (profesní i emoční) ze strany kolegů, nedostatek praktických dovedností a sebedůvěry v této oblasti, nejistota v oblasti komunikace s kolegy, ale i nerealistická očekávání vůči začínající sestře ze strany kolegů, nicméně tato nerealistická očekávání mají i samy sestry. Jako problematický se jeví též přístup zkušených sester, s četnými prvky dominance, kdy začínající sestra ve spolupráci s nimi pozbývá zbytek již tak nízké profesní sebedůvěry (Duscher, 2009). Zkušenosti začínajících sester jsou tak zcela zahrnující jejich kapacitu a zdroje. To, co sestry zažívají při nástupu do praxe, bývá podle Duscherové nejčastěji vyjadřováno jako hození do vody a následné topení se v nepředstavitelné hloubce, a to zejména v prvních dvou měsících po nástupu do praxe. Je tedy zapotřebí sestry již během studia připravovat na vstup do nové role, okolnosti, které začátek profesního působení provází, neméně důležitá je však i podpora během adaptačního procesu, zahrnující pravidelnou a častou odpovídající zpětnou vazbu, stabilní a vstřícné prostředí, které umožní sestřám využít své znalosti a rozvíjet je dle potřeb ošetrovatelské praxe (Duchscher, 2009).

Cíl práce

Cílem literárního přehledu bylo vyhledat výzkumné studie zaměřené na adaptační proces u perioperačních sester a následně analyzovat použité nástroje s ohledem na jejich reliabilitu.

Metodika

Při vyhledávání relevantních dokumentů byly využity elektronické databáze Ebsco, PubMed a Medline, v časovém období od 1998-2019. V databázích byly použity klíčová slova: adaptation process, nursing, graduate nurse, perioperative nurse, mentoring, questionnaire. Rešerše probíhala také v legislativních předpisech a knižních dokumentech pomocí vyhledavače Google.

Výsledky

Caseyová provedla studii s 270 respondenty, jejímž záměrem bylo identifikovat stresové faktory a problémy sester absolventek pracujících v šesti nemocnicích akutní péče v určitých obdobích: při vstupu do zaměstnání, 3 měsíce, 6 měsíců a 12 měsíců od začátku praxe. Pomocí nástroje **The Casey-Fink Graduate Nurse Experience Survey** byly zjišťovány dovednosti, úroveň důvěry ve svou novou roli, podpora ze strany organizace, pracovní prostředí a pracovní spokojenost. V oblasti důvěry ve své schopnosti respondenti uváděli jako hlavní problém komunikaci s lékaři, delegování práce na pomocné pracovníky a organizaci práce, 37 % respondentů se necítilo dobře v péči o umírající pacienty, 99 % respondentů nedělala problém komunikace s pacienty a jejich rodinnými příslušníky, nicméně 47 % respondentů uvedlo, že zažívali stres v jejich osobním životě, po 1 roce praxe již sestry

nepovažovaly problémy za tak významné. Pouze 40 % respondentů bylo spokojeno se svým platem, 70 % pozitivně hodnotilo zaměstnanecké benefity. Velká míra respondentů uvedla nespokojenost s pracovním prostředím spolu s vnímaným nedostatkem možností profesního rozvoje (Casey et al., 2004). Rushová identifikovala ve svém review osvědčené postupy formálních tranzitorních programů pro sestry absolventky. Studie zkoumala podle čtyř hlavních kritérií jako je vzdělávání – pregraduální a praktický výcvik ve zdravotnickém zařízení, podpora a spokojenost, kompetence a kritické myšlení, pracovní prostředí. Jedna ze zkoumaných studií, které se zúčastnily zdravotnické instituce a noví absolventi zjistila, že ošetrovatelské programy obsahují stejné vzdělávací prvky napříč obory. Mezi společné vzdělávací prvky řadí informační technologie, praxi založenou na důkazech, kritické myšlení a obsah studia zaměřený na specifickou péči např. perioperační, intenzivní apod. Dále ve svém článku Rushová uvádí **význam mentorů pro nové sestry**. Absolventi se často potýkají s vysokou mírou stresu a nízkou úrovní pracovní spokojenosti v období prvních šest až devět měsíců po přijetí do zaměstnání. **Existují důkazy o tom, že nedostatek důvěry může negativně dopadat na kritické myšlení.** Pro manažery ošetrovatelství je důležité podporovat takové prostředí prostřednictvím vztahu založeného na spolupráci se všemi členy ošetrovatelského týmu. Absolventi dále uvádějí nedostatek přijetí a respektu ze strany zkušených sester, zejména k jejich potřebě rozvoje dovedností v time managementu (Rusch et al., 2013). Persaudová popisuje také velký vliv mentora na zdárný adaptační proces perioperačních sester. **Association of Perioperative Registered Nurses (AORN)** vytvořila základní vzdělávací kurikulum pro perioperační sestry v adaptačním procesu. Na základě výsledků z roku 2005 zůstalo pouze 44 % sester po absolvování adaptačního procesu. Díky výsledkům byla vytvořena strategie působení mentora. V roce 2006 byla naplánována programová schůzka týkající se mentorů pro perioperační sestry. Každý účastník obdržel programovou složku s podrobným popisem mentorství včetně očekávání výboru, jaký vztah mentoringu má být přínosem pro nové sestry. Mentori podepsali smlouvu, která potvrdila závazek dodržovat program. Později měli informovat výbor o pokrocích nových sester. V roce 2007 proběhlo průzkumné šetření, které jednoznačně potvrdilo přínos mentora pro nové zaměstnance, kteří zůstali pracovat na operačním sále. Nově adaptované sestry projeví zájem o funkci mentora v budoucnu. Za nejdůležitější faktory respondenti považovali kvalitní vzdělávací a orientační programy a podporu ze strany zdravotnických institucí a sester na pracovišti. Dále poukazovali na pozitivní vliv mentoringu trvající 6–9 měsíců, který jim usnadnil přechod do praxe a zvýšil jejich pracovní spokojenost a úmysl zůstat na pracovišti (Persaud, 2008). Wattová provedla průzkumné šetření, kterého se zúčastnily absolventky bakalářského studia ošetrovatelství rok po jeho ukončení. Cílem studie bylo zjistit jejich vnímání připravenosti pro praxi. Dotazováno bylo deset všeobecných sester ve stejné nemocnici, ve které absolvovaly klinickou praxi v rámci studia. Výsledky ukazují, že nejčastěji hlášeným faktorem, který přispívá k připravenosti sester, je kvalita vysokoškolského studia. Dalším důležitým faktorem je práce po boku přiděleného mentora a účast studentů na všech aktivitách spojených s oddělením, kde praxi vykonávají, aby mohly rozvíjet své znalosti a dovednosti a stát se členem ošetrovatelského týmu (Watt et al., 2013). Jako nejvýznamnější faktor mající vliv na adaptaci začínající sestry v zaměstnání, se jeví interpersonální vztahy na pracovišti. Z šetření realizovaného v roce 2012 ve Fakultní nemocnici Brno na vzorku 234 pracovníků, kteří v minulosti absolvovali adaptační proces a v době šetření na své pozici působili 1-3 roky, vyplynulo, že mezi podpůrné faktory adaptačního procesu patří kromě přátelského pracovního kolektivu také osobnost zaškolující sestry, pracovní klima, technické a materiální vybavení pracoviště, osobnost vedoucí sestry, pracovní podmínky a sociální vybavenost a odpovídající finanční ohodnocení. Naopak mezi faktory, které tyto respondenti hodnotili jako největší překážku adaptačního procesu, byl řazen strach z nezvládnutí vysoce odborné činnosti, nedostatečné mzdové ohodnocení, časová náročnost služeb, komunikace a spolupráce s lékaři, dosud neznámá práce s těžce nemocnými, nedostatek pomocného personálu, pracovní klima, obtížná spolupráce s vedoucími pracovníky a komunikace a spolupráce s ošetrovatelským personálem (Zítková et al., 2015). V roce 2012 došlo k úpravě **EORNA Common Core Curriculum for Perioperative Nursing**. Spolu s předpisy EORNA tento dokument může pomoci při budování perioperačních vzdělávacích a rozvojových programů. Jedním z klíčových cílů EORNA je podporovat vzdělávání a minimální standard ve všech členských zemích. Vzdělávání perioperačních sester má být určeno sestrám absolventkám,

kteří nemají zkušenosti na operačním sále. Kurikulum blíže definuje osnovy pro plánování studijního programu, filozofii evropských společných základních osnov, modelový příklad EORNY v perioperační péči. Současně i základní osnovy jako jsou kompetence uvedené v pěti zásadních bodech: Profesionální, právní a etické praxe; Ošetrovatelské péče a perioperační praxe; Mezilidské vztahy a komunikace; Organizační, řídicí a vůdčí schopnosti; Vzdělávání, profesní vývoj a výzkum. Dále uvádí pokyny k hodnocení, k činnosti školitele a tvorbě plánu (Eorna Common Core Curriculum for perioperative nursing, 2012).

Závěr

Cílem práce bylo sumarizovat výzkumné studie zaměřené na adaptační proces u perioperačních sester. V zahraničí existují rozsáhlé programy na podporu adaptačního procesu u sester absolventek a hlavním záměrem je stabilizace těchto sester ve zdravotnickém zařízení, do kterého nastoupily po absolvování školy. Adaptační proces by měl být založen na dobrém vztahu mezi nově nastupující sestrou a školitelem, což považují sestry za zásadní. Dobrý kolektiv spolupracovníků podporuje pozitivní vnímání adaptačního procesu a měl by se podílet na tom, aby se nová sestra zadaptovala co nejlépe a byla plnohodnotným členem ošetrovatelského týmu. V zahraničí doporučují finanční odměny pro mentory za vedení a vzdělávání nových sester, což by mohlo vést k motivaci vykonávat tuto zodpovědnou funkci. Tento návrh by mohl být aplikován i do českých podmínek. Pro vyhodnocení výkonu v průběhu adaptačního procesu perioperačních sester je důležitá zpětná vazba od kolegů a školitelů, ale hodnocení pomocí specifických nástrojů v České republice vyvinuto není. V současnosti je adaptační proces pro zdravotnická zařízení spíše formální metodikou, ale přijde doba, kdy se stane důležitým ekonomickým aspektem, jak je tomu v zahraničí.

Seznam bibliografických odkazů

- BARTÁK, J. (2011) *Personální řízení, současnost a trendy*. Praha: Univerzita Jana Ámose Komenského, 2011. 272 s. ISBN 978-80-7452-020-4
- BAXTER P. E. (2010) Providing orientation programs to new graduate nurses: points to consider. *In Journal for Nurses in staff development: Jnsd: Official Journal of The National Nursing staff development organization*, 2010, roč. 26, č. 4, s. E12 – E17. ISSN 1098-7886
- CASEY, K. et al. (2004) The graduate nurse experience. *In The Journal Of nursing Administration*, 2004, roč. 34, č. 6, s.303-311. ISSN 0002-0443
- DUCHSCHER, J. E. B. (2009) Transition shock: the initial stage of role adaptation for newly graduated Registered Nurses. *In Journal of Advanced Nursing*, 2009, roč. 65, č.5, s. 1103-1113. ISSN 0309-2402
- KENAKKALA, A. et al. (2012) *Eorna common core curriculum for perioperative nursing* [online]. 2012. [cit.2019-03-31]. Dostupné na internetu: <https://eorna.eu/wp-content/uploads/2018/11/core.pdf>
- MLÁDKOVÁ, L. et al. (2009) *Management*. Plzeň: Aleš Čeněk, 2009. 273 s. ISBN 978-80-87500-26-2
- PLEVOVÁ, I. et al. (2012) *Management v ošetrovatelství*. Praha:Grada Publishing, 2012. 304 s. ISBN 978-80-247-3871-0
- PERSAUD, D. (2008) Mentoring the new graduate perioperative nurse: a valuable retention strategy. *In Aorn Journal*, 2008, roč. 87, č. 6. s. 1173-1179. [cit.2019-03-31]. ISSN 0001-2092
- RUSCH, K. L. et al. (2013) Best practices of formal new graduate nurse transition programs: An integrative review. *In Internation Journal of Nursing Studies* ,2013, roč. 50, č. 3, s.345-356. ISSN 0020-7489
- NĚMEC, O. et al. (2008) *Personální management*. Praha: Vysoká škola ekonomie a managementu, 2008. 369 s. ISBN 978-80-86730-31-8

VAJNER, L. (2007) *Výběr pracovníků do týmu*. Praha: Grada Publishing, 2007. 112 s. ISBN 978-80-247-1739-5

WATT, E. et al. (2013) An exploration of graduate nurses' perceptions of their preparedness for practice after undertaking the final year of their bachelor of nursing degree in a university-based clinical school of nursing. *In International Journal Of Nursing Practice*, 2013, roč. 19. č. 1, s. 23-30. ISSN 1440-172X

ZÍTKOVÁ, M. et al. (2015) *Vedení nových pracovníků v ošetrovatelské praxi: pro staniční a vrchní sestry*. Praha: Grada, 2015. 165 s. ISBN 978-80-247-5094-1

ŽUFAN, J. (2012) *Moderní personalistika ve službách*. Praha: Wolters Kluwer, 2012. 164 s. ISBN 978-80-7357-947-0

Korespondence:

Mgr. Kateřina Chvojková

Ústav teorie a praxe ošetrovatelství

1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy

Albertov 7

128 00 Praha 2

Email: katerina.chvojkova@lf1.cuni.cz

VYUŽITIE MODERNÝCH INFORMAČNÝCH TECHNOLOGIÍ V OŠETROVATEĽSTVE

Martina Lásková

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Detašované pracovisko bl. Sáro Salkaházi
Rožňava
Nemocnica s poliklinikou Štefana Kukuru, Michalovce, a. s.

Súhrn: Rozvoj ošetrovateľstva priniesol aj prienik moderných informačných technológií do práce sestier. V „Nemocnici novej generácie“ v Michalovciach majú sestry možnosť pri svojej práci využívať jedinečné technologické postupy a prednosti unikátneho informačného systému, ako je identifikácia pacientov pomocou čítačiek 2D kódov na identifikačných náramkoch pacienta a identifikačných kartách zamestnancov, komunikačný systém sestra-pacient, podávanie liekov pripravených v centrálnej prípravovni liekov, kontrola informačného systému pri podávaní transfúzií, alebo proces prenosu údajov monitorovania vitálnych funkcií pacienta do zdravotnej dokumentácie pomocou wifi ako súčasť systému včasného varovania (EWS). Michalovská nemocnica je najnovšou nemocnicou na Slovensku a všetky tieto technológie, zaviedla do používania v priebehu 18 mesiacov svojho fungovania. Neustále implementuje do práce sestier množstvo ďalších procesov, čím významne prispieva k zvyšovaniu úrovne a kvality ošetrovateľstva na Slovensku.

Kľúčové slová: Ošetrovateľstvo. Informačné technológie. Centrálna prípravovňa liekov. 2D kódy.

UTILIZATION OF MODERN INFORMATION TECHNOLOGIES IN NURSING PROFESSION

Summary: Development of nursing has also brought introduction of modern information technologies into nurse work. In "The Hospital of a New Generation" in Michalovce, nurses at their work have a possibility to utilize unique technological processes and benefits of a unique information system allowing patient identification using a reader of 2D codes placed on patients' identification wristbands and employees' identification cards, a nurse-patient communication system, administration of medication prepared in the central medication preparation room, control of information system when administering transfusion, or the process of transferring data on monitoring of a patient's vital signs into the medical documentation using Wi-Fi as a part of the Early Warning System (EWS). The Michalovce hospital is a newest hospital in Slovakia, and all these technologies have been implemented in the course of 18 months of its functioning. The hospital is constantly implementing a plenty of other processes into the nurse work what significantly contributes to the rise of level and quality of nursing in Slovakia.

Key words: Nursing. Information technologies. Central medication preparation room. 2D codes.

Úvod

Modernizácia a technologizácia sa v súčasnosti prejavuje v každom odvetví ľudskej činnosti. Pribúdajú nové postupy, pomôcky a stratégie, informácie sú vzájomne odovzdávané a zdieľané úplne inými formami a rýchlosťou ako pred desiatimi rokmi. Výnimkou nie je ani medicína a ošetrovateľstvo. Ako píše Krška (2011), technika v zdravotníctve, predovšetkým v odboroch, ktoré využívajú prístrojovú techniku a technológie, sa v posledných rokoch zásadne zmenili: v niektorých odboroch dochádza k striedaniu a priebežnej obmene technických pomôcok a technológií, ktoré sú používané denne a v niektorých odboroch dochádza k zavedeniu úplne nových, doposiaľ nepoužívaných a neznámych technológií, ktoré sú stále vo vývoji. Tieto zmeny sa zákonite dotýkajú aj personálu v nemocniciach, ktorý sa im musí prispôbiť a dokázať ich aplikovať pri svojej každodennej práci. Pacient má pocítiť prílev zmien do zdravotníctva a jeho rozvoj, ale iba z pohľadu zvyšovania jeho bezpečnosti, pohodlia a spokojnosti a nie z pohľadu tlaku z ich zavádzania na

zdravotnícky personál. Za nemocnicu, ktorá na Slovensku za posledný rok zaviedla do používania najviac inovácií v medicínskych a ošetrovateľských procesoch možno s určitosťou označiť Nemocnicu s poliklinikou Štefana Kukuru v Michalovciach. Nemocnica funguje v novej modernej budove a jej súčasťou sú okrem iného centrálna prípravovňa liekov, moderné operačné sály a pôrodné izby, nadštandardne vybavené izby pre pacientov aj priestory pre personál. Poskytovanie zdravotnej starostlivosti v nemocnici pomáhajú zabezpečovať mnohé novinky v oblasti informačných technológií a moderný nemocničný informačný systém. Aj vďaka týmto inováciám bola nemocnica v decembri 2017 verejnosti predstavená ako „Nemocnica novej generácie“.

Informačný systém

Zavedenie špecifických procesov v akomkoľvek prostredí vyžaduje zmeny v zaužívaných pracovných činnostiach a návykoch. Na zmeny ale musia reagovať aj informačné systémy, ktoré sú ku každodennej práci dnes už nevyhnutné. Informačný systém fungujúci v michalovskej nemocnici pracuje so systémom plávajúcich lôžok (dokáže zabezpečovať bedmanažment v rámci celej nemocnice), identifikuje a označuje pacientov pomocou čiarových kódov, dokáže vykonávať zápisy do zdravotnej dokumentácie na základe načítania čiarového kódu zamestnanca a to aj prostredníctvom wifi. Systém čiarových kódov je využívaný aj pri logistických činnostiach, pri zásobovaní, objednávaní špeciálneho zdravotníckeho materiálu, pri jeho uskladnení (systémom Kanban) a pod.

Nemocničný informačný systém v michalovskej nemocnici priniesol mnohé novinky aj do oblasti ošetrovateľskej starostlivosti a ošetrovateľského procesu, predovšetkým v oblasti identifikácie pacienta, vyhľadávania rizikových pacientov, či podávania liekov. Jednou z kľúčových otázok práce sestier je potreba výrazne zjednodušiť a zefektívniť oblasť dokumentovania poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti. Pri vstupnom posúdení pacienta sestrou je v tomto informačnom systéme zostava otázok upravená tak, že po vyplnení elektronického dotazníka sestrou (vstupný záznam pre jednotlivé pracoviská určený legislatívou) informačný systém automaticky vygeneruje hodnotenie pacienta v oblasti sebestačnosti, nutričného rizika, rizika pádu a dekubitov a uľahčuje sestre správne stanoviť sesterské diagnózy. Plán ošetrovateľskej starostlivosti, ktorý sestra následne vypracuje jej umožňuje elektronicky zadefinovať do systému jednotlivé intervencie na požadovaný čas a v intervaloch, aké si individualizovaná starostlivosť o pacienta vyžaduje. Záznam vykonania plánovaných intervencií, teda poskytnutia zdravotnej starostlivosti potom vykoná jednoduchým potvrdením nadefinovaných možností v informačnom systéme (systém podobný potvrdeniu podanej preskribovanej liečby, ktorý je v nemocničných informačných systémoch už samozrejmosťou). Odpadá teda potreba zdĺhavého manuálneho zápisu do zdravotnej dokumentácie. Macková a Zelníková (2012, str. 397) uvádzajú, že používanie štandardizovanej ošetrovateľskej terminológie v klinickej praxi môže uľahčiť prácu s elektronickou dokumentáciou. Informačný systém michalovskej nemocnice umožňuje sestram pri práci s dokumentáciou používať vopred zadefinované texty, ktoré je možné pred vykonaním zápisu do informačného systému (resp. do zdravotnej dokumentácie) editovať podľa aktuálneho stavu a potrieb pacienta. Štandardizácia ošetrovateľskej terminológie navyše uľahčuje komunikáciu medzi jednotlivými pracoviskami. Marx (2015) poukazuje, že podľa zahraničných systémov, ktoré dlhodobo sledujú výskyt rizík pri poskytovaní zdravotnej, je najčastejšou príčinou poškodenia pacientov zdravotnou starostlivosťou nesprávna či neexistujúca komunikácia medzi jednotlivými osobami, ktoré sa o pacienta starajú (neúplné či nesprávne odovzdanie informácií a pod.).

Identifikácia pacientov

V nemocnici trvale prebieha veľké množstvo rozličných dejov, ktoré sa priamo či nepriamo dotýkajú procesu poskytovania starostlivosti pacientom. Prakticky všetky deje tak ovplyvňujú kvalitu tejto starostlivosti a môžu byť príčinou ohrozenia bezpečnosti pacienta (JCI, 2004). Jednou zo základných požiadaviek správne fungujúceho procesu liečby pacienta je tzv. pozitívna identifikácia pacienta

a jeho biologického materiálu. Zahŕňa rôzne druhy verifikačných postupov, ktorých cieľom je zníženie chybovosti. K identifikácii pacienta prostredníctvom otázky na jeho meno a priezvisko v dnešnej dobe pribudli rôzne druhy identifikačných náramkov. Identifikačné náramky používané v michalovskej nemocnici obsahujú okrem základných osobných údajov (meno, priezvisko, rodné číslo) aj 2D čiarový kód. Identifikačný náramok dostane každý pacient prijatý na hospitalizáciu, resp. novorodenec ihneď po narodení. Načítanie 2D kódu pred akýmkoľvek vyšetrením, invazívnym výkonom, podaním liečby, či transfúzneho lieku zabezpečuje kontrolu medicínskych a ošetrovateľských procesov a je výraznou pomocou v prevencii zámeny pacienta.



Načítanie identifikačných údajov z identifikačného náramku zdroj: archív NsP Michalovce, a. s.

Komunikačný systém pacienta

Tento systém umožňuje komunikáciu medzi pacientom a zdravotníckym personálom. Jeho súčasťou je náramok umiestnený na zápästí pacienta, ktorý umožňuje kedykoľvek a z akéhokoľvek miesta ošetrovacej jednotky privolať v prípade potreby personál a vreckovú jednotku, ktorú má sestra pri sebe a zaznamenáva impulzy od pacientov. V prípade zachytenia volania pacienta dokáže sestra ihneď identifikovať, o ktorého pacienta sa jedná a podľa potreby prostredníctvom tohto systému aj okamžite privolať lekára. Výhodou tohto systému je teda rýchlejšia možnosť pacienta v prípade núdze privolať personál, bez potreby presunu k pevným signalizačným zariadeniam umiestneným v izbách pacientov.



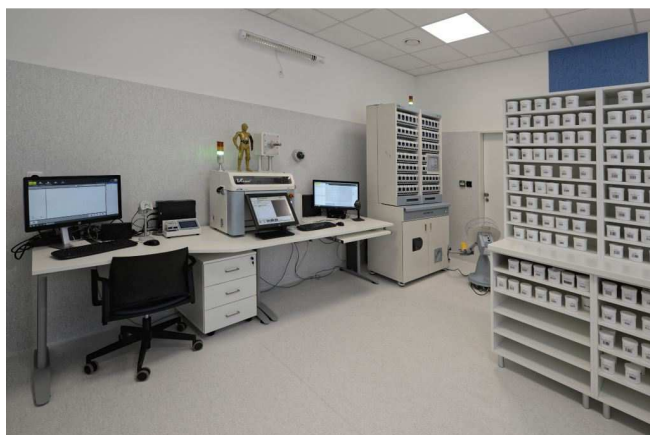
Signalizačný náramok pre pacienta

zdroj: archív NsP Michalovce, a. s.

Centrálna prípravovňa liekov

Príprava liekov pre pacientov sa v michalovskej nemocnici realizuje z väčšej časti v centrálnej prípravovni liekov. Automatické zariadenie naplnené zásobníkmi liekov pripraví denné dávky pre pacientov na základe elektronickej preskripcie liekov, ktorú do informačného systému zadá lekár. Pripravené dávky liekov sú označené identifikačnými údajmi pacienta, liekov, ktoré obsahujú a 2D kódom. Kvôli maximálnej bezpečnosti sú pomocou ďalších elektronických systémov opätovne prekontrolované až následne distribuované na konkrétne ošetrovacie jednotky. Pred samotným podaním pripravenej dávky lieku pacientovi vykoná sestra úkon, ktorý jednak umožní automatický záznam o konkrétnom podaní liekov do zdravotnej dokumentácie (prostredníctvom wifi), jednak je ďalším kontrolným bodom procesu podania liečby. Ide o načítanie 2D kódov pacienta, pracovníka a pripravenej dávky liekov (v ľubovoľnom poradí) čítačkou 2D kódov. Informačný systém v prípade, že zaznamenal nezhodu v reťazci pacient-sestra-liek upozorní sestru, aby liek nepodávala. Čítačky používané pri podávaní liekov sú bezdrôtové, takže umožňujú vykonať úkony spojené s podaním bezprostredne pri lôžku pacienta. V prípade, že sestra potvrdí proces podania (na monitore počítača, ktorý je súčasťou „liekového vozíka“), systém zabezpečí vykonanie zápisu do zdravotnej dokumentácie konkrétneho pacienta s identifikáciou sestry, ktorá liek podala, ako aj času podania a jednotlivých podaných liekov. Tento systém podávania liečby a jeho dokumentovania minimalizuje chybovosť v procese.

Pri využití centrálnej prípravovne liekov odpadá potreba prípravy liekov na ošetrovacích jednotkách (eliminácia rušivých vplyvov: minimalizuje sa vyrušovanie sestry pacientmi, prerušenie činnosti, omyl). Sestra podáva pacientovi dávku liekov pripravenú presne podľa jeho potrieb. Možnosť zámény je opäť eliminovaná kontrolou informačného systému: sestra bezprostredne pred podaním pripravenej dávky liekov identifikuje pacienta načítaním jeho čiarového kódu, následne načíta čiarový kód pripravenej dávky liekov (čím systém skontroluje proces a v prípade chyby sestru upozorní) a načítaním svojho čiarového kódu umožní identifikovať osobu, ktorá lieky podala.



Vybavenie centrálnej prípravovne liekov

zdroj: archív NsP Michalovce, a. s.

Podávanie transfúzných liekov

Bezpečnostné prvky pri podávaní liekov michalovská nemocnica preniesla aj do procesu podávania transfúzných prípravkov. Od momentu vydania transfúzneho lieku Hematologicko-transfúziologickým oddelením sa v informačnom systéme vytvorí nezmazateľná stopa pohybu transfúzneho lieku naprieč celým procesom podania. Každý transfúzny liek je označený jedinečným 2D kódom. Opakovaným načítaním 2D kódov (z lieku i z identifikačných karát zamestnancov) sa navyše zaznamenáva časová známka jednotlivých krokov podania vrátane identifikácie osôb zúčastnených na procese. Kontrola

informačného systému spočíva aj v tom, že transfúzny liek je od prvého momentu pripravovaný pre konkrétneho pacienta a v prípade zámeny okamžite spustí upozornenie.

Systém včasného varovania

Systém včasného varovania je založený na včasnej detekcii a okamžitej odpovedi na akútne sa zhoršujúci zdravotný stav pacienta s cieľom podstatne zredukovať incidenciu preventabilných úmrtí (RCP, 2007). Identifikáciu akútne zhoršených pacientov a eskaláciu starostlivosti vykonávame v nemocnici pomocou prístroja, ktorý vďaka wifi modulu, čítačke čiarových kódov a integrácii s nemocničným informačným systémom prenáša informácie prostredníctvom wifi a umožňuje sestram vykonať záznam nameraných hodnôt a výsledného skóre včasného varovania do zdravotnej dokumentácie automaticky bez potreby použitia klávesnice a štandardného vykonania zápisu. Tým, že si sestra nemusí namerané hodnoty pamätať, prípadne rukou „poznačiť“ na papier, pokiaľ vykoná elektronický záznam, výrazným spôsobom klesá možnosť omylu alebo chybného záznamu.

Záver

Neustály pokrok prináša zavádzanie nových pracovných postupov a technológií aj do oblasti zdravotníctva. S tým samozrejme súvisí rozvoj ošetrovateľstva a potreba aplikácie najnovších vedecko technických trendov aj do práce sestier a ošetrovateľského personálu. Nemocnica s poliklinikou v Michalovciach je niektorými implementovanými procesmi jedinečná nielen na úrovni Slovenska. Označovanie a identifikácia pacientov pomocou čiarových kódov, centrálna prípravovňa liekov, nemocničný informačný systém prispôsobený špecifikám nemocnice, komunikačný systém sestra-pacient a iné, sú zárukou, že zamestnanci v nemocnici môžu okrem atraktívneho pracovného prostredia byť súčasťou tímu poskytujúceho starostlivosť o pacienta v spolupráci a s kontrolou najmodernejších informačných technológií.

Literatúra

- Royal College of Physicians (2017). *National Early Warning Score (NEWS) 2, Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS*. London: RCP, 2017. ISBN 978-1-86016-682-2 [cit. 2019-07-15]. Dostupné na internete: <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/national-early-warning-score-news-2>
- JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. (2004). *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*. 2. vydanie. Praha: Grada Publishing, 2004. 288 s. ISBN 80-247-0629-6
- KRŠKA, Z. a kol. (2011). *Techniky a technologie v chirurgických odborech*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011, 264 s. ISBN 978-80-247-3815-4.
- MACKOVÁ, H. ZELENÍKOVÁ, R. (2012). Faktory ovlivňující používání ošetrovateľských diagnóz v praxi. *In Ošetrovateľství a porodní asistence*, 2012, roč. 3, č.2, s. 390-397.
- MARX, D. (2015). *Bezpečí pacientů: prvním krokem je přiznání, že chybovat je lidské*. [cit. 2018-04-11]. Dostupné na internete: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2015/02/bezpeci-pacientu-prvnim-krokem-je-priznani-ze-chybovat-je-lidske/>

Korespondence:

PhDr. Martina Lásková, MPH

VŠ ZaSP sv. Alžbety - doktorandka

Detašované pracoviško Bl. Sály Salkaházi

Kósu Schoppera 22

048 01 Rožňava

Email: martina.laskova.mph@gmail.com

MENTORING KLINICKÝCH CVIČENÍ – POZITIVA A ÚSKALIA

Tatiana Rapčíková¹, Michaela Harabišová²

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

Súhrn: Prioritným cieľom príspevku je poukázať na význam klinických cvičení (praxe) pre efektívnu a kvalitnú prípravu budúcich nelekárskych zdravotníckych pracovníkov a zdôvodniť potrebu manažovania klinických cvičení odborníkom z praxe. Z daného dôvodu autorky predstavujú mentoring a mentora ako kľúčovú postavu v praktickej príprave študentov na ich povolanie, pričom sa zameriavajú na definovanie uvedených pojmov a vymedzenie kompetencií mentora v procese manažovania praktickej výučby. Praktickú časť príspevku predstavuje prieskum, ktorého hlavným cieľom je zistiť názory respondentov na manažment výučby klinických cvičení. Prieskumu sa zúčastnilo 229 respondentov – študentov vysokých škôl Slovenskej i Českej republiky. V príspevku sú prezentované len vybrané otázky, ktoré najviac súvisia s pertraktovanou problematikou

Kľúčové slová: *Klinické cvičenia; Mentoring; Mentor; Študent; Prieskum*

Mentoring of Clinical Exercises – Positives and Pitfalls

Summary: The primary goal of the contribution is to point out the importance of clinical exercises (practice) for effective and quality preparation of future non-medical health workers and to give reasons for the need of clinical practice management by practitioners. For this reason, the author introduces mentoring and a consultant as a key person in charge of practical preparation of students for their profession, focusing on defining these concepts and the consultant's competences in the process of managing practical lessons. The practical part of the contribution represents a survey aiming to find out the respondents' opinion on the clinical exercises training management. 229 respondents from Slovak and Czech Republic were involved to the survey. The report only presents the selected questions most closely related to the discussed issue.

Key words: *Clinical exercises; Mentoring; Mentor; Student; Survey*

Úvod

Vzdelávanie v nelekárskych zdravotníckych odboroch v mnohých krajinách prešlo po roku 2 000 transformáciou podmienenou ich vstupom do Európskej únie. Cieľom transformácie bolo prispieť k zvýšeniu úrovne zdravotnej starostlivosti poskytovanej nelekárskymi zdravotníckymi pracovníkmi, a teda aj k zlepšeniu kvality zdravia občanov a zabezpečenie kompatibility vzdelávania študentov v nelekárskych študijných programoch s kritériami stanovenými Európskou úniou.

Vo vzdelávaní nelekárskych zdravotníckych pracovníkov a v ich príprave na povolanie zohráva dôležitú úlohu kvalifikovaný mentor. Jeho odborná erudovanosť a praktické zručnosti by mali byť zárukou kvalitnej a efektívnej odbornej prípravy a cennou devízou pre každého študenta snažiaceho sa získať spôsobilosť na výkon zdravotníckeho povolania.

1 Klinické cvičenia ako vyučovací predmet

Klinická prax je špecifická forma študijnej praxe umožňujúca študentovi aplikovať teoretické vedomosti a praktické zručnosti získané štúdiom teoretických a teoreticko-praktických disciplín v odborných učebniach a laboratóriách. Poskytuje priestor pre zdokonaľovanie zručností a návykov,

učí študentov samostatnosti, zodpovednosti a práci v tíme. Prebieha podľa plánu klinickej výučby pod vedením učiteľa alebo kvalifikovaného mentora (Rohlíková, Vejvodová, 2012).

Klinická výučba pri lôžku pacienta je jednou z najstarších metód výučby a nepochybne i naďalej patrí k najcennejším metódam odovzdávania i získavania potrebných zručností a demonštrovania holistického prístupu k pacientovi. Poskytuje relatívne dostatok času na sledovanie pacienta počas hospitalizácie, a to vrátane diagnostických a terapeutických výkonov, ktoré pacient podstupuje. Spôsob jej realizácie je priamo závislý od motivácie vyučujúceho a jeho odborných, pedagogických, a v neposlednom rade, i manažérskych vedomostí/zručností (Hanáček, Mokry a kol., 2018, s. 144, s. 147).

Základným cieľom klinických cvičení je viesť študentov nielen k získavaniu vedomostí a formovaniu praktických zručností, ale predovšetkým k využitiu týchto vedomostí ku schopnosti posúdiť a uspokojiť potreby pacientov rôzneho veku a rôznych diagnóz.

V porovnaní s minulosťou je množstvo a charakter zdravotníckych zariadení pre praktickú výučbu omnoho variabilnejší. Výučba prebieha v univerzitných a fakultných nemocniciach, kde sa uskutočňujú špičkové medicínske výkony - transplantácie, robotické operácie, špecifická diagnostika a iné, v zariadeniach jednodňovej chirurgie, v špičkových rehabilitačných ústavoch, v hospicioch, ambulanciách primárneho kontaktu, detských domovoch a podobne. Uvedené zariadenia ponúkajú študentom možnosť nielen kvalitnej, ale predovšetkým komplexnej prípravy na zdravotnícke povolanie.

2 Mentoring a mentor

Ako uvádza Hanáček, Mokry a kol. (2018, s. 188) **mentoring** predstavuje „formu profesionálneho vzťahu dvoch ľudí, v ktorých mentor (skúsenejší) odovzdáva vedomosti a skúsenosti mladšiemu (mentorovanému), pričom pôsobí ako sprievodca v určitej odbornej oblasti či téme. Mentor poskytuje informácie, dáva rady a podporuje profesionálnu spoluprácu, ale umožňuje aj kritickú spätnú väzbu“.

Aj podľa Demirhana et al. (In Ghazivakili et al., 2014, s. 94-95) kritické myslenie je „jedným z aspektov myslenia akceptovaného ako spôsob prekonávania ťažkostí a uľahčujúceho prístup k informáciám v živote“.

Špirudová (2015, s. 61) považuje mentoring za „jeden z najdôležitejších nástrojov pre rozvoj ľudských zdrojov umožňujúci rozvoj osobného potenciálu, schopností a kariéry. Je primárne zameraný na rozvoj osobného rastu a zvyšovanie odbornosti jednotlivca. Jeho cieľom je učenie sa pri výkone práce, ktoré je vždy tým najlepším spôsobom osvojovania si konkrétnych vedomostí a zručností, ktoré študent potrebuje“.

Skúsenosti z praxe v zdravotníckych zariadeniach nás vedú k presvedčeniu, že ak tento kľúčový komponent prípravy študentov na zdravotnícke povolanie má mať vysokú kvalitu, musí byť realizovaný zodpovedným, odborne erudovaným a skvelými manažérskymi schopnosťami disponujúcim odborníkom z praxe - **mentorom**.

Význam mentora vyzdvihuje aj Petrášová et al. (2014, s. 34) konštatujúc, že „mentor môže pomôcť dať hodnotnú radu, rozvíjať vedomosti a zručnosti, zlepšovať komunikačné schopnosti, učiť novým uhlom pohľadu, podporiť profesionálnu kariéru – motivovať k práci na vhodnom pracovisku podľa študentových schopností“.

Z hľadiska našej témy vyberáme nasledovné charakteristiky, podľa ktorých mentor:

- je jedinec s preukázanou spôsobilosťou v určitej oblasti, slúži ako školiteľ, tréner, kouč, vedúci/sprievodca, sprostredkovateľ, hodnotiteľ, socializačný agent, ochranca a vzor,
- je odborníkom vo svojej profesii a systematicky si udržiava svoju odbornú spôsobilosť,

- je reálnym a profesijným vzorom pre študenta, uvádza mentorovaného do odboru prostredníctvom vedenia v reálnych situáciách, vedie ho k zodpovednému prístupu k zvolenej profesii, má nadšenie pre profesiu a trpezlivosť pri práci,
- je konzultant a supervízor, povzbudzuje študenta, vzbudzuje jeho záujem o rozvoj konkrétnych zručností a pomáha mu pri úvahách nad prácou kritickým myslením,
- má disponovať určitým objemom didaktických a psychologických vedomostí s možnosťou ich aplikácie do praxe,
- preukazuje komunikačné schopnosti vedúce k efektívnemu zvládaniu problémov,
- má mať individuálny prístup k študentovi, hodnotí študenta spôsobom, ktorý ho posilňuje, povzbudzuje a motivuje k ďalšiemu zdokonaľovaniu a rozvoju,
- rozvíja schopnosti aplikovať a integrovať teoretické vedomosti, zručnosti a postoje študenta k praxi,
- správa sa proaktívne a kolegiálne – partnersky,
- podporuje kreativitu a sebarealizáciu študenta (Archalousová, et al., 2010, s. 24; Matulníková, In Botíková a kol., 2009, s. 9; Nádaská, Mesárošová, Krištofová, 2004, s. 110; Špirudová, 2015, s. 61).

Cieľ práce

Zistiť názory respondentov – študentov vysokých škôl na manažment výučby klinických cvičení a faktory, ktoré ho najviac ovplyvňujú.

Metodika

Realizácia prieskumu: apríl – jún 2018.

Metóda: štruktúrovaný dotazník vlastnej konštrukcie; 22 otázok. s možnosťami odpovedí podľa Likertovej škály (1 – najnižšia, 2 – najvyššia miera stotožnenia sa s otázkou).

Základné kritériom výberu respondentov: štúdium na vysokej škole v nelekárskom zdravotnícky orientovanom študijnom odbore (ošetrovatelstvo).

Vysoké školy: SR: Fakulta zdravotníctva Slovenskej zdravotníckej univerzity v Banskej Bystrici (123 – 53,71 % respondentov), Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku (48 – 20,96 % respondentov); ČR: Fakulta verejných politik Slezské univerzity v Opave (58 – 25,33 % respondentov).

Distribuovaných bolo 250 dotazníkov v tlačenej podobe, správne vyplnených bolo 229, čo predstavuje návratnosť 91,60 %.

Súbor

Demografické údaje respondentov.

Pohlavie: ženy – 217 (100 %); muži – 12 (12,90 %).

Vek: najpočetnejšia kategória: 21 - 25 rokov - 176 (32,26 %) respondentov.

Výsledky

a) Kvalitatívna analýza výsledkov prieskumu

Názory študentov na osobnosť mentora klinických cvičení efektívne manažovať praktickú výučbu (najčastejšie odpovede študentov na otázku dotazníka č. 22):

Pozitívne skúsenosti:

- „mentor sa nám na niektorých oddeleniach venoval, poznal nás a skúšal nás“,
- „mentor nás viedol k samostatnosti pri výkonoch, usmernil nás, čo treba robiť lepšie“,
- „mentor má byť pri výkone so študentom a má ho nechať predviesť daný výkon“,
- „je oveľa lepšie, keď je s nami na oddelení mentor, ktorý nás veľa naučí“,
- „je to dobrý pocit, keď nám mentor ukáže oddelenie a vedie nás pri získavaní zručností“,
- „dobrý mentor má zásluhu na tom, že nás personál oddelenia viac akceptuje a na pracovisku sú kvalitnejšie interpersonálne vzťahy.“

Negatívne skúsenosti:

- „mentor by sa mal venovať študentom počas celej praxe“,
- „mal by byť so študentmi pri výkone, ale nie je správne študentov „prehnane“ kontrolovať“,
- „niektorých mentorov počas klinických cvičení ani nevidíme, nevenujú sa nám“,
- „bolo by vhodné neposielať študentov na pracoviská, kde neprejavujú o nich záujem, potom je ťažké začleniť sa do pracovného procesu“,
- „mentor je dôležitý, ale ak sa nám nevenuje, tak službukonajúce sestry nemajú na nás čas a prax sa nám zdá zbytočná“.
- v niektorých prípadoch, osobitne, keď v úlohe mentorky bola vedúca, resp. staničná sestra, študenti udávali, že nevedia, kto je ich mentor,
- nezáujem o študentov a neadekvátne komunikácia s nimi zo strany službukonajúceho personálu predstavuje pre študentov významný stresor a vzbudzuje v nich neistotu.

b) Analýza výsledkov prieskumu prostredníctvom Likertovej škály

Odpovede na vybrané otázky dotazníka sme vyhodnotili aj pomocou Likertovej škály. K jednotlivým stupňom škály sme priradili koeficienty od 1 do 5. Počet odpovedí vzťahujúcich sa na jednotlivé stupne škály sme vynásobili príslušným koeficientom a súčin vydělili počtom respondentov, čím sme získali príslušný aritmetický priemer.

Poradie celkových výsledkov aritmetických priemerov vypočítaných na základe odpovedí respondentov všetkých škôl na príslušnú otázku sme zoradili zostupne do tab. 1.

Tab. 1 Poradie požiadaviek na osobnosť mentora z hľadiska dôležitosti

Poradie	Zameranie otázky	Celkový priemer
1.	Praktická stránka mentora	4,57
2.	Teoretická stránka mentora	4,55
3.	Kvalitné interpersonálne vzťahy	4,41
4.	Organizácia práce na oddelení	4,32
5.	Manažment KLC zohľadňujúci etický rozmer práce	4,23
6.	Prítomnosť mentora na pracovisku počas KLC	3,92
7.	Dôležitosť spätnej väzby zo strany mentora	3,92
8.	Prítomnosť mentora počas výkonu študenta	3,88
9.	Time manažment počas KLC	3,86
10.	Manažment KLC počas kritických situácií	3,77

Z tab. 1 vyplýva, že študenti považujú za najdôležitejšie domény klinických cvičení praktickú a v tesnej nadväznosti teoretickú stránku mentora – priemery 4,57 a 4,55. Značný dôraz kladú i na kvalitné interpersonálne vzťahy – priemer 4,41 a celkovú organizáciu práce na oddelení – priemer 4,32.

Diskusia

Vrublová (2018) realizovala metódu kvalitatívneho prieskumu – rozhovoru, z výsledkov ktorého vyplynulo, že v súvislosti s manažmentom klinických cvičení študenti kladú najväčší dôraz na odbornú erudovanosť mentora a dôležitosť spolupráce so zdravotníckym tímom, ktorá je v praxi často úplne nedostatočná. Podobný názor prezentujú vo svojej štúdií aj Pospíšilová a Vránová (2006). Podľa nimi oslovených respondentov je hlavným dôvodom kladného hodnotenia praktickej výučby predovšetkým to, že mentor klinickej praxe je odborníkom vo svojej profesii, má dostatočné vedomosti, edukačné schopnosti a v neposlednom rade praktické skúsenosti uľahčujúce prácu a vedenie študentov (priemer 1,23; 1 = najvýznamnejší). Uvedený pohľad je v úzkom kontexte s výsledkami nášho prieskumu, v ktorom domény – teoretická a praktická pripravenosť mentora, ako aj kladenie akcentu na medziľudské vzťahy obsadili v poradí dôležitosti prvé tri miesta.

Zhoda v názoroch študentov v štúdií Skřivánkovej (2012) a Lengyelovej et al. (2006) a nami oslovených respondentov je i v tom, že študenti prejavovali najmenšiu spokojnosť s výučbou klinických cvičení manažovanou mentorkou zastávajúcou pozíciu vedúcej, resp. staničnej sestry. Z výskumu Pospíšilovej a Vránovej vyplynulo zistenie, podľa ktorého za najzávažnejšiu prekážku znemožňujúcu kvalitnú prácu mentora klinickej praxe možno považovať pracovné preťaženie (priemer 2,50; 1 = najvýznamnejší).

Medzi odpoveďami našich respondentov rezonuje stres, strach a neistota študentov vyplývajúca z neadekvátneho prístupu personálu a nezaujmu personálu o študentov. Identické prípady devalvačného správania a konania uvádzajú Gurková a Zeleníková (2017) citujúc viacerých autorov – Papp et al. (2003), Kim (2003), Melincavage (2008), Mlek (2010) a ďalších. Študenti citlivo vnímajú podceňovanie, komentovanie a urážky zo strany personálu. Vyššie uvedení autori zároveň konštatujú, že pozorovanie a hodnotenie výkonu zo strany mentora klinických cvičení predstavuje pre študentov jeden z najstresujúcejších momentov počas praktického vyučovania. Uvedenú skutočnosť potvrdzujú aj odpovede respondentov na niektoré otázky nami uskutočneného prieskumu

Záver

Ak má byť manažment výučby klinických cvičení efektívny je nevyhnutné, aby bol realizovaný zodpovedne a v súlade so stratégiou výučby vymedzenou v príslušnej legislatíve. Týmto spôsobom dochádza k postupnému zdokonaľovaniu študenta, k jeho komplexnému praktickému vývoju, ako aj k nadobúdaniu zdravého profesionálneho sebavedomia, pod čo sa výrazne podpisuje práve skúsený a kvalitný mentor.

V texte uvedené nedostatky v práci mentorov spôsobujú, že študenti sú demotivovaní, neistí, necítia sa byť akceptovaní zdravotníckymi pracovníkmi a v krajnom prípade strácajú záujem realizovať zvolené povolanie. Z nášho pohľadu je aj diskutabilné či sestry vo vedúcich pozíciách sú vhodnými adeptkami na post mentorky z dôvodu množstva povinností vyplývajúcich z ich funkcie. Práve v týchto prípadoch študenti zostávajú na oddelení neraz „bezprízorní“ a manažment výučby klinických cvičení podrobujú, a treba dodať, že aj oprávnene, ostrej kritike.

Literatúra

ARCHALOUSOVÁ, A. et al. (2010) Mentor klinické praxe v ošetrovatelství a porodní asistenci. *In Cesta k profesionálnemu ošetrovatelství V.*, s. 23-25, 1. vyd. Opava: Slezská univerzita v Opave, 2010, ISBN 978-80-7248-607-6

GHAZIVAKILI, Z. et al. (2014) The role of critical thinking skills and learning styles of university students in their academic performance. *In Journal of Advances in Medical Education & Professionalism*, 2014, roč. 2, č. 3, s. 95-102. ISSN 2322-2220

GURKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R. (2017) *Klinické prostředí v přípravě sester. Organizace, strategie, hodnocení*, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2017, 128 s. ISBN 978-80-271-0583-0

HANÁČEK, J., MOKRÝ, J. a kol. (2018) *Trendy v medicínském vzdelávaní a hodnotení jeho výsledkov*, 1. vyd., Martin: Osveta, 2018, 255 s. ISBN 978-80-8063-460-5

LENGYELOVÁ, A., SOVOVÁ, K., HORANSKÁ, V. (2006) Interakcia mentor – student. *In Trendy v ošetrovatelství IV*, 1. vyd. Ostrava, 2006. 280 s. ISBN 80-7368-182-X

MATULNÍKOVÁ, Ľ. *Mentor v klinickej praxi*. In Botíková, A. a kol. *Manuál pre mentorky v ošetrovatelstve*, s. 8-12, 1. vyd. Trnava: TYPI UNIVERSITATIS TYRNAVIENSIS, 2009, ISBN 978-80-8082-253-8

NÁDASKÁ, I., MESÁROŠOVÁ, J., KRIŠTOFOVÁ, E. (2004) Multikultúrne ošetrovatelstvo a úloha mentora v klinickej praxi. *In Ošetrovatelství. Teorie a praxe moderního ošetrovatelství*, 2004, roč. 6, č. 3-4, s. 110. ISSN 1212-723X

PETRÁŠOVÁ, M. A., PRAUSOVÁ, I., ŠTĚPÁNEK, Z. (2014) *Mentorink – forma podpory nové generace*, 1. vyd. Praha: Portál, 2014, 152 s. ISBN 978-80-262-0625-5

POSPÍŠILOVÁ, A., VRÁNOVÁ, V. (2006) Mentor klinické praxe. Názory na výuku studentů během jejich ošetrovatelské praxe. *In Diagnóza v ošetrovatelství*, 2006, roč. 2., č. 10, s. 403-406. ISSN 1801-1349

ROHLÍKOVÁ, L., VEJVODOVÁ, J. (2012) *Vyučovací metody na vysoké škole. Praktický průvodce výukou v prezenční i distanční formě studia*, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012, 288 s. ISBN 978-80-247-4152-9

SKŘIVÁNKOVÁ, E. (2012) Klinické praxe ošetrovatelství – reflexe studentů. *In Ošetrovatelství a porodní asistence*, 2012, roč. 3, č. 2, s. 384-389. ISSN 1804-2740

ŠPIRUDOVÁ, L. (2015) *Doprovázení v ošetrovatelství*, 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2015, 144 s. ISBN 978-80-247-5711-7

VRUBLOVÁ, Y. (2018) Klinická praxe očima mentorů a studentů oboru všeobecná sestra. *In Ošetrovatelské perspektivy*, 2018, roč. 1, č. 1, s. 81-86. ISSN 2570-735X

Korespondence:

doc. PhDr. Mgr. Tatiana Rapčíková, PhD.

Katedra ošetrovatelstva, Fakulta zdravotníctva SZU

Sládkovičova 21

974 05 Banská Bystrica, SR

Email: tatiana.rapcikova@szu.sk

VZDELÁVACIE PROSTREDIE PRE ZDRAVOTNÍCKE PROFESIE Z POHĽADU ŠTUDENTOV

Anna Murgová, Mária Belovičová

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Prešov-Michalovce

Súhrn: Cieľom štúdie bolo zistiť ako študenti hodnotia svoje vzdelávacie prostredie, v ktorom sa pripravujú na svoje budúce povolanie a zistiť rozdiely v hodnotení vzdelávacieho prostredia na stredných zdravotníckych školách a fakultách s odbornými zameraniami na prípravu zdravotníckych profesií. Prostredníctvom prevzatého dotazníka Dundee Ready Educational Environment Measure (DREEM) študenti zhodnotili vzdelávacie prostredie svojej inštitúcie a zanalyzovali sme výsledky medzi strednými zdravotníckymi školami a vysokoškolským vzdelávacím prostredím. Aj napriek tomu, že všetci študenti hodnotili svoje vzdelávacie prostredie viac kladne, existuje ešte veľa priestoru na jeho zlepšenie.

Kľúčové slová: *DREEM. Študent. Vzdelávacie prostredie. Zdravotnícke profesie.*

Educational environment for health professions from viewpoint of students

Summary: The aim of the study was to find out how students evaluate their learning environment in which they are preparing for their future profession and to identify differences in the assessment of the educational environment at secondary health schools and faculties with departments focused on training health professions. Through questionnaire Dundee Ready Educational Environment Measure (DREEM), students reviewed the learning environment of their institution and we analyzed the results between secondary health schools and academic educational environment. Even though all students evaluated their learning environment more positively, there is still much room for its improvement.

Key words: *DREEM. Student. Educational environment. Health professions.*

Úvod:

K jedným z najdôležitejších častí učebného plánu, patrí aj vzdelávacie prostredie. Medzi komponenty vzdelávacieho prostredia patria priestory pre prednášky, konzultácie, atmosféra medzi spolužiakmi a učiteľmi. Vytvorenie a hodnotenie optimálneho vzdelávacieho prostredia ich vedie k dosiahnutiu lepších výsledkov štúdia. Blaško (2008, s.7) uvádza, že vzdelávanie „je cielavedomá aktivizácia podmienok umožňujúcich optimálny rozvoj každého jednotlivca v súlade s jeho individuálnymi dispozíciami a stimulujúcich jeho vlastnú snahu stať sa autentickou, vnútorne integrovanou a socializovanou osobnosťou, plne rozvinutou osobnosťou“. Medzi výchovou, vzdelávaním a spoločnosťou je vzájomné prepojenie. Školy pripravujú deti, mládež i dospelých nielen na život a prácu v súčasnosti, ale aj na život v budúcnosti. Je preto nevyhnutné predvídať vývoj spoločnosti a koncepciu výchovy a vzdelávania navrhovať tak, aby bola schopná reagovať na zmeny. Je nevyhnutné pri určovaní cieľov výchovy a vzdelávania rešpektovať zmeny, ktoré vo vývoji spoločnosti prebiehajú a ktoré sa predpokladajú (Turek, 2008). Efektívna výučba a učenie sa môže uskutočniť len vtedy, keď je zavedené prostredie optimálneho vzdelávania. V prostredí optimálneho vzdelávania, sú sociálne a emocionálne prvky učenia prioritou a sú chápané ako základy akademického úspechu a osobného blahobytu. Optimálne vzdelávacie prostredie začína pozitívnym, produktívnym školským prostredím. Poskytuje tiež intelektuálne a emocionálne bezpečné prostredie, stimulujúce komunitu v triede, ktorá je charakterizovaná rovnocennými vzťahmi. Tie pestujú pocit spolupatričnosti a podporujú akademické, spoločenské a emocionálne zručnosti. Optimálne vzdelávacie prostredie odráža presvedčenie, že všetci študenti môžu dosiahnuť vysoké štandardy. Hašková (2000, s. 94) uvádza, „že edukačné prostredie má byť podnetné pre všetkých žiakov, má podporovať rozvoj ich

individuálnych osobitostí v čo najširšej miere a poskytovať im možnosti na uplatnenie aj ich zatiaľ neprejavovaných potenciálnych schopností“. Za dôležité sa považuje poznať podmienky pre vytváranie optimálneho prostredia pre vzdelávanie ako prostriedku, v ktorom prebieha výchova a vzdelávanie, utváranie vzťahov medzi vyučujúcimi a študentami a tiež študentami navzájom a vytvorenie priaznivých podmienok pre vzdelávanie (Zelina, 2011). Už J. A. Komenský vo svojom diele Veľká didaktika, podáva návrhy na vytvorenie optimálneho edukačného prostredia pre výučbu a vzdelávanie. Poukazoval na existenciu činiteľov, ktoré môžu pozitívne alebo negatívne ovplyvňovať priebeh vzdelávania. Slovné spojenie vzdelávacie / edukačné prostredie, má teda komplexnú povahu, vzhľadom k tomu, že ho vytvárajú rôzne zložky (Průcha, 2002). Genn (2001) poukazuje na to, že vhodne vytvorené vzdelávacie prostredie, ovplyvňuje správanie študentov, ich prístup k štúdiu, pochopenie praxe a dosiahnuté vzdelávacie výsledky. Každý proces vzdelávania v prostredí na tom určenom (vzdelávacom/edukačnom), si teda vyžaduje vytvorenie optimálnych podmienok, ktoré v prvom rade priaznivo pôsobia na študenta ale i na učiteľa a elimináciu vplyvu negatívnych podmienok na vzdelávanie. Podmienky sú teda chápané ako činitele, ktoré ovplyvňujú priebeh a výsledky vzdelávacej činnosti učiteľa (Průcha, 2002).

Z histórie vieme, že slovenské ošetrovateľstvo, zahrňujúc aj prípravu-vzdelávanie študentov na vykonávanie ošetrovateľskej starostlivosti, ovplyvňovali spoločensko - ekonmické, sociálne ale aj kultúrne podmienky, úroveň zdravotnej starostlivosti, stav zdravia, ale aj práv národa na vzdelanie. Podobne ako aj iné národy aj my sme mali ženy, ktorým ležalo na srdci starostlivosť o odkázaných na pomoc druhých. Patrila k nim Janka Hrebendová, ďalšou bola E. M. Šoltésová, významná pracovníčka Živeny, spolku slovenských žien. V roku 1896 vyslovili požiadavku vybudovať Slovenskú dievčenskú školu. Zákon č. 95/ 1948 Zb. vytvoril jednotný systém vzdelávania. Ošetrovateľské školy začlenili medzi odborné školy. Vládné nariadenie č.77 Zb. zo dňa 11.9.1951 o stredných zdravotníckych pracovníkoch, zrušil titul diplomovaná ošetrovateľka / ošetrovateľ chorých a nahradil sa pojmom zdravotná sestra. Na strednú zdravotnícku školu sa prijímali uchádzači vo veku 14 rokov po ukončení školskej dochádzky. Odborné vzdelanie trvalo najprv tri potom štyri roky a končilo maturitnou skúškou. Najväčšou nevýhodou tohto vzdelávania bola nezrelosť osobnosti študentky. Prínosom zasa odborná spôsobilosť. Stredoškolské vzdelávanie sestier zaniklo až v roku 2004. Za uvedených podmienok prevládal biomedicínsky model vo vzdelávaní a v ošetrovateľskej praxi. Sestry nepracovali samostatne, neniesli plnú zodpovednosť, boli len vykonávatelkami príkazov. Niektoré dodnes netušia čo je pravou podstatou ošetrovateľstva. Politické zmeny priniesli po roku 1989 nové myšlienky pre vznik jednodborového štúdia ošetrovateľstva. Dotkli sa ošetrovateľského vzdelávania, ale aj ponímania profesie, ošetrovateľskej teórie a praxe (Hanzlíková, 2011). Ochrana a upevňovanie ľudského zdravia je veľmi dôležitou súčasťou našej spoločnosti. Rozhodujúci je v tomto procese zdravotnícky pracovník, ktorý vykonáva svoju prácu v príslušnom zdravotníckom povolani (Beňušová, Hozlárová, 2006). Študijné odbory na zdravotníckych školách a univerzitách vytvárajú podľa toho, aké zručnosti poznatky a schopnosti sa vyžadujú na vykonávanie odbornej činnosti. Stredné a vysoké školy zriaďuje ministerstvo školstva, ktorý určuje vyučovací proces. Príprava na zdravotnícke povolanie má teoreticko-praktický charakter. Praktická príprava je najprv škole a potom aj v zdravotníckych zariadeniach (Krišková, 2000).Vzdelávacie aktivity ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov predstavujú tú časť ich celoživotného vzdelávania, ktorá nasleduje po získaní odbornej spôsobilosti na výkon odborných pracovných činnosti (Beňušová, Hozlárová, 2006).

Cieľ:

Z vyššie uvedených dôvodov, bola realizovaná štúdia, ktorej cieľom bolo zmapovať hodnotenie inštitucionalizovaného vzdelávacieho prostredia študentmi zdravotníckych profesií.

Metodika:

Prieskum bol realizovaný na základe žiadosti vedeniu inštitúcie a ich kladnej odpovede, v mesiacoch október až december 2017. Prebiehal na Fakulte zdravotníckych odborov Prešovskej Univerzity v Prešove a na Strednej zdravotníckej škole, na Sládkovičovej ulici, v Prešove. Distribuovaných bolo spolu 180 dotazníkov, ktoré osobne boli odnesené do škôl. Návratnosť bola 164 dotazníkov, čo predstavuje 90%.

Na zber údajov bol použitý prevzatý dotazník DREEM (Dundee Ready Educational Environment Measure), ktorý hodnotí výučbové prostredie a klímu na školách so zdravotníckym zameraním. Dotazník DREEM pozostáva z 50 položiek, ktoré sú hodnotené na 5-bodovej Likertovej stupnici s hodnotením od 0 - 4. (4 výrazný súhlas, 3 súhlas, 2 neviem, 1 nesúhlas a 0 výrazný nesúhlas). Okrem celkového hodnotenia vzdelávacieho prostredia dotazníkom DREEM bolo hodnotených aj 5 domén vzdelávacieho prostredia a to:

"Vnímanie učenia študentom" ; "Vnímanie učiteľov študentom" ; "Študentove akademické vlastné vnímanie"; "Študentove vnímanie atmosféry"; "Študentove vlastné sociálne vnímanie" (Edgren, 2010).

Údaje boli spracované deskriptívnou štatistikou (M priemer, SD smerodajná odchýlka, MIN minimálna hodnota, MAX maximálna hodnota) v programe Excel. Položky v jednotlivých doménach s priemerným skóre 3,5 alebo viac, sú reálne pozitívne. Každá položka s priemerom 2 alebo menej, by sa mala podrobnejšie preskúmať, lebo naznačuje problémové oblasti. Položky s priemerom medzi 2 a 3, sú aspekty prostredia a klímy, vo vzdelávacej inštitúcii, ktoré by sa mohli zvýšiť (Roff, 2005).

Súbor:

Prieskumná vzorka bola zvolená zámerným výberom, respondenti museli splňať kritériá: vek nad 18 rokov, študent v odbore zdravotnícky asistent, študent v odbore pôrodná asistancia, študent v odbore ošetrovateľstvo, ochota spolupracovať. Prieskumnú vzorku tvorilo 164 študentov/respondentov.

Výsledky:**Tabuľka1 Hodnotenie domény „Vnímanie učenia študentom“**

Číslo	Položka	M (OSE)	SD (OSE)	M (PA)	SD (PA)	M (ZA)	SD (ZA)
1.	Som povzbudzovaný/á, aby som bol aktívny	2,29	0,99	2,80	0,97	2,50	1,11
7.	Učenie ma často stimuluje	2,18	0,97	2,43	0,69	2,43	0,89
13.	Výučba je zameraná na študentov	2,46	0,91	2,52	1,04	2,27	0,99
16.	Výučba pomáha rozvíjať moje schopnosti	2,82	0,58	2,73	0,68	3,02	0,82
22.	Mám pocit, že som dobre pripravený na svoju profesiu	2,55	0,79	2,73	0,61	2,64	0,91
24.	Doba vyučovania je dobre využitá	2,27	0,93	2,33	0,92	2,79	0,84
25.	Výučba presahuje faktické učenie	2,25	0,74	2,62	0,72	2,71	0,71
38.	Študijné ciele sú mi jasné	2,89	0,85	2,77	0,96	3,02	0,96
44.	Výučba ma povzbudzuje, aby som bol aktívnym študentom/študentkou	2,28	0,83	2,55	0,88	3,30	0,80
47.	Dlhodobé vzdelávanie je zdôraznené nad krátkodobým vzdelávaním	3,00	0,67	2,44	0,89	3,48	0,83
48.	Výučba je príliš orientovaná na vyučujúceho	2,15	0,82	2,30	1,21	2,95	0,63
Spolu		27,14	9,08	28,22	9,57	31,11	9,49

Poznámka:

Zdroj: vlastný

OSE – odbor Ošetrovateľstvo **PA** – odbor Pôrodná asistancia **ZA** – odbor Zdravotnícky asistent

Hodnotenie: 0 - 12 Veľmi zlé, 13 – 24 Výučba je vnímaná negatívne, 25 – 36 Pozitívnejšie vnímanie, 37 – 48 Výučba má zmysel

Tabuľka 1 uvádza porovnanie odpovedí študentov podľa odborov štúdia a celkové skóre za doménu „Vnímanie učenia študentom“. Najvyššie skóre v tejto doméne dosiahli študenti z odboru Zdravotnícky asistent M=31,11 (SD 9,94).

Tabuľka 2 Hodnotenie domény „Vnímanie učiteľov študentom“

Číslo	Položka	M (OSE)	SD (OSE)	M (PA)	SD (PA)	M (ZA)	SD (ZA)
2.	Učitelia sú dobre vzdelaní	2,65	0,81	3,06	0,60	2,55	1,14
6.	Učitelia sú trpezliví pri konzultácii	2,49	1,16	2,81	0,85	2,66	0,93
8.	Učitelia študentov zosmiešňujú	1,94	0,95	1,93	1,13	1,91	1,10
9.	Učitelia sú autoritatívni	2,73	0,76	2,80	0,64	2,95	0,99
18.	Učitelia majú dobré komunikačné schopnosti so študentami	2,49	1,01	2,66	0,76	2,86	0,99
29.	Učitelia sú dobrí pri poskytovaní spätnej väzby študentom	2,07	0,91	2,11	1,03	2,93	0,83
32.	Učitelia poskytujú konštruktívnu kritiku na kurze/hodine	2,23	0,68	2,51	0,84	2,98	0,85
37.	Učitelia uvádzajú jasné príklady	2,61	0,77	2,59	0,87	3,23	0,92
39.	Počas vyučovacích hodín sa učitelia zvyknú rozhnevať	2,44	1,02	2,77	0,86	3,29	1,09
40.	Učitelia sú dobre pripravení na svoje vyučovanie	2,44	0,85	2,69	0,75	3,36	0,78
50.	Študenti dráždia učiteľov	1,68	0,99	1,83	1,43	3,04	1,28
Spolu		25,77	9,91	27,76	9,76	31,76	10,9

Poznámka:

Zdroj: vlastný

OSE – odbor Ošetrovateľstvo **PA** – odbor Pôrodná asistencia **ZA** – odbor Zdravotnícky asistent

Hodnotenie: 0 - 11 veľmi nekvalifikovaní, 12 – 22 potrebujú rekvifikáciu, 23 – 33 posúvajú sa v správnom smere, 34 – 44 ideálny vyučujúci

Hodnotenie domény „Vnímanie učiteľov študentom“ uvádza tabuľka 2. Najvyššie skóre v tejto doméne dosiahli študenti z odboru Zdravotnícky asistent M=31,76 (SD 10,9).

Tabuľka 3 Hodnotenie domény „Študentove akademické vlastné vnímanie!“

Číslo	Položka	M (OSE)	SD (OSE)	M (PA)	SD (PA)	M (ZA)	SD (ZA)
5.	Učebné techniky (stratégie), ktoré mi vyhovovali predtým, mi vyhovujú aj teraz.	2,51	0,91	2,96	0,65	2,13	0,78
10.	Som presvedčený/a, že tento rok semestrom prejdem	2,87	0,84	2,69	1,03	2,86	0,90
21.	Učenie pomáha rozvíjať moju sebadôveru	2,55	0,84	2,46	0,75	2,50	0,81
26.	Práca z minulého roka bola dobrou prípravou na tohtoročnú prácu	2,25	0,92	2,58	0,74	2,82	0,67
27.	Som schopný/á zapamätať si všetko, čo potrebujem	2,42	0,97	2,42	0,88	2,38	1,05
31.	Naučil/a som sa veľa o empatii v mojom povolání	3,17	0,67	2,81	0,79	2,82	0,74
41.	Moje zručnosti zvládania problémov sú v tomto semestri dobre rozvíjané	2,65	0,85	3,00	0,86	1,84	0,92
45.	Veľa z toho, čo som sa naučil/a sa zdá byť dôležité pre kariéru v oblasti zdravotnej starostlivosti	3,01	0,87	3,04	0,81	2,62	1,11
Spolu		21,43	6,87	21,96	6,51	19,57	6,98

Poznámka:

Zdroj: vlastný

OSE – odbor Ošetrovateľstvo **PA** – odbor Pôrodná asistancia **ZA** – odbor Zdravotnícky asistent

Hodnotenie: 0 – 8 pocit úplného neúspechu,, 9 – 16 mnoho negatívnych aspektov, 17 – 24 viac pozitívny pocit, 25– 32 sebavedomý.

V tabuľke 3 sú uvedené porovnania odpovedí študentov podľa odborov štúdia a celkové skóre za doménu „Študentove akademické vlastné vnímanie“. Najvyššie skóre v tejto doméne dosiahli študenti z odboru PA M=21,96 (SD 6,51). Skóre pre túto doménu študentov OSE len mierne zaostávalo M= 21,43 (SD 6,87) za skóre PA.

Tabuľka 4 Hodnotenie domény „Študentove vnímanie atmosféry“

Číslo	Položka	M (OSE)	SD (OSE)	M (PA)	SD (PA)	M (ZA)	SD (ZA)
11.	Atmosféra je počas konzultácií uvoľnená	2,57	0,99	2,54	0,89	1,96	1,00
12.	Tento semester / šk. rok je dobre rozvrhnutý	2,61	0,96	2,35	1,11	1,71	1,01
17.	Opisovanie je problémom	2,25	1,12	2,96	1,09	2,26	1,04
23.	Počas vyučovania je atmosféra uvoľnená	2,44	0,96	2,54	0,89	2,19	0,82
30.	Na hodine existujú príležitosti na rozvoj interpersonálnych schopností	2,26	0,85	2,38	0,68	2,44	0,83
33.	Počas vyučovania sa cítim spoločensky pohodlne	2,52	0,82	2,58	0,69	2,30	1,16
34.	Atmosféra je počas seminárov uvoľnená	2,64	0,81	2,69	0,91	2,37	0,79
35.	Moje skúsenosti považujem za neuspokojivé	1,54	0,89	1,14	1,81	2,07	0,82
36.	Som schopný/á sa dobre koncentrovať	2,48	0,84	2,65	0,78	2,41	0,81
42.	Potešenie z hodiny prevažuje nad stresom	1,68	0,71	3,00	0,68	1,62	1,14
43.	Ako študenta/študentku, ma atmosféra motivuje	2,04	0,85	1,81	1,11	2,17	0,75
49.	Cítim sa byť schopný/á klásť otázky aké chcem	1,08	0,90	2,54	0,97	2,50	1,13
Spolu		26,11	10,07	29,18	11,61	26,00	11,30

Poznámka:

Zdroj: vlastný

OSE – odbor Ošetrovateľstvo **PA** – odbor Pôrodná asistencia **ZA** – odbor Zdravotnícky asistent

Hodnotenie: 0 – 12 nepríjemné prostredie, 13 – 24 existuje mnoho problémov, ktoré sa musia zmeniť,

25 – 36 viac pozitívny postoj, 37 – 48 celkovo dobrý pocit

Tabuľka 4 uvádza porovnanie odpovedí študentov podľa odborov štúdia a celkové skóre za doménu „Študentove vnímanie atmosféry“. Najvyššie skóre v tejto doméne dosiahli študenti z odboru PA, M=29,18 (SD 11,61).

Tabuľka 5 Hodnotenie domény „Študentove vlastné sociálne vnímanie“

Číslo	Položka	M (OSE)	SD (OSE)	M (PA)	SD (PA)	M (ZA)	SD (ZA)
3.	Existuje dobrý podporný systém pre študentov, ktorí sú pod stresom	1,32	0,88	1,92	1,24	1,56	0,73
4.	Som príliš unavený/á, aby som si kurz (hodinu) užil/a	2,23	1,11	2,73	1,19	2,47	1,06
14.	Iba zriedka sa na hodinách nudím	1,89	1,07	2,35	0,87	1,81	0,99
15.	V tejto skupine mám dobrých priateľov	3,46	0,63	2,35	0,87	2,73	1,06
19.	Môj spoločenský život je dobrý	2,95	1,13	2,23	1,19	3,00	0,84
28.	Málokedy sa cítim osamelý/á	2,37	1,18	2,46	1,25	2,23	1,08
46.	Moje ubytovanie je príjemné	2,95	1,25	2,85	1,29	3,07	0,83
Spolu		17,17	7,25	16,89	7,90	16,87	6,59

Poznámka:

Zdroj: vlastný

OSE – odbor Ošetrovateľstvo **PA** – odbor Pôrodná asistencia **ZA** – odbor Zdravotnícky asistent**Hodnotenie:** 0 – 7 hrozné, 8 – 14 nepríjemné miesto, 15 – 21 nie príliš zlé, 22 - 28 sociálne veľmi dobré

Hodnotenie domény „Študentove vlastné sociálne vnímanie“ uvádza tabuľka 5. Najvyššie skóre v tejto doméne dosiahli študenti z odboru OSE, M=17,17 (SD 7,25).

Tabuľka 6 Hodnotenie jednotlivých domén DREEM dotazníka a celkové hodnotenie vzdelávacieho prostredia

Doména	M (FZO)	SD (FZO)	M (SZŠ)	SD (SZŠ)
Vnímanie učenia študentom	25,06	8,58	31,11	9,49
Vnímanie učiteľov študentom	26,14	10,11	31,76	10,9
Študentove akademické vlastné vnímanie	21,37	6,91	19,57	6,98
Študentove vnímanie atmosféry	19,09	11,00	26,00	11,30
Študentove vlastné sociálne vnímanie	13,84	5,82	16,87	6,59
Spolu	105,5	42,42	125,31	45,26

Poznámka:

Zdroj: vlastný

FZO – fakulta zdravotníckych odborov SZŠ – stredná zdravotnícka škola.

Tabuľka 6 uvádza celkové hodnotenie domén. Svoje vzdelávacie prostredie hodnotili študenti strednej zdravotníckej školy lepšie $M=125,31$ ($SD\ 45,26$) ako študenti Fakulty zdravotníckych odborov Prešovskej Univerzity v Prešove. Aj napriek vyššiemu skóre u študentov zo strednej zdravotníckej školy, hodnotenie oboch skupín je v rozmedzí 100 – 150, čo predstavuje viac pozitívne ako negatívne hodnotenie vzdelávacieho prostredia zo strany všetkých študentov.

Diskusia:

Cieľom našej štúdie bolo zistiť, ako hodnotia svoje vzdelávacie prostredie študenti na Fakulte zdravotníckych odborov Prešovskej Univerzity v Prešove. Problematické položky (priemerná hodnota odpovede menej ako 2) boli v tejto skupine respondentov tri položky a to nasledujúce: položka 3 (Existuje dobrý podporný systém pre študentov, ktorý sú pod stresom?) $M=1,46$ ($SD\ 1,01$), položka 8 (Učitelia študentov zosmiešňujú) $M=1,94$ ($SD\ 0,99$) a položka 35 (Moje skúsenosti považujem za neuspokojivé) $M=1,60$ ($SD\ 0,96$). Ďalšie položky s priemerom odpovedí s nižším ako 2 boli položky 42 (Potešenie z hodiny prevažuje nad stresom) $M=1,71$ ($SD\ 0,82$) a položka 50 (študenti dráždia učiteľov) $M=1,72$ ($SD\ 1,11$). K najlepšie hodnoteným položkám u študentov PU patrila položka 15 (V tejto skupine mám dobrých priateľov) $M=3,36$ ($SD\ 0,67$).

Ďalším cieľom bolo zistiť, ako hodnotia svoje vzdelávacie prostredie študenti na strednej zdravotníckej škole. Medzi najviac problematické položky s priemerným skóre pod 2 patrili v tejto skupine respondentov nasledujúce položky: Položka 3 (Existuje dobrý podporný systém pre študentov, ktorí sú pod stresom?) $M=1,56$ ($SD\ 0,73$), položka 8 (Učitelia študentov zosmiešňujú) $M=1,92$ ($SD\ 1,10$), položka 11 (Atmosféra je počas konzultácií uvoľnená) $M=1,96$ ($SD\ 1,10$) a položka 12 (Tento semester / šk. rok je dobre rozvrhnutý) $M=1,71$ ($SD\ 1,01$). K ďalším položkám s priemerným skóre odpovedí pod 2 patrili položky 14 (Iba zriedka sa na hodinách nudím) $M=1,81$ ($SD\ 1,99$) položka 41 (Moje zručnosti zvládania problémov sú v tomto semestri dobré rozvíjané) $M=1,84$ ($SD\ 0,92$) a položka 42 (Potešenie hodiny prevažuje nad stresom) $M=1,62$ ($SD\ 1,14$). K najlepšie hodnoteným položkám študentov strednej zdravotníckej školy patrila položka 47 (Dlhodobé vzdelávanie je zdôraznené nad krátkodobým vzdelávaním) $M=3,48$ ($SD\ 0,83$).

Pri celkovom hodnotení domén svoje vzdelávacie prostredie hodnotili lepšie študenti strednej zdravotníckej školy $125,31/200$ ($SD\ 45,26$) ako študenti Fakulty zdravotníckych odborov $105,5/200$ ($SD\ 42,42$). Hodnotenie celkového skóre u študentov z Indie bolo $101,12/200$ ($SD\ 26,78$). Hodnotenie u všetkých však bolo hodnotenie viac pozitívnejšie ako negatívne, rovnako ako v štúdiu Lizákovej a Novotnej (2012), $119,14/200$ ($SD\ 9,78$), rovnako ako v štúdiu Lizzia et al. (2002), s použitím rovnakého meracieho nástroja hodnotili študenti tiež svoje prostredie viac pozitívnejšie ako negatívne $135,37/200$ ($SD\ 19,33$).

Rôzne podobne zamerané štúdie uvádzajú podobné hodnotenie, ako napríklad v Malajzii $119/200$, $114/200$ a $107/200$ v Indii a $139/200$ v Spojenom kráľovstve (5). Lekárska fakulta kráľovskej Saudskej univerzity v Saudskej Arábii uviedla skóre $89/200$, čo je zatiaľ najnižšie publikované skóre s použitím meracieho nástroja DREEM. Štúdie vo Švédsku a Írsku uvádzajú skóre 145 a viac (Hammond, 2012). Štúdia na Novom Zélande publikuje dosiahnuté skóre $176/200$ (excelentné vzdelávacie prostredie) (Foster et al, 2012).

Keď hodnotíme vzdelávacie prostredie našej štúdie, ale aj zahraničnej musíme povedať, že výsledok je viac pozitívny ako negatívny. Zlepšenie je potrebné v každej skúmanej doméne. Najlepšie hodnotená doména v našom prieskume bola "Vnímanie učiteľov študentom" obidvoma skupinami študentov. Najhoršie hodnotili doménu „Študentove vlastné sociálne vnímanie“. Úspech a spokojnosť študentov závisí od ich vzdelávacieho prostredia.

Záver:

Zisteniami, ktoré nám poskytli výsledky našej štúdie, môžeme konštatovať, že nami stanovené ciele sa splnili, no zároveň nám tieto výsledky potvrdili, že máme aj určité rezervy, ktoré treba vylepšiť. Hodnotenie vzdelávacieho prostredia by malo byť na všetkých školách, kde sa pripravujú študenti na zdravotnícke povolanie. Hodnotenie prostredia by nám mohlo napomôcť k celkovému zlepšeniu podmienok štúdia a to aj k poskytovaniu kvalitnejšej zdravotnej starostlivosti.

Literatúra:

BLAŠKO, M. 2008. *Úvod do modernej didaktiky*. Katedra inžinierskej pedagogiky Technickej univerzity, 2008. 91 s. ISBN 978-80-8073-973-7.

BEŇUŠOVÁ, K., HOZLÁROVÁ, M. 2006. *Akreditácia ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov*. Bratislava : MZ SR, 2006. 54 s. ISBN 80-969 507-0-3.

EDGREN, G.- HAFFLING AC.- JAKOBSSON, U. 2010. et al. *Comparing the educational environment (as measured by DEEM) attwo deferent stagesof curriculum reform*. Med Teach 2010. 32(6) : e233-8.

FOSTER Page, L.- KANG, M.- ANDERSON, V.- THOMSON W. 2012. *Appaisal of the Dundee Ready Educational Environment Measure in New Zealand dental educational enviroment*. Eur J Dent Educ. 2012. 16(2) : 78-85.dostupné na internete: doi: 10.1111/j.1600-0579.2011.00725.x(PubMed) (Cross Ref).

GENN,J.-AMME. 2001. *Medical Education Guide No.23 (Part 2): Curriculum, enviroment, climate, quality and change in medical education-a unifying perspective*. Med Teach. 2001, 23(5): 445-454. (PubMed).

HANZLÍKOVÁ, A. 2011. *Profesionálne ošetrovatelstvo a jeho regulácia*. Martin: Osveta, 2011. 155 s. ISBN 978-80-8063-360-8.

HAMMOND, SM.- ROUKE ,M.- KELLY, M.- BENNET, D. – FLYNN, S. 2012.*A psychometric appraisalofthe DREEM*. BMC Med Educ.2012,12:2.

HAŠKOVÁ, A. 2000. *Fyzikálna úloha ako hrový prvok edukačného prostredia v práci s nadanými*. In : *Netradičné podoby edukačného prostredia*. Nitra: PF UKF. 2000. 87-147s. ISBN 80-8050-385-0.

KRIŠKOVÁ, A. 2000. *Povolania a zamestnania v oblasti zdravotníctva*. Bratislava: Logos, 2000. 33s. ISBN 80-88800-15-3.

LIZÁKOVÁ, Ľ. – NOVOTNÁ, Z. 2012. *Vnímanie vzdelávacieho prostredia študentmi pred zavedením simulačného laboratória na Fakulte zdravotníckych odborov Prešovskej Univerzity v Prešove*. In *Grant journal*. ISSN 1805-062X, 1805-0638(online). 2012. 4/2012. 30-32 s.

LIZZIO, A. WILSON, K. SIMONS, R. 2002. *University students' perceptions of the leasing environment and academic outcomes: implications for theory and practice*. Stud Hihg Educ. 2002, 27(1): 27-52. doi: 10.1080/03075070120099359. (Cross Ref).

PRŮCHA, J. 2002.*Učitel: Současné poznatky o profesi*. Praha: Portál. 2002. 160 s. ISBN 80-7178-621-7.

ROOF, S. 2005.*The Dundee Ready Educational Environment Measure (DREEM) a generic instrument for measuring students' perceptions of undergraduate health professions curricula*. Med Teach. 2005. 27:322-5.

TUREK, I. 2008. *Didaktika*. 3.vyd.Bratislava: Iura Edition. 2008. 595 s. ISBN 978-80-8078-198-9.

ZELINA, M. 2011.Veda a umenie edukácii. In *Technológia vzdelávania*. ISSN 1335-003X. 2011, 09/2011, s 13-15.

Korespondence:

doc. PhDr. Anna Murgová, PhD.

VŠZaSP sv. Alžbety, Bratislava

Pracovisko Prešov: Jilemnického 1/A, 080 01 Prešov

Pracovisko Michalovce: Partizánska 23, 071 01 Michalovce

Email: annamurgov@gmail.com



INOVÁCIA PREDMETU OŠETROVATEĽSKÉ POSTUPY I A II – VYTVORENIE MODULOVÉHO VZDELÁVACIEHO PROGRAMU

Terézia Fertalová, Iveta Ondriová, Lívia Hadašová

Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra ošetrovateľstva

Súhrn: Vysoko humánna a zodpovedná práca zdravotníckych pracovníkov kladie veľký dôraz na ich profesionálnu prípravu. Vzdelávacie inštitúcie majú preto povinnosť neustále ju skvalitňovať a aktuálne reagovať na potreby súčasnej spoločnosti. Na Fakulte zdravotníckych odborov PU v Prešove realizujeme projekt zameraný na vytvorenie a implementáciu modulového systému vzdelávania v predmete Ošetrovateľské postupy I a II s cieľom uplatnenia inovatívnych postupov v pregraduálnom vzdelávaní sestier. Modulové vzdelávanie môže byť veľmi účinným systémom autentického vyučovania, ktoré je charakteristické uplatnením vyšších myšlienkových procesov a riešením problémov v spojení s praxou. Modulový systém je pružný a umožňuje škole rýchlo reagovať na inovačné procesy, ktoré sa vzťahujú na spôsob, formu, čas vzdelávania a na individuálne možnosti študenta.

Kľúčové slová: *inovácia vyučovania, modul, ošetrovateľstvo, vzdelávanie.*

Innovation of the subject nursing procedures i and ii - creating a modular education program

Summary: The highly humane and responsible work of health professionals places great emphasis on their professional training. Educational institutions are therefore obliged to constantly improve it and respond to the needs of today's society. At the Faculty of Health, Presov University in Prešov, we are implementing a project aimed at creating and implementing a modular system of education in the subject of Nursing Procedures I and II with the aim of applying innovative practices in undergraduate education of nurses. Modular learning can be a very effective system of authentic teaching, which is characterized by the application of higher thought processes and problem solving in conjunction with practice. The modular system is flexible and allows the school to respond quickly to innovation processes that relate to the way, form, learning time, and individual student options.

Key words: *teaching innovation, module, nursing, education.*

Úvod

Základom vzdelania v ošetrovateľstve je nadobudnutie potrebných teoretických vedomostí a praktických zručností v oblasti prevencie, schopnosti rozpoznania príznakov ochorenia, zvolením vhodnej liečby alebo ošetrovateľskej starostlivosti (Kuberová, 2010).

Výsledkom potreby modernizácie výučbových procesov v ošetrovateľstve je vznik modulov, ktoré predstavujú novú formu celkovej štruktúry vzdelávacieho procesu (Cuperová, 2017).

„Modul je jednotka učiva, ktoré nie je rozdelené na vyučovacie predmety (alebo tematické celky). Je to samostatná, ucelená, záväzná a autoritatívna časť učiva pri plnení cieľov výučby. Vymedzuje, čo sa má študent naučiť a dosiahnuť“ (Cuperová, 2017, s. 8).

Podľa Blaška (2013) je modulový spôsob vzdelávacieho procesu schopný ponúknuť študentovi viacero možností počas jeho študijného rastu, prispôsobenie sa aktuálnym potrebám a záujmom študenta ako aj priamu nadväznosť primárneho odborného štúdia s celoživotným vzdelávaním.

Členovia národného ústavu celoživotného vzdelávania modul definovali ako obsahovo uzavretý okruh učiva, reprezentujúci samostatnú časť výučbového cyklu.

Vzdelávací program tvorený jednotlivými modulmi umožňuje študentovi zúčastniť sa len tých modulov, ktoré sú dôležité pre jeho ďalší profesijný rast alebo rozšírenie kvalifikácie

Modulárny spôsob vzdelávania je zreteľne odlišný od štandardnej dlhoročne užíwanej formy vyučovania členeného na jednotlivé predmety. Predstavuje nový spôsob myslenia, vedenia procesu výučby a hodnotenia študentov. Jeho cieľom je zvýšiť efektivitu teoretickej a praktickej prípravy študentov ošetrovateľstva, čím sa pozitívne ovplyvní ich kvalifikácia v praxi (Mastiliaková a kol., 2013).

Na Fakulte zdravotníckych odborov Prešovskej univerzity v Prešove realizujeme projekt podporený Kultúrnou a edukačnou grantovou agentúrou KEGA.

Zámerom projektu je vytvoriť modulový systém vzdelávania pre výučbu predmetu Ošetrovateľské postupy I a II. Ošetrovateľské postupy sú základom pre profesionálny výkon povolania sestry. Po ich zvládnutí môže študent v rámci štúdia absolvovať klinickú prax v prirodzených podmienkach. Ošetrovateľské postupy sa vyučujú v simulačnom laboratóriu, kde si študent precvičuje jednotlivé ošetrovateľské výkony na simulačných modeloch. Študent v prvom ročníku štúdia v odbore ošetrovateľstvo musí zvládnuť rozsahom a obsahom pomerne náročné učivo. Zvyšovanie kvality vzdelávacieho procesu nás kreuje upravovať a zdokonaľovať metodiku a formu vzdelávania.

Modulový systém poskytuje študentovi prijímať ucelené informácie. Pedagóg, ktorý sa stáva garantom modulu má priestor pre dokonalejšie prepracovanie teoretického základu modulu v nadväznosti na precvičovanie, overovanie teoretických vedomostí a praktických zručností. Vysokoškolské vzdelávanie má študentom poskytovať najnovšie vedecky overené poznatky. Modulový systém vzdelávania inšpiruje pedagóga tieto výsledky aktívne vyhľadávať a transformovať do vzdelávania.

Vzdelávací modul je zostavený z viacerých prvkov, charakterizujúcich jeho základnú štruktúru, obsahovú časť, celkový priebeh a podmienky úspešného výstupu. Jeho súčasti uvádzame v nasledujúcej časti.

Názov modulu. Názov daného modulu je prepojený a priamo sa vzťahuje na názov základného vzdelávacieho procesu (Cuperová, 2017).

Organizačná forma. Je dôležité rozhodnúť, či bude výučba prebiehať hromadne formou prednášky, skupinovo rozložením celkového počtu študentov na menšie skupinky s podporou ich vzájomnej spolupráce alebo zvolíme individuálnu formu výučby vytvárajúcu priestor kvlastnej realizácii študenta. Do popredia sa dostáva tzv. učenie zamerané na študenta, ktoré od neho vyžaduje vyšší rozsah aktivity počas výučbového procesu. Voľba organizačnej formy taktiež úzko súvisí s obsahom modulovej výučby a potrebou výučbových prostriedkov a priestorov (Rohlíková, Vejdovová, 2012).

Cieľová skupina. Pri tvorení modulu sa zameriavame na skupiny ľudí, ktorých odborné smerovanie sa dotýka témy vybraných modulov. Cieľové skupiny sa môžu zúčastniť výučby vo všetkých moduloch alebo si vybrať len tie, o ktoré majú reálny záujem.

Požadované vstupné vzdelanie. Uvedením podmienok minimálneho vstupného vzdelania študentov ovplyvníme ich výber do programu podľa náročnosti vytýčených učebných cieľov, plánov, osnov a žiadanej kvalifikácie v teoretickej a praktickej oblasti.

Profil absolventa. Podáva jasný opis o vedomostných požiadavkách, odborných zručnostiach, fyzických a psychických dispozíciách po úspešnom ukončení vzdelávania v danom module. Popisuje reálne možnosti uplatnenia a kompetencie absolventa v pracovnej oblasti (Blaško, 2013).

Metódy. Metódy predstavujú strategické postupy vedúce k osvojovaniu nových vedomostí, zručností postupov a schopnosť preukázať sa nimi v praxi. Tvoria dôležitú súčasť interakcie medzi učiteľom a študentmi a efektívny spôsob pri dosahovaní vytýčených cieľov vo vyučovacom procese. Z didaktického pohľadu ich môžeme rozdeliť na:

- a) *Slovné metódy*: patrí sem napr. diskusia, prednáška, rozhovor, opis, výklad.
- b) *Názorno-demonštračné metódy*: radíme tu demonštrácie, pozorovanie, porovnávanie alebo manipuláciu s predmetmi.
- c) *Praktické metódy*: rôzne práce písomného či grafického charakteru, práca na reálnych pracoviskách, tréning, cvičenie (Bajtoš, 2013; Kuberová, 2010).

Rozsah modulu. Je podmienený vopred určeným plánom výučby, jej osnovy a profilom absolventa. Vyučovaciu jednotku vzdelávacieho programu tvorí jedna vyučovacia hodina, ktorej rozsah je vymedzený na 45 minút. Tento fakt nie je platný v prípade, ak vyučovanie prebieha na mieste neoznačené ako vzdelávacia inštitúcia. Vyučovacia hodina v takomto prostredí trvá 60 minút.

Učebný plán. Základy učebného plánu sú tvorené praktickými a vedomostnými schopnosťami zahrnutými v profile absolventa. Ciele vzdelávacieho modulu a základné odborné témy modulu musia byť v pláne presne definované.

Učebné osnovy. Učebné osnovy slúžia na detailné spracovanie všetkých odborných tém v danom učebnom pláne. Popisujú obsah, rozsah, všeobecné a špecifické ciele, stratégiu, zvolené metódy a formy výučby. Charakterizujú priebeh výučby po obsahovej aj procesualnej stránke (Blaško, 2013; Cuperová, 2017).

Záverečná skúška – hodnotenie. Ukončenie modulu sprevádza absolvovanie záverečnej skúšky, pomocou ktorej získame prehľad o miere nadobudnutých vedomostí a zručností študenta. Skúšanie je možné viesť ústnym, písomným, praktickým alebo kombinovaným spôsobom. Na vysokej škole sú najviac zaužívané priebežné hodnotenia, zápočty a skúšky. Pri hodnotení študenta je možné prihliadnúť aj na jeho odborné práce či prezentácie odovzdané počas štúdia. Kritéria záverečného hodnotenia musia byť jasné, zrozumiteľné a vopred stanovené (Bajtoš, 2013; Blaško, 2016).

Materiálne a technické zabezpečenie. Pre dosiahnutie vysokej úrovne modulového vzdelávania je nutné zabezpečiť vhodné podmienky. Dôležité je presne definovať priestorové požiadavky, kde bude výučbový proces prebiehať, materiálne- technické vybavenie, pomôcky a modely určené k odbornému vzdelávaniu. Zaisťiť dostupnosť a aktuálnosť odborných materiálov súvisiacich s danou problematikou (Blaško, 2016).

Personálne zabezpečenie. Modulový výučbový proces má viesť kvalifikovaný personál s kvalitnými odbornými skúsenosťami, spojenými s neustávajúcim vzdelávaním sa v odbore. Pedagóg zastupuje miesto činiteľa, ktorý zodpovedá za priebeh a efektivitu výučbového procesu (Bajtoš, 2013; Blaško, 2013).

Ošetrovateľské postupy sú subsystémom ošetrovateľstva, jeho jednotlivých odborov. Ošetrovateľské postupy chápeme ako prostriedok realizácie praktických činností ošetrovania. Sesterské činnosti sa menia a priebežne formujú podľa požiadaviek praxe, podľa zmien vo vzdelávaní a kompetenciách zdravotníckych pracovníkov na všetkých úrovniach.

Koncepcia osnovy predmetu vychádza z kompetencií sestier, ktoré vymedzuje Vyhláška MZ SR 95/2018 Z.z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne, samostatne na základe indikácie a v spolupráci s lekárom <http://www.zakonypreludi.sk/zz/2018-95>.

Zámerom riešiteľského kolektívu je poskytnúť pedagógom metodiku implementácie moderných vyučovacích metód s cieľom aktivizácie študentov a najmä zvyšovanie ich profesionality.

Teoretická časť vyučovacieho procesu s nácvikom praktických zručností v laboratórnych podmienkach je základom pre realizáciu klinickej praxe študentov odboru ošetrovateľstvo v prirodzených podmienkach. Vzhľadom na rozsiahlosť obsahu predmetu Ošetrovateľské postupy, je nevyhnutné reagovať modernizáciou metód a obsahu vzdelávania implementáciou modulového systému. Očakávaným prínosom predkladaného projektu je ucelený a precízne prepracovaný systém

vzdelávania. V prvom rade je teda prínosom pre študentov. Po ukončení štúdia sestra môže poskytovať ošetrovateľskú starostlivosť samostatne alebo v spolupráci s lekárom. Sestra s teoretickými vedomosťami a nadobudnutými praktickými zručnosťami sa stáva plnohodnotným členom zdravotníckeho tímu, teda je prínosom pre ošetrovateľskú prax a pre všetkých, ktorým je ochotná zmierňovať utrpenie spôsobené telesným alebo duševným ochorením. Členovia riešiteľského kolektívu získavajú zároveň priestor pre implementáciu nových poznatkov, sebarealizáciu a pre zvyšovanie kvality vzdelávania. Študent, ktorý pozitívne hodnotí proces vzdelávania, materiálne – technické vybavenie vzdelávacej inštitúcie či inovatívny prístup pedagógov, je zároveň impulzom zvyšovania záujmu o štúdium, v porovnaní s vysokými školami s rovnakým zameraním.

Záver

Moderná inovovaná výučba je predpokladom vyššej motivácie študentov o prácu sestry. Projekt bol vypracovaný na základe dopytu trhu po kvalitných absolventoch pripravených pre ošetrovateľskú prax, čo je zárukou, že jeho realizácia významne prispeje k zvýšeniu konkurencieschopnosti vysokej školy. Doterajšie vedomosti a skúsenosti z predchádzajúcich podporených grantových projektov nás smerovali k potrebe zvyšovať kvalitu vysokoškolského vzdelávania sestier. Vysoká škola, ktorá pripraví mladého človeka do praxe s takými znalosťami a zručnosťami, na ktorých bude môcť stavať počas celej svojej kariéry a prinášať tak pridanú hodnotu nielen svojmu zamestnávateľovi, ale i sebe a v konečnom dôsledku celej spoločnosti získava oveľa viac ako konkurencieschopnosť v prostredí vysokých škôl s rovnakým zameraním.

Príspevok vznikol s podporou projektu Kultúrno edukačnej a grantovej agentúry KEGA č. K-17-008-00 Inovácia predmetu Ošetrovateľské postupy I a II – vytvorenie modulového vzdelávacieho programu.

Literatúra

BAJTOŠ, J. (2013). *Didaktika vysokej školy*. Bratislava. Wolters Kluwer, 2013, 400 s. ISBN 978-80-8078-652-6.

BLAŠKO, M. *Tvorba programu výučby*. (2013) [cit. 2019-07.01]. Dostupné na internete: <
<http://web.tuke.sk/kip/main.php?om=1300&res=low&menu=1310>>

BLAŠKO, M. *Tvorba programu výučby*. (2016)) [cit. 2019-07.01]. Dostupné na internete: <
<http://web.tuke.sk/kip/main.php?om=1300&res=low&menu=1310>>

CUPEROVÁ, J., ELIÁŠOVÁ, A. et al, 2017. Modulový vzdelávací systém v pregraduálnom vzdelávaní sestier. In: DERŇAROVÁ, L., CINOVÁ, J. et al., eds. *Quo vadis zdravotníctvo III.; medzinárodná vedecká konferencia*. Prešov: Fakulta zdravotníckych odborov PU v Prešove, s.7-16. ISBN 978-80-555-1868-8.

KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovateľstvá*. Praha: Portál, 2010, 248 s. ISBN 978-80-7367-684-1.

MASTILIAKOVÁ, D., GIBBS, A., ŠPIRUDOVÁ, L., ADAMCZYK, R. 2013. Inovace studijního programu ošetrovateľstvá ve vztahu k národnímu kvalifikačnímu rámci terciárního vzdělávání české republiky. In: *Modulární struktura ve studiu ošetrovateľstvá*. Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí k výsledkům projektu OP VK č. CZ.1.07/2.2.00/15.0178 Inovace studijního programu Ošetrovateľstvá na Slezské univerzitě v Opavě. Opava: SU, s. 99-111. ISBN 978-80-7248-883-4

ROHLÍKOVÁ, L., VEJVODOVÁ, J. 2012. *Vyučovací metody na vysoké škole*. Praha: Grada Publishing. s. 21-22. ISBN 978-80-247-4152-9.

Korespondence:

PhDr. Terézia Fertalová, PhD.

Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov

Partizánska 1, 080 01 Prešov

Tel: 00421517562462

email: terezia.fertalova@unipo.sk

VÝVOJ VZDĚLÁVÁNÍ V ANESTEZIOLOGII, RESUSCITACI A INTENZIVNÍ PÉČI

PhDr. Jana Hocková, Ph.D., Mgr. Pavla Kordulová

Ústav teorie a praxe ošetrovatelství, 1. Lékařská fakulta, Univerzita Karlova

Souhrn: Příspěvek se zabývá vývojem vzdělávání v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči v České republice. Dílčím cílem je zmapovat specializační vzdělávání v oboru Intenzivní péče od jeho kořenů až do současnosti. V úvodu je popsán vývoj oboru anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče, taktéž jsou zde uvedeny informace o práci sester, včetně jejich kompetencí v tomto oboru před oficiálním zavedením specializačního studia. Následující kapitoly jsou věnovány popisu specializačního vzdělávání od roku 1971 do roku 2019. Každá z těchto kapitol je zakončena výčtem kompetencí sester, které jsou následně porovnány.

Klíčová slova: *anesteziologie, resuscitace, intenzivní péče, specializační vzdělávání, sestra*

DEVELOPMENT OF EDUCATION IN ANESTHESIA, RESUSCITATION AND INTENSIVE CARE

Summary: The article deals with the development of education in anesthesiology and intensive care in the Czech Republic. The operational objective is to explore specialized education in the field of intensive care from its roots to the present. At the beginning describes the development of the field of Anesthesiology and Intensive Care, also are given information about the work of nurses, including their competencies in this field before the official introduction of specialized study. The following chapters are devoted specialized education from 1971 to 2019. Each of these chapters ends with a list of competencies of nurses, which are then compared.

Key words: *anesthesiology, resuscitation, intensive care, specialized education, nurse*

Úvod

První dochované zmínky o anestezii pochází z roku 3500 př. n. l. K zásadnímu obratu v anesteziologii došlo až v 19. století, kdy doktor William Thomas Green Morton předvedl odbornému publiku éterovou narkózu. Po pouhých 114 dnech éterovou anestezii u nás použil Celestin Opitz. V té době však ještě neexistovala umělá plicní ventilace, a proto se k výkonům v éterové anestezii vybírali pouze pacienti, kteří byli v celkově dobrém stavu a výkon mohl probíhat za spontánního dýchání (Pokorný, 1996). Za zakladatele moderní anesteziologie v Československu považujeme doc. MUDr. Lva Spinadela, CSc., který získal své anesteziologické znalosti v zahraničí za 2. světové války. Právě jím bylo dne 1. ledna 1948 v Ústřední vojenské nemocnici založeno první samostatné anesteziologické oddělení v Československu. Velmi záhy chirurgové pochopili, že další rozvoj chirurgie závisí na vývoji a možnostech anestezie, a že je třeba spolupracovat s vyškolenými odborníky, kteří se věnují speciálně této problematice. Již v roce 1952 dochází k založení Anesteziologické komise chirurgické sekce Československé lékařské společnosti J. E. Purkyně (dále jen ČSCHS). Pod vedením doc. MUDr. Jiřího Hodera, CSc. se ČSCHS zasloužila o vybudování anesteziologické služby a v roce 1961 o uznání anesteziologie jako samostatného lékařského oboru (Pokorný, 1996). Otcem moderní resuscitace byl americký profesor Peter Safar. Spolu s jeho kolegy se mu podařilo prokázat přednosti umělého dýchání, jak ho známe dnes. Později profesor Safar prokázal, že kombinace nepřímé srdeční masáže a umělého dýchání z plic do plic představuje účinnou metodu, jak odvrátit smrt. V roce 1961 formou resuscitační abecedy popsal jako první techniku resuscitace a v roce 1968 vydal příručku Kardiopulmonální resuscitace, která byla lékařskými společnostmi přijata jako jednotný protokol resuscitace. V roce 1973 American Heart Association vytvořila a doporučila techniky pro základní a rozšířenou neodkladnou resuscitaci. Vznikem historicky prvních jednotek intenzivní a resuscitační péče se vyznačují zejména 60. léta minulého století. K jejich vývoji docházelo hlavně v souvislosti s rozvojem anesteziologie, díky které bylo umožněno vykonávat řadu operačních výkonů, jejichž

provedení bylo dříve nemožné (Riedel, 2004). V roce 1965 vznikla v Krči první koronární jednotka a v roce 1967 zaznamenala důležitý historický moment i pediatrie, a to vznikem 1. pediatrické jednotky intenzivní péče na Dětské klinice v Olomouci. Později docházelo k rozšíření jednotek intenzivní péče. Jejich největší rozvoj zaznamenáváme v 80. a 90. letech minulého století. V roce 1971 se díky vyhlášce č. 72/1971 Sb. o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví stala Anesteziologie a resuscitace základní oborem a došlo také k rozšíření náplně tohoto oboru (Bohuš, 1987).

První anesteziologická sestra v předregulačním období

Za první anesteziologickou sestru v předregulačním období považujeme paní Alenu Stárkovou-Palečkovou. V letech 1944–1946 studovala na Ošetřovatelské škole kongregace Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze. Na anesteziologickém oddělení začala pracovat v roce 1949. Sestra Alena Stárková-Palečková se postupně zapracovala nejen do pečlivé spolupráce s anesteziologem, ale také do provádění celkové anestezie včetně laryngoskopie a endotracheální intubace po podání myorelaxancia. Když primář Spinadel onemocněl, prováděla sestra celkové anestezie sama podle požadavků chirurgů. Pod primářovým vedením si postupně osvojovala zvláštnosti a celou šíři práce anesteziologické sestry, a to především přípravu materiálu, přístrojů k anestezii, instrumentária, roztoků, anestetik a všech pomůcek k zajištění dýchacích cest. Stala se nezbytnou součástí týmu a díky její přesné práci a promyšlené organizaci probíhaly operační programy plynule. Po zapracování byla pověřena primářem Spinadalem školením několika vybraných sester v anesteziologické instrumentaci a své zkušenosti předávala i budoucím sestřám. Na základě rady primáře sestra Alena napsala Asociaci amerických anesteziologických sester do Chicaga a požádala je o zasílání jejich časopisu. I přes nemožnost platit si v té době předplatné časopisu jí bylo vyhověno a časopis *Journal of the American Association of Nurse Anesthetists* jí docházel od roku 1950 až do poloviny osmdesátých let. V tomto časopise byl každoročně zveřejňován seznam členek, mezi nimiž byla po řadu let uváděna i sestra Alena jako jediná sestra nejen z Československa, ale i z celé Evropy. V roce 1961 vydal profesor Pokorný společně se sestrou Alenou knihu s názvem *Anesteziologická technika*, ve které byly popsány technické aspekty anesteziologického provozu. Dne 1. ledna 1970 vystavila Americká asociace anesteziologických sester paní Aleně diplom – *Certified Registered Nurse Anesthetist*. Profesor Pokorný společně se sestrou Stárkovou-Palečkovou přešel dne 1. února 1973 z Ústřední vojenské nemocnice do Fakultní nemocnice v Motole, kde sestra pracovala jako odborná instruktorka mnoho let až do odchodu do důchodu (Pokorný, 2007).

Práce a kompetence sester v ARIP před rokem 1971

Před rokem 1971 sestry získávaly znalosti především od starších kolegyně. Mezi možnosti dalšího pomaturitního specializačního vzdělávání, které až do roku 1971 bylo pro sestry k dispozici pouze ve dvou úsecích práce, a to instrumentování na operačním sále a sociální služba. Kompetence sester nebyly stanoveny žádným právním předpisem (Drábková, 1981). Sestra měla za úkol pozorovat, měřit a zapisovat, a to jak klinicky, tak přístrojově. V důsledku nedostatku přístrojů probíhalo měření sestrou často manuálně a docházelo tak časové prodlevě při jejich práci. Technika umělého dýchání byla vždy v rukách lékaře. Sestra asistovala a připravovala pomůcky k podávání kyslíku, umělé hypotermii a drenážím. Sestra dále pravidelně odebírala biologický materiál, dokonce častěji než nyní, protože nebylo dostatek jiných diagnostických možností. V roce 1968 byla na evropský trh uvedena periferní žilní kanyla, jak ji dnes známe. Později se její zavádění přesunulo do náplně činnosti sester. Dále sestry zaváděly i permanentní močové katétry, které sloužily jak k měření diurézy, tak k odběrům moče (Drábková, 1981).

Specializační vzdělávání od roku 1971 do roku 1981

S přijetím vyhlášky č. 72/1971 Sb. již měly sestry možnost absolvovat specializační studium v oboru anesteziologie, resuscitace a intenzivní terapie. Podle tohoto dokumentu bylo realizováno specializační vzdělávání pro obor Zdravotní sestra, Dětská sestra a Ženská sestra v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči. Do pomaturitního specializačního studia byli zařazováni střední

zdravotničtí pracovníci, kteří získali odbornou způsobilost v příslušném oboru a splnili tříletou praxi v oboru, v němž se hodlali specializovat. Forma studia byla jak dálková, tak externí. Externí studenti byli vedeni individuálně stanoveným odborníkem. Dálkově studující se pak účastnili internátních soustředění v Ústavu pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků. Délka studia byla zpravidla dva roky a byla vždy blíže určena ve specializačních náplních. Studium bylo zakončeno ověřením znalostí získaných během pomaturitního specializačního studia. Kompetence, jak je známe dnes, stále neměly právní zakotvení. Ve vyhlášce č. 72/1971 Sb. můžeme najít pouze obecnou náplň činností středních zdravotnických pracovníků. Sestra uměla orientačně zhodnotit EKG, znát princip EEG, měření venózního tlaku, hodnocení dechového objemu a frekvence. Také připravovala pomůcky a přístroje k anestezii, instrumentovala při výkonech, pečovala o nemocné v bezvědomí včetně péče o dýchací cesty, sledovala monitory a správný chod dýchacího přístroje. Sestra znala a uměla provést dialýzu a prokazovala znalosti biochemických, hematologických, bakteriologických a toxikologických vyšetření. První absolventky studia dokončovaly specializaci v roce 1973, a do roku 1983 úspěšně ukončilo studium závěrečnou zkouškou 677 specialistek (Frýdecká, 1983).

Specializační vzdělávání od roku 1981 do roku 1988

V roce 1981 byly Ministerstvem zdravotnictví a Ústavem pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků vytvořeny pedagogické dokumenty pro specializační studium v úseku práce anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče pro obor Zdravotní sestra, Dětská sestra a Ženská sestra. V základních dokumentech nejsou uvedeny podmínky přijetí, nicméně tato kritéria můžeme najít ve vyhlášce č. 77/1981 Sb. Do specializačního studia se mohli hlásit zdravotničtí pracovníci, kteří získali odbornou způsobilost a splnili tříletou praxi v oboru. Vzdělávací dokumenty v rámci tohoto rozpětí konkretizovaly délku studia na jeden a půl roku. V prvním pololetí absolvovali studenti obecnou část (marxismus-leninismus, psychologie, řízení a ekonomika zdravotnictví). Dále studium navazovalo speciální částí, kterou tvořily tři předměty: Anesteziologie, Resuscitace a intenzivní péče, Organizace a provoz ARO a JIP. Poslední zmiňovaný předmět zahrnoval vedle organizační problematiky i obecně odbornou náplň těsně související s oborem, jako je hygiena a epidemiologie, zdravotnická psychologie, úkoly sester v mimořádných podmínkách, právo ve zdravotnictví a další. Praktické úkony při závěrečné zkoušce byly zaměřeny na kardiopulmonální resuscitaci; přípravu přístrojů a pomůcek pro celkovou anestezii, tracheální intubaci a ostatní činnosti v průběhu anestezie; kompletní péči o stanoveného nemocného na ARO nebo JIP, jeho sledování, ošetřování a provedení konkrétního úkolu, který byl stanoven členem zkušební komise (aplikace výživy sondou, odsávání z dýchacích cest apod.). V teoretické části pak bylo zkoušeno ze dvou předmětů – Anesteziologie a resuscitace, Intenzivní péče. Po úspěšně vykonané zkoušce bylo studentovi vydáno vysvědčení. K zásadní změně, co se týká činností sester, došlo v roce 1986, kdy byla poprvé vydána směrnice č. 10/1986 Sb. o náplni činnosti středních, nižších a pomocných zdravotnických pracovníků, ve které byly poprvé uvedeny činnosti sestry pracující na anesteziologicko-resuscitačním oddělení a na jednotce intenzivní péče. Tato směrnice byla publikována ve sbírce zákonů, a proto se s ní zacházelo jako s právním předpisem (Brůha et al, 2011).

Specializační vzdělávání od roku 1988 do roku 2004

V roce 1988 byly upraveny pedagogické dokumenty. Zahájení studia podle tohoto dokumentu proběhlo ve školním roce 1988/89. Studium bylo zřizováno na základě vyhlášky č. 77/1981 Sb. Studium trvalo jeden a půl roku a bylo organizováno jak formou dálkového studia, tak formou studia externího. V obecné části byly vyučovány předměty: Kapitoly z marxismu-leninismu, Psychologie a Řízení a ekonomika zdravotnictví. Speciální část obsahovala odborné předměty: Anesteziologie, Resuscitace a intenzivní péče, Organizace práce a provozu ARO JIP. Významné změny politického a společenského života přinesl rok 1989. I přes to, že v právních předpisech nedošlo v rámci pomaturitního specializačního vzdělávání k žádným změnám, měnila se praxe. Stejně tak, jako v předchozím období byla náplň činností sester uvedena ve směrnici č. 10/1986 Sb. Absolvent měl znát a ovládat teoretické poznatky z anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče v rozsahu potřebném pro práci sestry, péči o nemocné s náhlým selháváním vitálních funkcí a zajišťování všech přípravných

prací k podávání anestezie. Dále měl umět pečovat o anesteziologické instrumentárium, samostatně řešit náročné speciální problémy v daném úseku práce, odborně vést podřízené nebo méně zkušené pracovníky a organizovat i koordinovat provoz ARO a JIP v rozsahu svých kompetencí (Brůha et al, 2011).

Specializační vzdělávání od roku 2004 do roku 2010

Po vydání zákona č. 96/2004 Sb. již může specializační vzdělávání probíhat i mimo Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. Vzdělávání se soustřeďuje výhradně do akreditovaných zařízení, Před přihlášením k atestační zkoušce je nutné, aby student prokázal výkon povolání v příslušném oboru v délce minimálně 1 roku z období posledních 6 let. Vzdělávací program je tvořen moduly se stanoveným počtem kreditů a obsahoval 640 hodin teoretické a praktické výuky rozčleněné do jednotlivých modulů. Základní modul byl zaměřen na filozofii, psychologii, sociologii, pedagogiku, právo, výzkum a etiku v souvislosti s poskytováním zdravotní péče. Po absolvování tohoto modulu, následoval modul odborný. Obsahově byl zaměřen na poskytování komplexní specializované ošetrovatelské péče o pacienty starší deseti let, u kterých dochází k selhávání životních funkcí nebo toho selhání hrozí. Povinný odborný modul byl následován speciálními moduly, které jsou zaměřeny na jednotlivé specializované úseky práce a jsou doporučené, povinně volitelné, ale i volitelné. Jednalo se o moduly: Sestra pro intenzivní péči se zaměřením na neodkladnou péči, Sestra pro intenzivní péči se zaměřením na péči v anesteziologii, Sestra pro intenzivní péči se zaměřením na dlouhodobou umělou plicní ventilaci, Sestra pro intenzivní péči se zaměřením na očišťovací metody krve. Specializační vzdělávání bylo ukončeno atestační zkouškou. V roce 2004 byla vydána vyhláška č. 423/2004 Sb., která stanovovala činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, které jsou rozděleny do tří kategorií, a to činnosti, které všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí vykonává, samozřejmě na základě indikace lékaře, bez odborného dohledu, pod odborným dohledem a pod přímým vedením (Brůha et al, 2011).

Specializační vzdělávání od roku 2010

V roce 2010 vstoupilo v platnost nové nařízení vlády o oborech specializačního vzdělávání č. 31/2010 Sb.: Intenzivní péče, Intenzivní péče v pediatrii, Intenzivní péče v porodní asistenci. Otázky k atestační zkoušce se seznamem doporučené literatury jsou uvedeny a pravidelně aktualizovány na stránkách MZČR a pověřených organizací. Atestační zkouška se skládá z části praktické a teoretické. Za praktickou část se považuje ověření úspěšného zvládnutí praktických výkonů, analýza předložených ošetrovatelských nebo laboratorně diagnostických problémů (případových studií, modelových situací). Teoretická část atestační zkoušky spočívá v odpovědi na tři odborné otázky. Část specializačního vzdělávání lze absolvovat distančně, například metodou e-learningu. Specializační vzdělávání by mělo trvat 18–24 měsíců. Vzdělávací program obsahuje celkem 560 hodin teoretické a praktické výuky. Praktická výuka tvoří minimálně 50 % celkového počtu hodin. Přehled modulů – Intenzivní péče: základní modul (Organizační a metodické vedení specializované ošetrovatelské péče), odborný modul 1 (Úvod do intenzivní medicíny, podpora života), odborný modul 2 (Intenzivní péče v klinických oborech), odborný modul 3 (Diagnostické, terapeutické a ošetrovatelské výkony v anesteziologii a intenzivní medicíně), odborný modul 4 (Vybrané kritické stavy v intenzivní medicíně), odborný modul 5 (Odborná praxe na pracovišti akreditovaného zařízení). Kompetence jsou vymezeny v novelizované vyhlášce č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (Brůha et al, 2011).

Komparace kompetencí Sestry pro intenzivní péči

Až do roku 2004 byla platná směrnice č. 10/1986 Sb. Téměř dvacet let se naše legislativa obešla beze změn v kompetencích sester i přes to, jaký zásadní průlom za tuto dobu anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicína zaznamenala, a jak velmi obecně jsou činnosti sester v této směrnici popsány. Vzhledem k tomu, že se tato směrnice s následujícími vyhláškami č. 424/2004 Sb. a novelizovanou vyhláškou č. 55/2011 Sb. shoduje pouze v tom, že sestry se specializací v anesteziologii, resuscitací a intenzivní péči mohly provádět kardiopulmonální resuscitaci, pečovat o dýchací cesty včetně

odsávání z dolních cest dýchacích a vykonávat činnosti během celkové anestezie. Podle obou vyhlášek má sestra specialista v kompetencích sledování a analýzu stavu, hodnocení fyziologických funkcí a hodnocení závažnosti zdravotního stavu. Z předchozí vyhlášky o činnostech vyplývá, že sestra pro intenzivní péči paradoxně nesmí zahajovat kardiopulmonální resuscitaci, ovšem provádět ji už může. Pravděpodobně autoři vyhlášky uvažovali o provádění kardiopulmonální resuscitace komplexně a zahrnovali do této činnosti i její zahájení. K zajištění dýchacích cest při kardiopulmonální resuscitaci je sestra pro intenzivní péči kompetentní až po vydání nové vyhlášky. Před jejím vydáním k tomu kompetentní nebyla, ovšem pod přímým vedením lékaře se specializovanou způsobilostí v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči mohla provádět tracheální intubaci sestra pro intenzivní péči se zaměřením na péči v anesteziologii. K defibrilaci srdce a k péči o dýchací cesty včetně odsávání z dolních cest a endobronchiální laváže dýchacích cest byly sestry kompetentní po vydání obou vyhlášek. Nově sestrám přibyly činnosti u pacienta s akutním a chronickým selháním ledvin, který vyžaduje léčbu dostupnými očišťovacími metodami krve, činnosti v souvislosti s dlouhodobou umělou plicní ventilací i v domácí péči, činnosti spojené s přípravou, průběhem a ukončením aplikace metod léčby bolesti, činnosti při přípravě, v průběhu a bezprostředně po ukončení všech způsobů celkové a místní anestézie a punkce artérií k jednorázovému odběru krve a kanylaci k invazivní monitoraci krevního tlaku s výjimkou arterie femoralis. Podle předchozí vyhlášky měly za úkol činnosti u pacienta s akutním a chronickým selháním ledvin, který vyžaduje léčbu dostupnými očišťovacími metodami krve sestry pro intenzivní péči se zaměřením na očišťovací metody krve bez odborného dohledu a bez indikace. Činnosti v souvislosti s dlouhodobou umělou plicní ventilací měly za úkol sestry pro intenzivní péči se zaměřením na dlouhodobou umělou plicní ventilaci bez odborného dohledu a bez indikace. Činnosti při přípravě, v průběhu a bezprostředně po ukončení všech způsobů celkové a místní anestézie měla za úkol sestra pro intenzivní péči se zaměřením na péči v anesteziologii, a to bez odborného dohledu a bez indikace lékaře. Punkce artérií měla v náplni činností sestry pro intenzivní péči pod přímým vedením. Po vydání nové vyhlášky došlo ke změně. Z punkce artérií byla vyňata arteria femoralis a tato činnost se přesunula do kategorie činností bez odborného dohledu a na základě indikace lékaře. Podle starší vyhlášky mohla sestra pro intenzivní péči se zaměřením na anesteziologii zajišťovat dýchací cesty, zatímco z nové vyhlášky vyplývá, že je k tomuto výkonu kompetentní pouze v rámci kardiopulmonální resuscitace. Endobronchiální laváže u zaintubovaných nebo tracheostomovaných pacientů mohou sestry pro intenzivní péči vykonávat již od vydání vyhlášky č. 424/2004 Sb. ovšem dříve je vykonávaly pod odborným dohledem a podle vyhlášky č. 55/2011 Sb. je vykonávají bez odborného dohledu na základě indikace lékaře. V této kategorii sestrám pro intenzivní péči oproti starší vyhlášce přibyly tři činnosti, a to aplikace přetlakových objemových náhrad, extubace endotracheální kanyly a provádění externí kardiostimulace. Dříve měla extubaci tracheální rourky v náplni činností sestry pro intenzivní péči pod přímým vedením lékaře.

Závěr

Systematické vzdělávání sester v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči probíhá od roku 1971 především jako pomaturitní specializační studium, později se tento obor nakrátko objevil i na vyšších zdravotnických školách a v poslední době se rozvíjí i na vysokých školách. Sestry mají další možnost studia, a to na navazujícím magisterském programu v oboru Intenzivní péče. Vzdělávání v intenzivní péči probíhá více než 40 let a za tu dobu si prošlo značnými změnami, které kopírovaly dynamický vývoj zdravotnictví.

Použitá literatura

BOHUŠ, O. (1987) *Anestéziologia, resuscitologia a intenzivna starostlivost*, 1. vyd. Martin: Osveta, 1987. ISBN 70-049-87

BRŮHA, D., PROŠKOVÁ, E. (2011) *Zdravotnická povolání*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer ČR, a. s., 2011, 560 s. ISBN 978-80-7357-661-5

DRÁBKOVÁ, J. (1981) *Základy anesteziologie*, 1. vyd. Praha: Avicenum, 1981. ISBN 08-011–81

FRÝDECKÁ, H. (1983) Informace o pomaturitním specializačním studiu sester v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči. In *Referátový výběr z anesteziologie a resuscitace*, 1983, roč. 28. ISSN 0034-2688

POKORNÝ, J. (2007) První anesteziologická sestra v Československu - d. s. Alena Stárková – Palečková. In *Anesteziologie, intenzivní medicína*, 2007, roč. 18, č. 4, ISSN: 1214–2158

POKORNÝ, J. (1996) *Anesteziologie a resuscitace v České a Slovenské republice na cestě k odborné samostatnosti*, 1. vyd. Praha: Pražská vydavatelská společnost, 1996, 83 s. ISBN 80-85369–36-2.

RIEDEL, M. (2004) Dějiny kardiopulmonální resuscitace. In *Intervenční a akutní kardiologie*, 2004, roč. 3, č. 1, s. 44-52. ISSN 1251 3807X

Nařízení vlády č. 31/2010 Sb., o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí.

Vyhláška č. 72/1971 Sb., o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví

Vyhláška č. 77/1981 Sb., o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví

Vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

Korespondence:

PhDr. Jana Hocková, Ph.D.

Ústav teorie a praxe ošetrovatelství

1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy

Albertov 7

128 00 Praha 2

Email: Jana.Hockova@fnmotol.cz

ČINNOSŤ OŠETROVATEĽSKEJ ŠKOLY KONGREGÁCIE MILOSRDNÝCH SESTIER SVÄTÉHO KRÍŽA V ROKOCH 1938 – 1950

Marta Dobrotková¹, Ľubica Ilievová²

¹Katedra histórie, Filozofická fakulta, Trnavská univerzita v Trnave

²Katedra ošetrovateľstva, Fakulta zdravotníctva Trenčianskej univerzity Alexandra Dubčeka v Trenčíne

Súhrn: Štúdiá sa zameriava na činnosť Ošetrovateľskej školy v období rokov 1938 – 1950. V uvedenom čase bola výraznou osobnosťou školy Sr. Mária Fides Dermeková. Významnú úlohu zohrali aj spomienky Sr. Eleny Hrabkovej opisujúcej krutý osud školy a rehole v roku 1950 spojený s akciou R.

Kľúčové slová: Kongregácia milosrdných sestier Svätého Kríža. Ošetrovateľské vzdelávanie. Ošetrovateľská škola v Bratislave, Jozefína Fides Dermeková. Slovenská republika 1939 – 1945, Akcia R, Sr. Elena Valéria Hrabková.

Summary: The study focuses on the activities of the Nursing School between 1938 and 1950. At that time Sr. Maria Fides Dermek was a significant personality of the school. The memories of Sr. Elena Hrabková also played a significant role. She has described the cruel fate of the school and the order in 1950 associated with the action R.

Key words: Congregation of the Sisters of Mercy of the Holy Cross. Nursing Education. Nursing School in Bratislava. Jozefína Fides Dermek. Slovak Republic 1939 – 1945. Action R. Sr. Elena Valéria Hrabková.

Existenciu a vzdelávaciu činnosť Ošetrovateľskej školy Milosrdných sestier sv. Kríža v Bratislave v druhom desaťročí jej fungovania ovplyvnili viaceré dejinné udalosti. O procese výučby na ošetrovateľskej škole nás aj v rokoch 1938 – 1950 informuje Kronika Ošetrovateľskej školy Milosrdných sestier Sv. Kríža, ktorú písala od jej založenia v roku 1931 do roku 1943 Sr. Fides Dermeková.

Zo záznamov kroniky od roku 1938 sa dozvedáme o pokračovaní vyučovacieho procesu v ošetrovateľskej škole. Po ukončení Vyššej dietetickej školy v Prahe sa do školy vrátili Sr. Vinitia a Sr. Dulcissima. Sestry pôsobiace na škole zaslali 19. apríla 1938 do Prahy registračnú listinu diplomovaných ošetrovateliek. Riaditeľ školy doc. MUDr. Ľudovít Valach napísal do Prahy zvláštnu žiadosť o povolenie čiastkových skúšok na ošetrovateľskej škole v júni toho istého roku, a tak sa na základe povolenia pražského ministerstva konali 27. júna 1938 prvé čiastkové skúšky na ošetrovateľskej škole. Dňa 27. augusta 1938 navštívila ošetrovateľskú školu v Bratislave predstavená ošetrovateľskej školy v Prahe Ruth Tobolárová. Záznamy Sr. Fides Dermekovej v kronike Ošetrovateľskej školy Milosrdných sestier sv. Kríža v Bratislave reflektujú taktiež spoločensko-politickú situáciu Československej republiky. Dotýkajú sa významných osobností slovenského politického života a reagujú na viaceré politické udalosti. Na vyhlásenú mobilizáciu ošetrovateľská škola reagovala na základe nariadenia provinciálnej predstavenej rozpustením žiačok školy. Sestry ošetrovatelky zadelili pracovať do nemocnice. Dve sestry boli na požiadanie majora Dr. Mráza priradené do divíznej nemocnice. Vyučovanie bolo na všetkých školách na neurčitý čas pozastavené. Prednášky v ošetrovateľskej škole opätovne pokračovali od 10. októbra 1938. Dňa 22. októbra 1938 ošetrovateľská škola Milosrdných sestier sv. Kríža v Bratislave prijala 22 žiačok z ošetrovateľskej školy *dcér Najsvätejšieho spasiteľa* zo Znojma, nakoľko spomenutá škola v Znojme bola zrušená. Zároveň kongregácia sv. Kríža uzatvorila s predstaviteľmi rehole Dcér najsvätejšieho Spasiteľa dohodu, podľa

ktorej každoročne mienili prijať zo Znojma na svoju školu desať až dvanásť žiakov a úmerne podľa toho plánovali upraviť svoj rozpočet.

Kronika zápisom z 5. októbra 1938 informuje, že prezident Dr. Edvard Beneš a celá vláda s predsedom Dr. Milanom Hodžom podali demisiu. Vznikla nová vláda na čele s generálom Janom Syrovým. Kronikársky záznam svedčí aj o pocitoch sestier, ako ony samé vnímali spoločensko-politickú klímu: *„Ako sa nám ulahčilo, že neprišlo ku vojne, hoci štát krvácal nad ztrátou (autorka textu myslí na Mníchovskú dohodu, na základe ktorej sa Hitler dohodol s Talianskom, Anglickom o odstúpení pohraničných častí Československa obývaných nemeckou menšinou), ale boli uchránené životy mnohým tisícom ľudí, rodinám, otcovia, rodičom detí. Touto mníchovskou dohodou neboly upravené pomery Slovákov ku Maďarom a Čechom. Revolučné roky začaly tento neblahý pomer krystalizovať. Slovensko oduševnené Hlinkovou ideou dňa 6. októbra na slávnom Žilinskom zhromaždení, kde sa síšly zástupcovia Hlinkovej strany, taktiež zástupcovia iných strán na autonomii Slovenska, ktoré potvrdila aj vláda pražská. Za predsedu vlády bol zvolený Dr. Jozef Tiso, za ministra školstva Dr. Matúš Černák, za ministra zdravotníctva a sociálnej starostlivosti Dr. Ferdinand Ďurčanský, za ministerstva železníc Ján Lichner, za ministra verejných prác Pavol Teplanský. Z citovaného textu je zrejmé, že sestry sv. Kríža sa zaujímali o hektické spoločenské dianie, ktoré prinieslo vyhlásenie autonómie Slovenska v rámci Československej republiky a s ňou súvisiace kroky centrálnej vlády v Prahe. 14. marca 1939 bolo v kronike zaznamenané: „Dr. Jozef Tiso vrátil sa ráno z Nemecka od kancelára Hitlera a hneď bol zvolený slovenský snem, ktorý končil vyhláseným samostatným „Slovenským štátom“. Slovenský štát mal hneď zvolený novú vládu. Za predsedu vlády bol zvolený Dr. Jozef Tiso, ministrom vnútra Karol Sidor, zástupca predsedu vlády Dr. Tuka, ministrom dopravy Július Stano, ministrom zahraničia Dr. F. Ďurčanský, minister národnej obrany Čatloš, minister školstva J. Sivák, pravosúdia Fritz, šéfom úradu propagandy Šaňo Mach, ktorý bol zvolený aj veliteľom Hlinkovej gardy“.*

Záverečné diplomové skúšky na škole prebiehali v dňoch 12.–13. júna 1939, žiakov bolo 66. Gynekológiu a pôrodníctvo skúšal namiesto prof. Čárskeho s povolením Krajinského úradu doc. Dr. Svetozár Štefánik. Záverečných skúšok sa zúčastnila provinciálna sestra Innocentia Jureková ako „udržiavateľka školy“. Zanedlho, presne 21. júla 1939, Fides Dermeková skončila po šiestich rokoch vo funkcii riaditeľky ošetrovateľskej školy. Naďalej však na škole vyučovala. Novou riaditeľkou sa stala Sr. Józsa Šebová.

V roku 1939 nastala istým spôsobom výnimočná situácia, pretože žiačkami ošetrovateľskej školy sa stalo devätnásť rádoých sestier, ktoré boli zamestnané viac ako desať rokov v nemocnici. Do ošetrovateľskej školy nastúpili iba na jeden školský rok, a to s cieľom doplniť si niektoré chýbajúce teoretické vedomosti. Prácu v nemocnici počas návštevy školy nemali vykonávať.

Zmena na poste riaditeľa školy nastala 11. októbra 1940, keď sa novým riaditeľom stal prof. Dr. František Šubík (slovenský básnik katolíckej moderny Andrej Žarnov, občianskym povoláním lekár – patológ, prednosta Ústavu patologickej anatómie Lekárskej fakulty Slovenskej univerzity), ktorý na škole pôsobil aj ako učiteľ. Prof. Ľudovít Valach, prvý riaditeľ ošetrovateľskej školy, zomrel v máji 1941. Na vypuknutie vojnového konfliktu vzdelávanie na ošetrovateľskej škole reagovalo doplnením niektorých vyučovacích predmetov. Od 13. februára 1941 sa začal na ošetrovateľskej škole vyučovať predmet *Verejné ošetrovanie vo vojne*. Uvedená tematika sa na ošetrovateľskej škole prednášala len počas vojny. Prednášky viedol riaditeľ Červeného kríža MUDr. Fedor Skotnický, ale žiačky neboli z predmetu hodnotené.

Sestry kongregácie si zvyšovali svoju kvalifikáciu štúdiom na učiteľských akadémiách. Ako príklad možno uviesť Sr. Sapientiu Kubalovú, ktorá ukončila štúdium na učiteľskej akadémii sv. Uršule v Bratislave s vyznamenaním. Potvrdili to aj slová Sr. Fides, ktorá v kronike napísala: *„toto je pre ošetrovatelstvo veľký prínos, že nebude sa dorast sverovať pri výchove len nahodilým vedomostiam nepovolaných osôb,, a tak sú časovo neskonale nütne pedagogicky dobre podkované osoby pevné na zásady viery...“*. Okrem sestry Sapientie učiteľskú akadémiu absolvovala aj kandidátka Sr. Elena

Valéria Hrabková (desaťročia uschovávala a chránila Kroniku ošetrovateľskej školy Milosrdných sestier Sv. Kríža pred poškodením a zničením). Na Učiteľskej akadémii sv. Uršule maturovala 8. júna 1943. *Učiteľské ústavy* sa od roku 1919 zákonom č. 293/1919 Z. z. a.n. zaradili do siete stredných škôl. Zákonom č. 288/1940 o *učiteľských akadémiách* sa učiteľské ústavy zmenil na učiteľské akadémie. V období Slovenskej republiky (1939 – 1945) existovali *učiteľské ústavy pre vzdelávanie učiteliek ženských odborných škôl*, ktoré patrili do kategórie stredných odborných škôl, tak ako aj ošetrovateľské školy.

12. júna 1943 boli v sídle provincie na Slovensku v Podunajských Biskupiciach obidve oficiálne uvedené ako dve nové učiteľky za prítomnosti provinciálnej sestry Innocentie Jurekovej. Sr. Fides pri slávnostnom akte predstavenia nových učiteliek dostala od provinciálnej predstavenej prísľub, že do ošetrovateľskej školy bude chodiť dvanásť žiakov. 19. júna 1943 sa konali záverečné diplomové skúšky. Štúdium ukončilo šestnásť žiakov, jedenásť riadnych a päť mimoriadnych na základe povolenia Ministerstva vnútra Slovenskej republiky.

Ošetrovateľská škola otvorila 1. septembra 1943 nový prvý ročník štúdia, do ktorého nastúpilo 33 študentiek, z toho 21 bolo civilných študentiek. Aj keď si všetci uvedomovali nebezpečenstvo vojny, rok 1943 prebiehal na ošetrovateľskej škole bez väčších prekážok. Jediné obmedzenie sa týkalo večerného zatemnenia okien. Ošetrovateľská škola na základe zákonných zmien požiadala 23. októbra 1943 prostredníctvom Ministerstva vnútra Slovenskej republiky Ministerstvo školstva a národnej osvety SR o udelenie „práva verejnosti“. Išlo o snahu vedenia ošetrovateľskej školy zaradiť ošetrovateľskú školu medzi odborné školy pre ženské povolania. Ako podporu na udržanie ošetrovateľskej školy dostala kongregácia dokonca finančnú sumu 500 Ks od Robotníckej sociálnej poisťovne, ktorá zabezpečovala nemocenské, úrazové a rentové poistenie robotníkov. Záverečné skúšky sa v roku 1944 uskutočnili skôr ako bolo zvykom, 12. júna. Štúdium v tomto školskom roku ukončilo 21 študentiek. Následne absolventky odišli buď domov alebo do ústavov.

Školský rok 1944/1945 sa začal ako obvykle v septembri, ale pretože ošetrovateľská škola sídlila blízko vojenského objektu a vojenského arzenálu, Ministerstvo zdravotníctva vydalo nariadenie, aby sa kvôli postupujúcemu frontu internát ošetrovateľskej školy zatvoril a aby boli žiačky podľa možnosti zadelené na prax do nemocnice. V budove školy zostal iba trvalý personál. Budovu zakrátko obsadilo sovietske vojsko. Ruské vojská budovu definitívne opustili v októbri 1945 a budova bola ošetrovateľskej škole vrátená 15. októbra 1945 na základe žiadosti Sr. M. Terézie Beckovej, generálnej predstavenej kongregácie Milosrdných sestier Sv. Kríža. Budovu úradne naspäť prevzala Sr. Fides Dermeková, ktorá v kronike spomína: „...*Hneď sme volali na hygienu, lebo riaditeľom bol MUDr. Vojtech Mucha (lekár, zakladateľ modernej vedy o hygiene na Slovensku, priekopník preventívnej medicíny, epidemiológie), prednosta hygieny, ten poslal skupiny pracovníkov i sestry prišli, polepili všetky okná, zablombovali a dezinfikovali. Tak nám všetko išlo v ústrety. Ministerstvo nám dalo subvenciu na výdavky, naši vojaci nám pomáhali vynášať nábytok po Rusoch, pálili sme smeti. Čoskoro prišli maliari a celý dom už vydezinfikovaný vymaľovali. I posteľe, ktoré boli na ministerstve zahraničia, už mali naložené na aute. ...Tak s Božou pomocou sme to zdolali a už v decembri sa mohla škola otvoriť. ...V obnovenej budove hneď začalo vyučovanie a čo bolo pre školu veľkým prínosom, všetky žiačky dostali štipendium. Tak bol aj provinčný dom odbremený od výdavkov na štúdium. Tým, že tri sestry dostávali školský plat, zase sa zvýšil príjem a mohlo sa i lepšie variť a kúriť“...atď. Vzdelávanie na ošetrovateľskej škole kongregácie Milosrdných sestier sv. Kríža v Bratislave trvalo do roku 1950. Záverečné diplomové skúšky sa na škole konali aj v roku 1947 s počtom absolventiek tridsať sedem a devätnásť. V roku 1947 absolvovala štúdium na ošetrovateľskej škole aj Sr. Elena. Na ošetrovateľskej škole nielen študovala, ale zároveň učila matematiku, keďže mala ukončené štúdium na učiteľskom ústave v Bratislave. V roku 1948 ukončilo štúdium na ošetrovateľskej škole osemnásť žiakov, dvadsaťjeden absolventiek, ktoré diplomové skúšky absolvovali taktiež v roku 1948, sú evidované v Katalógu z roku 1949.*

14. júna 1949 ukončilo štúdium diplomovými skúškami 53 žiakov. Z tohto počtu 31 absolventiek nastúpilo do školy v septembri 1947 (školský rok 1947 – 1949) a 22 žiakov študovalo na

ošetrovateľskej škole v školskom roku 1948 – 1949. V roku 1950 ukončilo štúdium 55 absolventiek, ktoré študovali v rokoch 1949 – 1950. Ošetrovateľská škola Milosrdných sestier Svätého kríža v Bratislave poslednýkrát otvorila prvý ročník v septembri 1949 (školský rok 1949/50). Do prvého ročníka nastúpilo sedemnást žiačok. V rámci zachovaných archívnych záznamov nie je známe, či štúdiom na ošetrovateľskej škole ukončili. V Katalógu ošetrovateľskej školy Milosrdných sestier Sv. Kríža v Bratislave sa v zázname „Diplomovala“ údaj o ukončení školy diplomovou skúškou nenachádza.

Ošetrovateľská škola v zmysle zákonov Slovenskej republiky 1939 – 1945 fungovala do roku 1948. V roku 1948 bola ošetrovateľská škola poštátnená. Majetok školy prepadol v prospech štátu, personál ponechali na škole. Sestry boli prijaté do rezortu Povereníctva SNR školstva a osvety a dostávali plat od štátu. Neskôr však dostali rehoľné učiteľky ošetrovateľskej školy listom zo dňa 25. júna 1950 z Povereníctva školstva, vied a umení v Bratislave prepúšťacie dekréty. Stalo sa to na základe *Zákona o základnej úprave jednotného školstva z 21.4.1948 v ustanovení § 2*. Keďže rehoľné učiteľky „vychovávateľské a vzdelávacie úlohy“ neplnili, bol ich pracovný pomer „štátnej učiteľky“ zrušený na základe *ustanovenia § 20 zákona č. 66/1950 Zb. Zákon o platových a pracovných pomeroch štátnych zamestnancov zo dňa 17.5.1950*. Pracovné príjmy boli rehoľným učiteľkám zastavené dňom 30.6.1950. Na príkaz Ústredného výboru KSS, Povereníctva školstva, vied a umení spolu so Slovenským úradom pre cirkevné veci prepustili zo školských služieb asi 340 rehoľníčok učiteľiek prepúšťacím dekrétom s dátumom k 30. júnu 1950, prípadne k 31. júlu 1950, ak si sestry prevzali prepúšťacie dekréty osobne.

Už 17. apríla 1950 ÚV KSČ prikázal navrhnúť spôsob „pozvoľného a možno dobrovoľného sústredenia rehoľníčok a ich pracovného využitia“. Štátny úrad pre veci cirkevné predložil 14. júla 1950 ÚV KSČ návrh na postupné sústredenie rehoľníčok. Detailný zámer akcie R bol schválený až 28. augusta 1950, keď sa do dôsledkov uskutočnil. Akcia R (rehoľníčky) začala krátko po akcii K (kláštory). Šlo o zrušenie mužských kláštorov na Slovensku.

Po krátkom čase Ošetrovateľskú školu Milosrdných sestier Sv. Kríža v Bratislave celkom zrušili, napriek tomu, že rehoľné ošetrovateľské školy malo prevziať Ministerstvo školstva a na Slovensku Povereníctvo zdravotníctva po zrealizovaní akcie R. Na rehoľné sestry sa vyvíjal tlak, aby sa z nich stali civilné zdravotné sestry. Budova ošetrovateľskej školy sa stala majetkom Mestského národného výboru v Bratislave a neskôr prešla pod správu bratislavského bytového podniku, pretože podľa vtedajších straníckych predstaviteľov boli mnohé kláštory nevyužitú, kým ľudovodemokratický štát nemal dost objektov pre školy a nemocnice.

Poznámka: Text je čiastkovým výstupom z riešenia grantu Ministerstva školstva Slovenskej republiky VEGA č. 1/0688/18 s názvom „Ošetrovateľská dimenzia pastoračnej charizmy Kongregácie milosrdných sestier Svätého Kríža na Slovensku v prvej polovici 20. storočia“.

Zoznam použitých prameňov a bibliografických odkazov

Pramene

Archív Kongregácie milosrdných sestier Sv. kríža v Trnave. DERMEKOVÁ, Fides: Kronika ošetrovateľskej školy 1931 –1943.

Štátny archív v Bratislave, fond: Ošetrovateľská škola v Bratislave, Katalóg Ošetrovateľskej školy Milosrdných sestier sv. Kríža v Bratislave, inv. č. 6664, 6665, 6666, 6667, 6668, 6669, 66670, 66671, 6672.

Štátny archív v Bratislave, fond Ošetrovateľská škola v Bratislave, Diplomové skúšky 1942, inv. č. 6688.

Štátny archív v Bratislave, fond Ošetrovateľská škola v Bratislave, Diplomové skúšky 1943, inv. č. 6689.

Štátny archív v Bratislave, fond: Ošetrovateľská škola v Bratislave, Známkovací protokol I. a II. roč. v školskom roku 1943/44, inv. č. 6691.

Literatúra

DUBOVSKÝ, Ján Milan. *Akcia REHOL'NÍČKY*. Martin: Matica slovenská, 2001, s. 53.

HAUPTVOGLOVÁ, Mojmíra. *Dejiny Slovenskej provincie Milosrdných sestier Svätého kríža*. Trnava: Kongregácia milosrdných sestier sv. Kríža, 2008. 334 s. ISBN 978-80-7114-711-4.

LETZ, Róbert. *Slovenské dejiny V. 1938 1945*. Bratislava: Literárne informačné centrum. 2012. 367 s. ISBN 978_80_8119-055-1.

POLONSKÝ Dušan – PLACHÁ Jana *Sociálne poisťovne v systéme sociálneho zabezpečenia na Slovensku od roku 1990 po súčasnosť*. Univerzita sv. Cyrila a Metoda v Trnave, Fakulta sociálnych vied, 2017. Vyd. I.

Korespondence:

doc. PhDr. Ľubica Ilievová, PhD.

Katedra ošetrovateľstva, Fakulta zdravotníctva

Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne

e-mail: lubica.ilievova@tnuni.sk

KOMPARÁCIA PRÍSTUPOV K VÝCHOVE BUDÚCICH OŠETROVATELIEK V TRIDSIATYCH A ŠTYRIDSIATYCH ROKOCH MINULÉHO STOROČIA NA NAŠOM ÚZEMÍ A V ZAHRANIČÍ – NÓRSKO, ANGLICKO, ŠVÉDSKO

Ľubica Ilievová¹, Miroslava Trogová²

¹ Katedra ošetrovateľstva, Fakulta zdravotníctva Trenčianskej univerzity Alexandra Dubčeka v Trenčíne

² Katedra filozofie, Filozofická fakulta, Trnavská univerzita v Trnave

Súhrn: Príspevok analyzuje podmienky prijímania žiačok na ošetrovateľské školy na našom území v tridsiatych a štyridsiatych rokoch minulého storočia ako aj dopad nepriaznivej sociálnej situácie na odbornú úroveň budúcich sestier. Zameriava sa na komparáciu učebných osnov ošetrovateľskej školy v Prahe v porovnaní so školami v zahraničí, t.j. v Dánsku, Anglicku a Švédsku. Sústredí sa najmä na obsah teoretických prednášok a praktickú stránku vyučovacieho procesu. Cieľom je predostrieť komplexný obraz o situácii v ošetrovateľskom vzdelávaní v našom prostredí v porovnaní s inými krajinami. Príspevok vychádza z archívnych materiálov.

Kľúčové slová: *Ošetrovateľstvo. Učebné osnovy. Dánsko. Anglicko. Švédsko.*

Summary: Present paper analyses the conditions of admitting schoolgirls to nursing schools in our country in the 1930s and 1940s as well and the impact of the social situation on the professional level of future nurses. It focuses on comparison of the curriculum of nursing school in Prague compared to schools abroad, i. in Denmark, England and Sweden. It also focuses mainly on the content of theoretical lectures and practical aspects of the teaching process. The aim is to present a comprehensive picture of the situation in nursing education in our territory in comparison to other countries. The contribution is based on archive materials.

Key words: *Nursing. Curriculum. Denmark. England. Sweden.*

V štyridsiatych rokoch minulého storočia pracovalo s plne kvalifikovaným ošetrovateľským personálom len 15% pracovísk zo všetkých nemocníc a liečebných ústavov nachádzajúcich sa na našom území. Preto nemala verejnosť a ani mnoho lekárov po dlhú dobu predstavu o tom, akú osobnú a odbornú kvalifikáciu potrebuje kvalitná ošetrovateľka. V tom období sa našom území viacero ošetrovateľských škôl, ktoré vzdelávali budúce ošetrovateľky civilné a taktiež aj ošetrovateľky z cirkevných rádov. Obvykle mala škola kapacitu pre 25 až 60 žiačok s výnimkou školy pražskej, kde mohlo študovať až 100 žiačok. Podmienkou štúdia na ošetrovateľskej škole bola štátna príslušnosť, vek 20 až 30 rokov (minimálne však 18 rokov), predbežné vzdelanie najmenej tri triedy meštianskej školy, pretože dievčatá s lepšou prípravou mali v prijímacom konaní prednosť. Samozrejmosťou bol zdravotný stav bez obmedzení, bezúhonnosť a príjemná osobná prezentácia.

Úlohou každej ošetrovateľskej školy bolo vychovať kvalifikované pracovné sily pre službu v špeciálnom úseku zdravotnej starostlivosti. Táto práca v sebe niesla jednak druh istej domácej služby, umenia, vedy, ale i zamestnania. Požiadavkou bola fyzická a duševná zdatnosť, kvôli ktorej boli uchádzačky ešte pred podaním žiadosti podrobené dôkladnému vyšetreniu školskou lekárkou. Zaujímavosťou je, že napríklad na ošetrovateľskej škole v Prahe prebiehalo sledovanie zdravotného stavu žiačok po celú dobu ich štúdia, pričom na týždennej báze absolvovali lekársku prehliadku a raz do mesiaca meranie hmotnosti. Prijímali sa dievčatá s minimálnou výškou 155 cm a váhou primeranou k výške postavy.

Čo sa týka požiadaviek predbežného všeobecného vzdelania v ostatných krajinách, podmienky sa výrazne líšili. Z archívnych prameňov sa dozvedáme, že Medzinárodná ošetrovateľská rada, ktorá v roku 1934 usporiadala svetový zjazd v Paríži¹, diskutovala o tejto otázke vo svojej výchovnej sekcii.

Uvádza sa, že sa od uchádzačky vyžadovalo ukončených 8 až 12 školských rokov, no kandidátka musela mať také všeobecné vzdelanie, ktoré bolo adekvátne k vzdelaniu dosiahnutému v 17. až 18. roku života. V našich kultúrnych podmienkach by sa dalo porovnať s prípravou na lýceu. V európskom meradle sa totiž akcentovalo vzdelanie, ktoré poskytovalo kandidátke širší rozhľad. Naopak, v našom prostredí prevládal názor, že vyššie všeobecné vzdelanie nemusí nutne znamenať lepšie výsledky v praxi. Aj to bol jeden z dôvodov, prečo stredoškolské vzdelanie nebolo na našich ošetrovateľských školách podmienkou. Prevládala idea, že teoretické poznatky odvádzajú žiačky od praktických problémov, ktoré sú pri výkone tohto povolania považované za najdôležitejšie. Treba však podotknúť, že ošetrovatelky s vrodenu inteligenciou, ktoré boli mimoriadne nadané, empatické a navyše odborne vzdelané, mali väčší úspech vďaka svojej vlastnej osobnosti. Naopak, ošetrovatelkám s vysokou teoretickou klasifikáciou chýbala miera srdečnosti a vnútorného vzťahu k ošetrovateľskej práci. Všetky fyzicky schopné žiadateľky sa navyše museli podrobiť psychotechnickej skúške na zistenie inteligencie, pričom priemerný výsledok by mal byť IQ 106 a viac. Išlo iba o zisťovanie priemernej inteligenčnej úrovne jedinca staršieho ako 14 rokov. Tento test bol doplnený testom zručnosti, pri ktorom sa sledovala najmä starostlivosť a snaha pri práci.

Samotné školenie žiačok trvalo v našich ošetrovateľských školách trvala dva roky. Skúšobná doba nebola jasne zadaná, zväčša však predstavovala prvé štyri mesiace štúdia. Prehľad vyučovacích osnov a praktického výcviku predstavoval zhruba pomer 1:7. V prvom roku absolvovali žiačky viac teórie, ktorá im bola prednášaná univerzitnými profesormi, docentmi a vynikajúcimi odborníkmi a sestrami. Učebné osnovy zahŕňali predmety ako anatómia, fyziológia, baktériológia, hygiena, etika, telesná výchova, ošetrovateľská technika. Po skúšobnej dobe nasledovali prednášky z disciplín špecializovaných na jednotlivé oddelenia nemocníc, t.j. ošetrovanie chirurgických pacientov, ošetrovanie po gynekologických ochoreniach, infekčných ochoreniach, analýza moču, starostlivosť o dieťa, masáž a terapeutika. V druhom roku to boli predmety zahŕňajúce ošetrovanie kožných ochorení, očných ochorení, ušno-nosno-krčných ochorení, rodičiek, duševne chorých a zdravotné zákony. Žiačky však absolvovali viac praxe, ktorá sa uskutočňovala zväčša v nemocniciach a ústavoch². Spočiatku pracovali pod dohľadom skúsenej sestry iba niekoľko hodín denne. S narastajúcou praxou získavali zodpovednejšie úlohy, ktoré dokázali riešiť samostatne a dostávali celodenné služby v nemocniciach. Praxou na nemocničných oddeleniach³ však kvôli časovým obmedzeniam neprešli v našich podmienkach všetky žiačky. Ročne škola vyprodukovala 20 až 30 ošetrovateliek s praxou na všetkých špecializovaných oddeleniach. Škola vyžadovala z každého oddelenia, kde sestra praxovala, posudok od vedúcej sestry.

Z archívnych prameňov z obdobia tridsiatych a štyridsiatych rokov sa dozvedáme tiež informácie týkajúce existencie iných ošetrovateľských škôl fungujúcich v Európe, ktoré dotvárajú obraz o podmienkach štúdia budúcich ošetrovateliek v tomto období. Napríklad v Oslo sa nachádzala najväčšia ošetrovateľská škola v Nórsku založená pri mestskej nemocnici v roku 1887. Mala 300 žiačok a štúdium na nej trvalo tri roky. Táto škola slúžila k všeobecnému výcviku a minimálny vek pre prijatie žiačky bol 20, maximálne však 30 rokov. Štúdium bolo spoplatnené a za prvé 4 mesiace výcviku platili žiačky 200 nórskeho korún. Toto obdobie bolo považované za tzv. skúšobnú dobu, počas ktorej absolvovali prednášky a teoretický výklad a popri ňom pracovali zopár hodín denne na nemocničných izbách. Po uplynutí štvormesačnej doby dostali študentky rovnošatu a boli pridelené priamo na nemocničné oddelenia, kde pracovali pod dohľadom diplomovaných ošetrovateliek. Vyučovacia osnova ošetrovateľskej školy v Oslo kládla veľmi veľký dôraz na teoretickú prípravu ošetrovateliek. Prednášky sa uskutočňovali v rovnakej miere počas celého štúdia, pričom v prvom roku obsahovali predmety ako anatómia, hygiena, chémia, etika, história ošetrovateľstva a každý predmet bol ukončený písomnou skúškou. Na konci štvrtého mesiaca prebiehal praktický výklad. Po skončení skúšobnej doby pracovali žiačky na nemocničných izbách na internom oddelení, chirurgii a posledné dva roky na oddelení chronických ochorení, tuberkulózy, psychiatrii, internom odd., chirurgii a gynekológii, operačnej sále či pôrodnici. Popri praxi v prvom roku štúdia absolvovali vždy v doobedňajších hodinách teoretickú výchovu v predmetoch ako farmakológia, ošetrovateľstvo interných ochorení, chirurgických ochorení, detí. V druhom roku prednášky obsahovali predmety ako

výživa a diätetika, tuberkulóza, infekčné ochorenia, analýza moču, základy psychológie, psychiatria a ošetrovanie duševne chorých. V treťom roku im lekári prednášali o prvej pomoci, hygiene, ošetrovaní v rodinách, etike, anestézii. Ročne vyšlo z tejto ošetrovateľskej školy približne 100 hotových všestranne vzdelaných ošetrovateliek.

V Dánsku, ktoré združovalo ošetrovatelky do organizácie *Dansk Sygeplejerat – Kobenhagen*, bola väčšina sestier taktiež riadne teoreticky a prakticky vyškolených. Nachádzalo sa tu zhruba 110 menších ošetrovateľských škôl, čo je v porovnaní so stavom na našom území rapídny rozdiel. Neexistovalo však žiadne štátne nariadenie o tom, akým spôsobom majú byť tieto školy vedené a organizované. Každá škola preto vychovávala sestry podľa vlastných princípov. Organizácia *Dansk Sygeplejerat* iba dozerala na to, aby výchova dodržiavala smernicu vydanú medzinárodnou ošetrovateľskou radou. Všetky ošetrovateľské školy v Dánsku boli trojročné, prijímali kandidátky vo veku 20 až 26 rokov, pretože nemocnice prijímali ošetrovatelky len do veku 32 rokov. Bolo potrebné všeobecné vzdelanie trvajúce minimálne 8 rokov a medzi kandidátkami ošetrovateľského vzdelávania bolo mnoho maturantiek. Skúšobná doba bola dvojmesačná a počas prvých šiestich týždňov prebiehala len teoretická príprava ukončená ústnou a praktickou skúškou. Prednášky predstavovali predmety ako anatómia, hygiena, bakteriológia, ošetrovateľská technika, diétne varenie, náuka o potravinách, chémia a farmakológia, etika a telocvik. Praktický výcvik sa uskutočňoval na nemocničných oddeleniach špecializovaných na interné ochorenia, chirurgii, gynekológii, pôrodnici, detskom oddelení a operačnej sále, s výnimkou oddelenia infekčného, na ktorom sa mohli žiačky kvalifikovať až po ukončení školy. V druhom roku bola prednášaná chirurgia a interné ochorenia, no skúšky sa neskladali. V treťom ročníku prebiehala teoretická príprava v predmetoch gynekológia, ušno-nosno-krčné ochorenia a starostlivosť o dieťa. Za štúdium sa rovnako ako v Nórsku platilo. Za skúšobnú dobu sa napríklad platil poplatok 70 dánskych korún a počas prvých piatich mesiacov nedostávali žiačky žiaden plat.

Londýnska ošetrovateľská škola pri nemocnici Middlesex Hospital prijímala 100 žiačok, ktoré boli najskôr zaradené do predbežného ošetrovateľského kurzu. Požadovaný vek bol 19 až 32 rokov, kandidátky sa museli osobne predstaviť sestre predstavenej, a pokiaľ bol tento vstupný pohovor úspešný, boli priamo podrobené lekárskej prehliadke. Úspešné kandidátky vstúpili do spomínaného trojmesačného kurzu, po absolvovaní ktorého skladali skúšky z prednášanej látky. Počas týchto troch mesiacov boli kandidátky neustále pod dozorom sestry predstavenej, museli dodržiavať všetky predpisy týkajúce sa ošetrovateľského personálu a museli si samy zadovážiť rovnošatu. Rovnako ako v našich školách, museli dodržiavať poriadok na svojich izbách a vykonávať domáce práce. Poplatok za tento kurz bol v prepočte zhruba 1500 Kč. Ak žiačky úspešne vykonali záverečnú skúšku, nastala trojmesačná skúšobná doba na lôžkových nemocničných oddeleniach. Po tejto dobe mohla žiačka predložiť vedeniu nemocnice vysvedčenie o svojom zdraví, odporúčanie od sestry predstavenej a písomný prísľub, že sa bude nasledujúce 4 roky venovať ošetrovateľskému vzdelávaniu. Po prvom roku sa skladali skúšky z anatómie, fyziológie, hygieny a základov ošetrovateľskej techniky. V druhom roku boli žiačky skúšané v nemocnici z ošetrovanie pacientiek na gynekologickom oddelení a chirurgii. Odporúčalo sa, aby sestry pred koncom tretieho ročníka absolvovali štátne skúšky zo všetkých predmetov II. a III. ročníka, aby sa mohli celý štvrtý ročník venovať praxi na operačnej sále, pri RTG a iných odboroch. Už počas tohto štvrtého roka mohla budúca ošetrovatelka vykonávať zodpovednú službu v nemocnici. Na konci štúdia sa absolventke udelilo vysvedčenie a pokiaľ zostala v nemocnici i piaty rok, mohla získať univerzitný diplom, vďaka ktorému mohla zastávať funkciu vrchnej sestry. Knihy a materiály si žiačky zaobstarávali na vlastné náklady.

Aj napriek uvádzaným rozdielom týkajúcich sa podmienok štúdia na ošetrovateľských školách a pracovných podmienok diplomovaných ošetrovateliek chorých, ošetrovateľské školy existujúce na našom území v tridsiatych a štyridsiatych rokoch minulého storočia vychovali mnoho kvalifikovaných odborníkov, ktoré sa ošetrovateľskej praxi oddane venovali po celý svoj život s empatiou a srdečnosťou.

Poznámka: Text je čiastkovým výstupom z riešenia grantu Ministerstva školstva Slovenskej republiky VEGA č. 1/0688/18 s názvom „Ošetrovateľská dimenzia pastoračnej charizmy Kongregácie milosrdných sestier Svätého Kríža na Slovensku v prvej polovici 20. storočia“.

Poznámky a vysvetlivky

¹ Medzinárodná ošetrovateľská rada usporiadala v roku 1934 zjazd v Paríži, kde vo výchovnej sekcii vystúpilo 25 krajín so svojimi delegátmi. Medzi nimi bolo zastúpené aj Československo, vďaka čomu sa z časopisov Česká nemocnice dozvedáme o požiadavkách na predbežné vzdelanie v ostatných krajinách.

² Napríklad ošetrovateľská škola v Prahe poskytovala praktický výcvik vo Všeobecnej nemocnici, v ústavoch špecializovaných na starostlivosť o deti, v pôrodnici, v ústave pre duševne chorých a sociálnych ústavoch.

³ Nemocničné oddelenia, na ktorých bežne praxovali žiačky ošetrovateľských škôl na našom území, boli interné, gynekologické, pôrodnické oddelenie, oddelenie detských ochorení, oddelenie kožných ochorení, očných ochorení, ušno-nosno-krčné oddelenie, ortopédia a pediatria a ústav pre duševne chorých.

Zoznam použitých prameňov a bibliografických odkazov

1. Česká nemocnice roč. VIII, č.1 – Vydání pro ošetrovatelky č. 3, Praha 1941.
2. Československá nemocnice roč. IX, č.1 – Vydání pro ošetrovatelky č. 1, Praha 1939.
3. Československá nemocnice roč. VIII, č.1 – Vydání pro ošetrovatelky č. 1, Praha 1938.

Korespondence:

Mgr. Miroslava Trogová, PhD.

Katedra filozofie

Filozofická fakulta

Trnavská univerzita v Trnave

e-mail: m.trogova@gmail.com

Poznámka: Text je čiastkovým výstupom z riešenia grantu Ministerstva školstva Slovenskej republiky VEGA č. 1/0688/18 s názvom „Ošetrovateľská dimenzia pastoračnej charizmy Kongregácie milosrdných sestier Svätého Kríža na Slovensku v prvej polovici 20. storočia“

ÚSTAVY PRE CHORÝCH V ČESKOSLOVENSKU V 30. ROKOCH 20. STOROČIA

Jana Boroňová

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

Súhrn: V príspevku je v rámci historického výskumu z primárnych zdrojov spracovaná problematika nemocníc v 30. rokoch 20. storočia. Zdravie je rovnováha všetkých životných zložiek, umožňujúca normálny beh života. Úchylky, resp. odchýlky vznikajú v oblasti telesných, duševných, mravných a sociálnych, ktoré sa veľmi často splietajú. Jednotlivec i ľudská spoločnosť majú záujme na zdraví jednotlivca i celku a tak vzniklo nielen lekárske povolanie ako samostatné povolanie, ale aj rad ústavov a zariadení, ktoré sú určené k prinavracaniu zdravia a ktoré by si jednotlivec, ponechaný sám na seba, nemohol udržať alebo sám nadobudnúť. Ide o to, aby zdravie jedinca aj celku bolo zachované a pri akýchkoľvek poruchách znovuzískané (alebo aspoň trvalé škody upravené na novú znesiteľnú, hoci aj nenormálnu, ale za daných pomerov najlepšiu optimálnu rovnováhu). Ústavy zriaďuje ľudská spoločnosť a to vo formách verejných – štát, „zem“ (časť štátu), župa, okres, alebo v dobrovoľných (súkromných) organizáciách – spolky a spoločnosti, ustanovené k určitému účelu, alebo jednotlivci. Účelom ústavu môže byť nezištná pomoc alebo poskytovanie ústavnej pomoci môže byť zárobkovou činnosťou.

Nemocnica je verejno-prospešný ústav, ktorý nezištne poskytuje pomoc chorým – tým, ktorí potrebujú ústavnú starostlivosť. Od nemocnice je potrebné odlíšiť nasledovné zariadenia: chorobinec, pôrodnica, lekáreň, kúpeľné miesta, klimatické miesta a ústavy, zotavovňa, prázdninové osady, preventorium, klinika, zdravotné ústavy, klinická ambulancia, nemocničné ambulancie, poliklinika, poradňa, samostatné liečebne, ústavy pre choromyseľných, sociálne ústavy, útvary rodinnej starostlivosti, polepšovňa a ústavy pre prvú pomoc. V tomto období vznikali aj rôzne spolky a spoločnosti, ktoré svoju činnosť orientovali na boj proti niektorým, ľudskej spoločnosti nebezpečným, chorobám.

Kľúčové slová: *Ústavy pre chorých. Nemocnica. Zdravie.*

Príspevok je súčasťou projektu VEGA „Ošetrovateľská dimenzia pastoračnej charizmy Kongregácie milosrdných sestier Svätého Kríža na Slovensku v prvej polovici 20. storočia“, projekt č. 1/0688/18

Literatúra

MEŠKA, A. 1928. (a) O ústavoch pre nemocných. In: *Československá nemocnice*. Ročník I. (III.)*, číslo 1., 1. dubna 1928, str. 8

MEŠKA, A. 1928. (b) O ústavoch pre nemocných. In: *Československá nemocnice*. Ročník I. (III.)*, číslo 2., 1. května 1928, str. 48

FUCKER, V. 1928. Umístění župných nemocnic v rámci budoucí zemskej správy na Slovensku. In: *Československá nemocnice*. Ročník I. (III.)*, číslo 1., 1. dubna 1928, str. 5

Korespondence:

doc. PhDr. Jana Boroňová, PhD.

Katedra ošetrovateľstva

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce

Trnavská univerzita v Trnave

Univerzitné námestie 1

918 43 Trnava

Email: jana.boronova@truni.sk



ZÁKONNÍK ŘÍŠSKÝ, PRO KRÁLOVSTVÍ A ZEMĚ V RADĚ ŘÍŠSKÉ ZASTOUPENÉ - NAŘÍZENÍ MINISTRA VNITRA ZE DNE 25. ČERVNA 1914 O OŠETŘOVÁNÍ NEMOCNÝCH Z POVOLÁNÍ PROVOZOVANÉM.

Ľubica Ilievová¹, Erika Juríková²

¹ Katedra ošetrovateľstva, Fakulta zdravotníctva Trenčianskej univerzity Alexandra Dubčeka v Trenčíne

² Katedra klasických jazykov, Filozofická fakulta, Trnavská univerzita v Trnave

Súhrn: Príspevok sa zameriava na kontextuálny popis ríšskeho zákonníka, na základe ktorého vznikali ošetrovateľské školy po vzniku prvej Československej republiky. Zakladaním ošetrovateľských škôl a systematickým vzdelávaním budúcich diplomovaných ošetrovateliek chorých sa zvyšovala úroveň starostlivosti o chorých. Príspevok vychádza z archívnych materiálov.

Kľúčové slová: *Ošetrovateľstvo. Ošetrovateľské školy. Zákonník ríšsky. Diplomované ošetrovatelky*

Summary: The paper focuses on the contextual description of the Reich Code, based on which nursing schools were established after the establishment of the first Czechoslovak Republic. The establishment of nursing schools and the systematic education of prospective certified nurses increased the level of care for patients. The contribution is based on archive materials.

Key words: *Nursing. Schools for nurses. Reich Code. Certified nurses.*

Možnosť zakladania a otvárania ošetrovateľských škôl v prvej Československej republike ovplyvnilo vydanie dokumentu *Nařízení ministra vnitra ze dne 25. června 1914 o ošetřování nemocných z povolání provozovaném*. Išlo o *Zákonník říšský pro království a země v radě říšské zastoupen* vo vtedajšom Rakúsko-Uhorsku. Nariadenie nielenže umožňovalo vznik ošetrovateľských škôl, ale taktiež v rozsahu niekoľkých desaťročí, aj po rozpade monarchie, vplývalo na rozvoj, existenciu a posilnenie ošetrovateľského vzdelávania. Nariadenie ministra vnútra č.139 zo dňa 25. júna 1914 pozostávalo z 3 častí.

Oddíl I. Výcvik v ošetřování nemocných

§1 Školy pro ošetřování nemocných; §2 O připojení škol k nemocnicím neb ošetřovacím ústavům; §3 Správce a osoby vyučující; §4 Přijímací podmínky pro žákyně; §5 Kterak sa rozhoduje o přijetí; §6 Doba výcviku. Vyučovací předměty

Oddíl II. Diplomová zkouška a práva diplomovaných ošetrovateliek nemocných

§7 Diplomová zkouška; §8 Zkušební komise; §9 O připuštění k diplomové zkoušce; §10 Diplom; §11 Slib vykonávati ošetřování nemocných ve válce a při epidemiích; §12 Čestný odznak; §13 Odměna za ošetřování o pnemocných ve válce a při epidémiích; §14 O přijímaní žákyň do ústavů státem spravovaných; §15 O ustanovování ošetrovateliek nemocných

Oddíl III. Všeobecná ustanovení

§16 Ošetřovatelé nemocných; §17 O zachovávaní tajemství v povolání; §18 Ohlašovací povinnost; §19 Odnětí diplomu a čestného odznaku; §20 Tresty; §21 Ustanovení přechodná

Příloha 1 k ministerskému nařízení. Slib vykonávati ošetřování nemocných ve válce a při epidemiích

Školy pre odborný výcvik v ošetrovaní chorých (školy pro ošetřování nemocných) mohli byť zakladané na základe §1 *Školy pro ošetřování nemocných*, ale museli byť schválené ministerstvom vnútra a museli spĺňať predpisy tohto nariadenia. Ošetrovateľská škola musela byť spojená s nemocnicou, v ktorej bol zabezpečený praktický výcvik vo všetkých alebo aspoň v najdôležitejších odboroch ošetrovania chorých. Na odborný výcvik ošetrovateľského vzdelávania dozeral „řídící lékař nemocnice“, s ktorou bola ošetrovateľská škola spojená, pričom každý, kto vyučoval na ošetrovateľskej škole, musel byť schválený ministerstvom vnútra. Priamy dozor a osobné vedenie žiakov mala na starosti predstavená školy, ktorá bola menovaná zriaďovateľom školy. Pre žiačky duchovného stavu mala byť určená predstavenými danej rehole. Podmienkami prijatia na ošetrovateľskú školu boli: rakúske štátne občianstvo, dovŕšených 18 rokoch (ak uchádzačka ešte nedosiahla 18 rokov, bol potrebný súhlas otca alebo poručenského úradu), bezúhonný život, telesná a duševná spôsobilosť k ošetrovaniu chorých, ukončené vzdelanie na meštianskej škole alebo iné všeobecné vzdelanie. Uchádzačka o štúdium na ošetrovateľskej škole nemohla byť prijatá v prípade, ak sa starala o maloleté dieťa alebo viedla vlastnú domácnosť. Osoby z rádov a reholí mohli byť prijaté na ošetrovateľskú školu na základe žiadosti predstavených rádu alebo rehole.

Členmi prijímacej komisie mali byť zemský zdravotný referent, lekársky správca nemocnice a predstavená ošetrovateľskej školy. Prijímacou skúškou sa preverovala taktiež duševná spôsobilosť a primerané vzdelanie uchádzačiek.

Dĺžka štúdia bola určená na dva roky; prvý rok bol *učebný* a žiačky mali označenie „žákyně ošetrovatelství“ a v druhom *skúšobnom* roku sa mali nazývať „ošetřovatelka na zkoušku“.

V §6 tohto nariadenia boli explicitne vymenované predmety, ktoré museli tvoriť obsah vzdelávania na ošetrovateľskej škole. Medzi povinné predmety boli zaradené: *o náuka o stavbe ľudského tela; náuka o činnosti orgánov; základy všeobecnej náuky o chorobách, vrátane chorôb nákazlivých; všeobecná zdravotveda a zdravotveda nemocničná; všeobecná technika ošetrovania chorých; praktický návod ošetrovania pri vnútorných chorobách, chirurgických chorobách, ošetrovania kojencov a šestonedielok, ošetrovanie chorôb kojencov, detských, ženských, kožných, nákazlivých a duševných.* Do obsahu vzdelávania patrili aj predmety *príprava pokrmov, dôležité zdravotné predpisy, základy sociálnej starostlivosti v odbore verejné zdravotníctvo, zdravotná služba vo vojne.*

Na základe ministerského nariadenia odborná spôsobilosť z *povolania ošetrovania chorých* sa vykonávala diplomovou skúškou, a to v mieste sídla ošetrovateľskej školy. Pozostávala z teoretickej a praktickej časti. Členmi skúšobnej komisie mali byť zemský zdravotný referent, riadiaci lekár nemocnice, s ktorou bola ošetrovateľská škola spojená, učiteľ ošetrovateľskej školy (lekár) a dvaja ďalší lekári (1). Predstavená ošetrovateľskej školy mala právo byť prítomná na záverečných skúškach. Nárok na vykonanie diplomovej skúšky mali všetky *ošetřovatelky na skúšku* (2) a tie, ktoré mali zvláštnu spoľahlivosť a dôveryhodnosť. Diplomová skúška sa mohla opakovať len jeden krát. Po úspešnom vykonaní diplomovej skúšky sa žiačkam mal vydať *diplom pro ošetřování nemocných z povolání provozovaném* a mohli tak používať titul *Diplomovaná ošetřovatelka nemocných*. Diplomované ošetrovatelky, ktoré zložili písomný sľub (4), že sú ochotné byť k dispozícii v prípade potreby (napr. vo vojne alebo pri epidémiách) po dobu najmenej troch rokov, mali mať právo nosiť *čestný odznak* (5). Diplomované ošetrovatelky, ktoré podpísali sľub a ktoré boli povolané na výkon povolania vo vojnovom stave, mali nárok na byt, cestovné náklady a plat v hotovosti. Do ošetrovateľských škôl mali byť na základe žiadosti prednostne prijímané žiačky, ktoré sa *reversom* zaviazali, že po úspešnom ukončení školy podpíšu sľub byť vo vojne a pri krízových situáciách k dispozícii k ošetrovaniu chorých. Do štátnej zdravotnej služby mali byť na základe tohto nariadenia prijímané prednostne diplomované ošetrovatelky, ktoré boli oprávnené nosiť čestný odznak a až následne mali byť prijímané ostatné diplomované ošetrovatelky chorých.

Nariadenie ministra vnútra z roku 1914 umožňovalo študovať na ošetrovateľskej škole taktiež osobám mužského pohlavia. Uchádzači museli splniť podmienky nariadenia, a to: byť rakúskym štátnym občanom; dovŕšených 18 rokov; bezúhonný život; telesne a duševne spôsobilý; mať ukončenú meštiansku školu alebo iné všeobecné vzdelanie. Po úspešnom ukončení ošetrovateľskej školy im mal byť vydaný diplom, ktorý týchto absolventov oprávňoval používať titul *Diplomovaný ošetrovateľ nemocných*.

Zachovávať mlčanlivosť mali povinnosť nielen diplomované ošetrovatelky chorých, ale taktiež žiačky (žiaci) ošetrovateľských škôl a ošetrovatelky na skúšku (ošetrovatelia na skúšku). Po ukončení štúdia boli diplomované ošetrovatelky povinné nahlásiť politickému okresnému úradu, v obvode ktorého svoje povolanie mali začať vykonávať, svoje bydlisko, spôsob výcviku (vzdelanie) a doterajšiu činnosť týkajúcu sa povolania. V prípade rehoľných sestier ako diplomovaných ošetrovateliek táto ohlasovacia povinnosť prináležala predstavenstvu konkrétneho rádu. Ošetrovateliek, ktoré boli zamestnané v súkromných službách vlastného zamestnávateľa, sa ohlasovacia povinnosť netýkala.

V prípade nevhodného správania bolo možné diplomovaným ošetrovatelkám chorých odňať diplom a taktiež aj nosenie čestného odznaku. Neoprávnené používanie titulu a neoprávnené nosenie čestného odznaku sa trestalo finančne dvomi až dvesto korunami alebo väzením v rozsahu 6 hodín až 14 dní.

K rádom, ktoré vzdelávali rádové sestry pre povolanie ošetrovatelky a mali vlastné ošetrovateľské školy, patrili Rád milosrdných sestier Sv. kríža v Chomutove (nemecká ošetrovateľská škola otvorená v roku 1925) a Kongregácia milosrdných sestier Sv. kríža v Bratislave (ošetrovateľská škola otvorená v roku 1932), Rád Sv. Františka z Assisi v Opave (česko-nemecká ošetrovateľská škola otvorená v roku 1925) a Rád milosrdných sestier sv. Vincenta v Košiciach. V roku 1935 bola odborná príprava diplomovaných ošetrovateliek na území Československej republiky poskytovaná v štyroch cirkevných školách (Chomutov, Bratislava, Opava, Košice) a troch civilných ošetrovateľských školách: Česká ošetrovateľská škola v Prahe, Nemecká ošetrovateľská škola v Prahe, Krajinská ošetrovateľská škola M. R. Štefánika v Turčianskom Sv. Martine. Všetky ošetrovateľské školy boli založené na jednotnom základe výnosu č. 139 Zbierky zákonov z r. 1914. Do roku 1932 bolo v Československej republike evidovaných okolo 1000 absolventiek existujúcich ošetrovateľských škôl. V nemocniciach a liečebných ústavoch pracovala asi 7 700 osôb, ktoré sa starali o chorých. Z tohto počtu bolo približne 650 diplomovaných ošetrovateliek. Ročenka Štatistického úradu z roku 1934 uvádza nárast počtu diplomovaných ošetrovateliek. Počet nemocníc a liečebných ústavov do roku 1934 bol v ČSR 461 a počet lôžok v týchto zariadeniach bol 72453. Počet ošetrovateľského personálu vzrástol na 8138, pričom diplomovaných ošetrovateliek z tohto počtu bolo evidovaných 1062. Tento počet bol nedostatočný, a tak bola stále aktuálna požiadavka zvýšiť počet absolventiek ošetrovateľských škôl na 800 ročne tak, aby mohol byť nekvalifikovaný personál v nemocniciach nahradený personálom kvalifikovaným.

Požiadavky na zvýšenie počtu absolventiek ošetrovateľských škôl vytvárali prirodzený tlak na zakladanie ďalších ošetrovateľských škôl na území Československej republiky.

Poznámky a vysvetlivky

- (1) Minister vnútra mohol vyslať ku každej diplomovej skúške úradného lekára; Rakúska spoločnosť červeného kríža mohla vyslať lekárskeho delegáta; obaja mali právo kladť otázky.
- (2) Išlo o žiačky ošetrovateľskej školy po uplynutí druhého roku ich vzdelávania.
- (3) K týmto vlastnostiam sa písomne vyjadrovala predstavená školy a v prípade rehoľných sestier príslušný cirkevný úrad.

- (4) Vykonanie sľubu je popísané v časti nariadenia *Příloha 1 k ministerskému nařízení ze dne 25. června 1914 o ošetřování nemocných z povolání provozovaném.*
- (5) Tvar a spôsob nosenia čestného odznaku určovala *Příloha II. k ministerskému nařízení zo dne 25. června 1914 o ošetřování nemocných z povolání provozovaném.* Čestný odznak pre diplomované ošetrovatelky mal oválny tvar a bol umiestnený v pozlátenej bronzovej plakete. V reliéfe plakety bol umiestnený rakúsky dvojhlavý orol, ozdobený krížom. Nosiť sa mal na pravej strane hrudníka. Väčší priemer odznaku mal 4 – 7cm, menší mal priemer 2 – 3cm. Po vzniku prvej Československej republiky vydávanie a nosenie čestného odznaku bolo na určený čas pozastavené, keďže znak rakúskeho dvojhlavého orla nesúvisel so suverenitou štátu a jeho štátnym znakom.

Poznámka: Text je čiastkovým výstupom z riešenia grantu Ministerstva školstva Slovenskej republiky VEGA č. 1/0688/18 s názvom „Ošetrovateľská dimenzia pastoračnej charizmy Kongregácie milosrdných sestier Svätého Kríža na Slovensku v prvej polovici 20. storočia“.

Zoznam použitých prameňov a bibliografických odkazov

Pramene

Zákonník říšský pro království a země v radě říšské zastoupené, č. 139. Nařízení ministra vnitra ze dne 25. června 1914 o ošetřování nemocných z povolání provozovaném, s. 741-745.

DERMEKOVÁ, Fides. Kronika ošetrovateľskej školy 1931 — 1943. Archív Kongregácie milosrdných sestier Sv. kríža v Trnave.

MÁNKOVÁ, A. Dějiny ošetrovatelství. Zvláštní otisk ze zborníku II. Sjezdu Diplomovaných Sester Ošetrovatelky V ČSR. 1932. Průmyslová tiskárny.15 str.

Periodiká

Československá nemocnice. Vydání pro ošetrovatelky. Roč. I, 1934, č. 1, s. 48.

Československá nemocnice. Vydání pro ošetrovatelky. Roč. I, 1934, č. 1, s. 99.

Československá nemocnice, roč. III, 1933, č. 6, s. 138 – 139.

Československá nemocnice, roč. III, 1933, č. 1, s. 239 – 241.

Literatúra

ILIEVOVÁ, Ľubica – JURÍKOVÁ, Erika: Kongregácia milosrdných sestier svätého Kríža a jej prínos pre rozvoj ošetrovateľského vzdelávania na Slovensku. 1. časť: Založenie ošetrovateľskej školy v Bratislave. In: Historicko-pedagogické fórum, roč. 6, 2017, č. 2, s. 14 – 23.

KOZOŇ, V. et al. *Ošetrovatelstvo – 50 rokov univerzitného vzdelávania na Slovensku.* Wien : ÖGVP Verlag, 2012. 323 s. ISBN 978-3-9502178-6-5

Korespondence:

doc. PhDr. Ľubica Ilievová, PhD.

Katedra ošetrovateľstva

Fakulta zdravotníctva Trenčianskej univerzity Alexandra Dubčeka v Trenčíne

e-mail: lubica.ilievova@tnuni.sk

doc. Mgr. Erika Juríková, PhD.

Katedra klasických jazykov

Filozofická fakulta Trnavskej univerzity v Trnave

e-mail: erika.jurikova@truni.sk

PRÁVNÍ ASPEKTY ŘEŠENÍ KRIZOVÝCH SITUACÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ

Vladimíra Dvořáková

Ústav ošetřovatelství 2. LF UK a FN Motol

Samostatné oddělení nemocničního ombudsmana FN Motol

Souhrn: V průběhu poskytování zdravotních služeb se zdravotníci setkávají s nevhodným chováním pacientů či dalších osob. Zažívají jak agresivní verbální, tak i fyzickou. V příspěvku jsou tato nepříznivá jednání prezentována na řadě příkladů z praxe a je uvedeno jakým způsobem se lze takovému jednání bránit právní cestou.

Klíčová slova: *Agresivní chování; Právo; Přestupek; Zdravotní služby*

Poskytování zdravotních služeb je v poslední době spojeno také se stále častějším nevhodným chováním pacientů či jejich doprovodu ke zdravotnickému personálu. V příspěvku jsou uvedeny příklady podložené praxí a jsou zmíněny také právní možnosti řešení těchto situací. Je rozebráno, jakým způsobem se může zdravotník v konkrétním případě bránit právní cestou. Na úvod několik příkladů z praxe:

- 1) Verbálně agresivní pacient při propouštění z oddělení odmítá čekat na vyhotovení propouštěcí zprávy, které se neustále dožaduje. Opakovaně je lékařem informován o stavu věci – akutní pacienti. Pacient chce zprávu ihned, okamžitě. Čekat nehodlá. **Po obdržení propouštěcí zprávy ji pacient zuřivě trhá. S křikem a s nadávkami na adresu personálu odchází**
- 2) V průběhu odpoledne opakovaně telefonovala dcera pacienta a dožadovala se informací o jeho zdravotním stavu, ačkoliv nebyla uvedena v informovaném souhlasu jako osoba oprávněná informace požadovat. Navíc jí bylo sděleno, že telefonicky se informace o zdravotním stavu neposkytují. Odmítnutí podání informací ji natolik rozčílilo, že začala křičet, vyhrožovat, používala vulgarismy. **Na pracoviště dojde, všechny si tam podá a teprve všichni uvidí, co ona dovede**
- 3) Pacient byl při noční službě vůči sestře verbálně agresivní, použil výhrůžku zabití a choval se velmi hlučně a vulgárně. Je to opakovaně obtížně zvladatelný pacient i při denních službách. Chování není způsobeno zdravotním stavem pacienta
- 4) Matka hospitalizovaného dítěte (1 rok) zakazuje sestře vstup do pokoje v nočních hodinách, nepřeje si být rušena, pokud tam kdokoliv bude vstupovat, bude se třeba i prát. **Od 19 večer hodin do 6 hodin ráno prostě chce mít klid a ona si ho zařídí**
- 5) Doprovod pacientky (její přítel) znehodnocoval a zpochybňoval vyšetření lékařem, domáhal se dalších neindikovaných vyšetření. Pacientka si je přeje a lékař je prý splnit musí. Po přivolání vedoucího lékaře na vyšetření stále trvá, hrozí žalobou a podáním trestního oznámení. **Pán je zjevně pod vlivem alkoholu, při odchodu z ambulance tříská dveřmi a následně do nich opakovaně kope**
- 6) Manžel pacientky na OUPD hodlá vstoupit do vyšetřovny. Lékař ho, s ohledem na další ležící obnažené pacienty, žádá, aby setrval v čekárně. Manžel tvrdí, že musí být u vyšetření, manželka tomu nerozumí, potřebuje být přítomen. Lékař nabízí, že se svolením manželky ho samozřejmě bude informovat. **Doprovod pacientky křičí a násilím se chce dostat do ordinace... Argumentuje právním vzděláním**

Rozhodně není cílem tohoto příspěvku vyvolat ve čtenářích dojem, že většina pacientů a jejich doprovodů je agresivních. Rozhodně ne. Na druhou stranu je pravdou, že s výše uvedeným chováním se zdravotníci setkávají stále častěji. Jaké právní možnosti má zdravotník, který se chce proti nevhodnému, mnohdy opakovanému, jednání další osoby bránit? V intencích přestupkového práva

může být naplněna skutková podstata přestupku na úseku zdravotnictví. Tohoto přestupku se dopustí ten, kdo **zmaří, ztíží** nebo **ohrozí** poskytnutí zdravotní služby. Může mu být uložena pokuta až do výše 100.000,- Kč.

Je také možno podat **trestní oznámení**, pokud se nabízí závěr, že byla naplněna některá ze skutkových podstat uvedených v trestním zákoníku (např. ublížení na zdraví, omezování osobní svobody, výtržnictví, opilství, vydírání). Podání trestního oznámení je poměrně jednoduchý úkon, který není spojen s poplatkovou povinností.

Další možností je podání **občanskoprávní žaloby** z důvodu vzniku újmy způsobené na zdraví či zásahem do osobnostních práv.

V souvislosti s výše uvedeným je třeba zmínit právní institut tzv. **nutné obrany**. Platí, že obrana proti útočníkovi nemusí být v konkrétním případě přiměřená, **ale nesmí být zcela zjevně nepřiměřená**. Útok se musí odvracet, nikoliv oplácet. Stále se však pohybujeme v oblasti poskytování zdravotních služeb, tedy prvotním cílem v dané situaci by mělo být, pokud je to možné, agresivní osobu zklidnit.

Závěr:

Kontakt s verbálně či fyzicky agresivní osobou není asi pro nikoho z nás nic příjemného. Pokud je v konkrétním případě takové chování způsobeno zdravotním stavem, potom se budeme velmi reálně pohybovat v oblasti omezené svéprávnosti jednající osoby. Pokud tomu tak není, je třeba si uvědomit, že existují právní nástroje, které je možno proti nevhodně jednajícím osobám použít. A tím reálně zmenšit možnost vzniku škodlivých následků nejen u osoby, proti níž útok směřuje, ale i u dalších možných ohrožených.

Literatura a prameny:

Právní předpisy – u autorky.

Korespondence:

JUDr. Vladimíra Dvořáková
Ústav ošetřovatelství 2. LF UK a FN Motol
V Úvalu 84/1
150 06 Praha 5 – Motol
Email: vladimíra.dvorakova@fnmotol.cz

BAKALÁŘSKÝ STUDIJNÍ PROGRAM PRO PŘÍPRAVU DĚTSKÝCH SESTER NA 2. LF UK**Daniel Jirkovský**

Ústav ošetrovatelství 2. LF UK a FN Motol

Souhrn: Příspěvek obsahuje přehled základních východisek potřebných pro zpracování bakalářského studijního programu pro přípravu dětských sester, proces jeho schvalování a základní popis cílů studijního programu a studia.

Klíčová slova: *Dětská sestra; Pediatrické ošetrovatelství; Studijní program.*

V souvislosti se zákonem č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, došlo k unifikaci ošetrovatelského vzdělávání a tak v roce 2004 vzniklo pouze jediné sesterské zdravotnické povolání, ke kterému bylo možné získat odbornou způsobilost, tj. povolání všeobecné sestry s tím, že všeobecné sestry, které budou zařazeny na pracovištích dětského věku, kde jsou poskytovány zdravotní služby dětem do tří let, si doplní specializovanou způsobilost v oboru Ošetrovatelská péče v pediatrii a stanou se tak Dětskými sestrami (v tomto případě šlo o označení sestry se specializovanou způsobilostí, nikoliv sestry s odbornou způsobilostí).

Tato legislativní změna však nepřispěla k řešení péče o nemocné dětské pacienty. Struktura a obsah bakalářského studijního programu pro přípravu všeobecných sester a obdobného studijního programu na vyšších zdravotnických školách, neumožňovala a neumožňuje u studentů vytvářet dostatečný etalon odborných znalostí a s dovedností nezbytný pro úspěšný výkon zdravotnického povolání na pracovištích dětského věku. S tím také souvisela a souvisí i nižší ochota absolventek – všeobecných sester - nastupovat na pracoviště dětského věku.

Na základě požadavku MZ ČR, v průběhu let 2009 – 2014, realizovala 2. LF UK experimentální bakalářský studijní program Ošetrovatelství, studijní obor Všeobecná sestra s rozšířenou výukou v pediatrickém ošetrovatelství, kdy standardní obsah studijního oboru všeobecná sestra doplnila o výrazně širší teoretickou i praktickou výuku zaměřenou na problematiku dětského věku. Kromě řady jiných výsledků bylo a je potěšující, že většina absolventek tohoto experimentálního studijního programu nastoupila do praxe na pracoviště dětského věku a pracuje tam dosud. Tím se podařilo prokázat, že obsah, rozsah a zaměření profesní přípravy všeobecných sester ovlivňuje výběr jejich budoucího pracoviště.

Zákon č. 201/2017 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů, znovu zavedl zdravotnické povolání Dětská sestra a v § 5a, odst. 1) s účinností od 01.09. 2017, stanovil, že se odborná způsobilost k výkonu zdravotnického povolání dětské sestry získává absolvováním:

- a) *nejméně tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu dětských sester,*
- b) *nejméně tříletého studia v oboru diplomovaná dětská sestra na vyšší zdravotnické škole,*
- c) *studia v oboru diplomovaná dětská sestra na vyšší zdravotnické škole v délce nejméně jeden rok, jde-li o zdravotnického pracovníka, který získal odbornou způsobilost k výkonu povolání praktické sestry, všeobecné sestry, zdravotnického záchranáře nebo porodní asistentky, byl-li přijat do vyššího než prvního ročníku vzdělávání, nebo*

- d) *studijního oboru dětská sestra na střední zdravotnické škole, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1996/1997.*

A v odst. 2) zákonodárce doplnil, že „za výkon povolání dětské sestry se považuje poskytování ošetrovatelské péče u dětí, včetně novorozenců. Dále se dětská sestra ve spolupráci s lékařem nebo zubním lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, paliativní, neodkladné nebo dispenzární péči“.

Tím byly vytvořeny legislativní předpoklady k tomu, aby mohla být novelizována vyhl. č. 39/2005 Sb., a následně vypracován kvalifikační standard k vyhl. č. 39/2005 Sb. pro studijní program v oboru dětská sestra, který podrobněji specifikuje minimální požadavky na bakalářský studijní program nebo vzdělávací program vyšší odborné školy. Kvalifikační standard byl vydán 16.03. 2018.

Následně jsme na 2. LF UK urychleně připravili návrh bakalářského studijního programu *Pediatrické ošetrovatelství*, ke kterému MZ ČR vydalo, v souladu se zák. č. 96/2004 Sb., v pl. znění, příslušné povolení a Univerzita Karlova vydala tomuto studijnímu programu oprávnění k jeho uskutečňování. První uchazeči o studium byli přijati od akademického roku 2019/2020.

Pediatrické ošetrovatelství

je profesně zaměřený tříletý bakalářský studijní program bez specializace, který patří do oblasti vzdělávání č. 36 (zdravotnické obory). Vychází z komplexu biomedicínských vědních disciplín, z ošetrovatelství, humanitních věd a z klinických lékařských oborů péče o děti a z ošetrovatelství v klinických oborech péče o děti. Cíle studijního programu a cíle studia stanovil kvalifikační standard takto:

“Cíle studijního programu:

- *Cíle týkající se vzdělání a získání profesní kvalifikace k poskytování přímé ošetrovatelské péče orientované na individuální potřeby dětí všech věkových skupin, jejich rodin a komunit ve zdraví i nemoci založené na důkazech (Evidence Based Practice a Evidence Based Nursing, dále jen EBP a EBN).*
- *Cíle směřující k získání znalosti právních předpisů v oblasti poskytování zdravotních služeb a zdravotní péče v České republice a se zaměřením např. na právo pacienta zvolit si poskytovatele zdravotních služeb oprávněného k poskytování zdravotních služeb, které odpovídají jeho zdravotním potřebám, pokud právní předpisy nestanoví jinak.*
- *Cíle vedoucí k získání profesní kvalifikace zdravotnického pracovníka opravňující k výkonu zdravotnického povolání.*
- *Cíle vedoucí k dosažení vzdělání ve zdravotnickém oboru jako základní předpoklad k celoživotnímu profesnímu vzdělávání.*

Cíle studia:

Cíle týkající se přímého vztahu k dítěti, jeho rodině a komunitě

- *Absolvent/ka je schopen/schopna samostatně poskytovat individuální ošetrovatelskou péči a podporu dětem všech věkových skupin (zdravým, nemocným, zdravotně znevýhodněným, s poruchami duševního zdraví, umírajícím), jejich rodinám a komunitám v souladu s přírodním a společenským prostředím, ve kterém žijí. Je schopna vykonávat návštěvní službu, hodnotit domácí prostředí z hlediska zajištění zdravého vývoje dítěte, poskytovat rady a pomoc v oblasti hygieny, kojení, výživy, vyprazdňování, zajišťování plánu povinného očkování, preventivních prohlídek a dispenzární péče, prevence vzniku úrazů, domácího násilí, šikany a závislosti v dětském věku.*
- *Absolvent/ka je schopen/schopna účastnit se porodů, provádět první ošetření novorozence, včetně případného zahájení resuscitace, sledovat termoneutralní prostředí a bezproblémovou*

adaptaci novorozence, edukovat matky v péči o novorozence.

- *Absolvent/ka je schopen/schopna zhodnotit aktuální zdravotní stav a biopsychosociální a spirituální potřeby dítěte ve všech věkových obdobích i v různých životních situacích, sledovat a vyhodnocovat psychomotorický vývoj dítěte ve zdravotnických i jiných dětských zařízeních, vytvářet stimulační prostředí pro zdravý vývoj dítěte, činit opatření k zamezení vzniku psychických deprivací, rozvíjet komunikační schopnosti dítěte, vyhledávat rizikové faktory ohrožující zdravý vývoj dítěte.*
- *Absolvent/ka je schopen/schopna poskytnout a zajistit ošetrovatelskou péči o individuální potřeby dítěte všech věkových skupin. Tato péče směřuje k podpoře, posílení a udržení zdraví, k prevenci vzniku onemocnění a k prevenci komplikací. V případě nevyléčitelně nemocných a umírajících dětí je nedílnou součástí péče projevení úcty, podpory (dítěti i rodičům), zmírnění bolesti a utrpení a doprovázení.*
- *Absolvent/ka je schopen/schopna metodicky vést a organizovat výchovnou péči o děti všech věkových skupin, vypracovávat programy výchovné péče a výchovných aktivit, doporučovat úpravu prostředí, vhodné hračky a výchovné pomůcky. Je schopen/schopna komunikovat s dětmi i jejich rodinami, a to i s ohledem na další komunity žijící v České republice (dále jen „ČR“) a s ohledem na jejich kulturní zvyklosti.*
- *Absolvent/ka je schopen/schopna edukovat dítě s ohledem na jeho věk, rodiče nebo jiného zákonného zástupce dítěte ve výchově a ošetrovatelské péči o dítě v jednotlivých vývojových obdobích, spolupracovat s ostatními institucemi v oblasti péče o dítě a rodinu, aktivně zvládat techniku rozhovoru s rodiči v náročné životní situaci.*
- *Absolvent/ka je schopen/schopna samostatného rozhodování v oblasti ošetrovatelství, které se týká péče o zdraví, prevence vzniku onemocnění a úrazů, snižování negativního vlivu onemocnění na celkový stav dítěte všech věkových skupin, poskytování odborné první pomoci, ošetrovatelské péče o nemocné děti, o děti se zdravotním znevýhodněním a umírající. Tato rozhodnutí dokáže zdůvodnit, obhájit a nést za ně osobní odpovědnost.*

Cíle týkající se rozvoje profese dětské sestry

- *Absolvent/ka je schopen/schopna na základě svých vědomostí, dovedností, sociální zralosti a přístupu k jednotlivcům, rodinám a komunitám přispívat k profesionalizaci oboru ošetrovatelství, zvyšování prestiže a postavení dětské sestry ve společnosti.*
- *Absolvent/ka zná aktuální stav rozvoje ošetrovatelské praxe v ČR i v zahraničí a je schopen/schopna kriticky posoudit jednotlivé etapy historického, současného i předpokládaného vývoje ošetrovatelství včetně kompetencí dětských sester při realizaci ošetrovatelské péče, výkonů a činností.*
- *Absolvent/ka je schopen/schopna se v oblasti ošetrovatelství podílet na výzkumné činnosti, prezentovat její výsledky a aplikovat je do své práce.*

Cíle týkající se získání znalostí právního řádu v oblasti poskytování zdravotních služeb a navazujících sociálních služeb

- *Absolvent/ka se orientuje v právním řádu ČR, který upravuje poskytování zdravotních a sociálních služeb a kompetence státní správy v oblasti organizace zdravotních a sociálních služeb.*
- *Absolvent/ka chápe úlohu WHO ve světě a v Evropě. Respektuje právní předpisy a doporučení Evropské unie (EU) týkající se zdravotní a sociální politiky v členských zemích. Je seznámen/a s mezinárodními dokumenty týkajícími se práv dětí, např. Úmluvou o právech dítěte a doporučení o stavu naplňování práv dětí v ČR“.*

Závěr:

Po změně právních předpisů (novelizaci zák. č. 96/2004 Sb., účinné od 01.09. 2017) se ČR vrací k plnohodnotné přípravě studentů k výkonu zdravotnického povolání Dětské sestry. Je proto přirozené, že 2. LF UK (dříve Fakulta dětského lékařství UK), která má historicky nejlepší předpoklady k realizaci tohoto studia a nejlepší klinické zázemí v největší dětské nemocnici ve střední Evropě, bude jednou z prvních vysokých škol, kde bude toto studium, ku prospěchu praxe i celé společnosti, probíhat.

Literatura:

U autora.

Korespondence:

PhDr. RNDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA
Ústav ošetřovatelství 2. LF UK a FN Motol
V Úvalu 84/1
150 06 Praha 5 – Motol
Email: daniel.jirkovsky@fnmotol.cz