FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE

ÚSTAV OŠETŘOVATELSTVÍ UNIVERZITY KARLOVY V PRAZE, 2. LÉKAŘSKÉ FAKULTY

CESTA K MODERNÍMU OŠETŘOVATELSTVÍ XIV.

RECENZOVANÝ SBORNÍK PŘÍSPĚVKŮ Z ODBORNÉ KONFERENCE S MEZINÁRODNÍ ÚČASTÍ

Daniel Jirkovský, Šárka Tomová (Ed.)

Fakultní nemocnice v Motole
13.09. – 14.09. 2012

Recenzovali:

PhDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA
PhDr. Eva Švarcová, Ph.D.

Vydala:

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

jako svou 12. publikaci

Editoři:	PhDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA PhDr. Šárka Tomová
Počet stran:	131
Vydání:	první, Praha, 2012
Náklad:	120 výtisků (CD ROM)

Neprodejné.

Tato publikace neprošla jazykovou úpravou.
Za obsah příspěvků odpovídají jejich autoři.

Copyright © Fakultní nemocnice v Motole
Copyright © Autoři jednotlivých příspěvků

ISBN: 978-80-87347-11-9

OBSAH:

str.

ÚVODNÍ SLOVO 6
Jana Nováková, Daniel Jirkovský

CESTA K MODERNÍMU OŠETŘOVATELSTVÍ 7
Josef Koutecký

PSYCHOLOGICKÝ PRÍSTUP ZDRAVOTNÍCKYCH PRACOVNÍKOV K CHORÝM – PRÍPADOVÉ ANALÝZY 11
Eva Morovicsová

ETICKÁ DILEMATA V KOMUNIKACI S UMÍRAJÍCÍM DÍTĚTEM 16
Jaroslava Raudenská

AGEIZMUS V OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI 21
Oľga Kabátová

FAKTORY ŽIVOTNÍHO STYLU SESTER 25
Marie Hlaváčová, Karel Dohnal

SYNDROM VYHOŘENÍ – TENTOKRÁT TROCHU JINAK 29
Jindra Blatnická, Jana Novotná

VYUŽITIE MERCEROVEJ MODELU PRI ANALÝZE RIZIKOVÝCH FAKTOROV OBEZITY U TEHOTNEJ ŽENY 30
Ľudmila Matulníková

AGRESIVNÍ PACIENT V KLINICKÉ PRAXI 37
Jiřina Hosáková, Darja Jarošová

MULTIDICIPLINÁRNA SPOLUPRÁCA NA ANESTEZIOLOGICKO RERSUSCITAČNMOM ODDELENÍ 42
Andrea Bratová, Luboš Pecho

POSÚDENIE PACIENTA S ALZHEIMEROVOU DEMENCIOU PODĽA KONCEPČNÉHO MODELU JOHNSON 47
Jana Martinková

BAREVNÉ DNY S DOBROVOLNÍKY VE FNM 53
Jana Blažková, Jana Hurdová

ANI V NEMOCNICI NEJDE JEN O TĚLO... 56
Vítězslav Vurst

V PROGRAME ERAZMUS SPOLU VZDELÁVAME SESTRY V EURÓPE 59
Jozefína Mesárošová

ŠPECIALIZAČNÉ ŠTÚDIUM V OŠETROVATEĽSTVE AKO SÚČASŤ CELOŽIVOTNÉHO VZDELÁVANIA 63
Miroslava Líšková

SPOLUPRÁCE ÚSTAVU OŠETŘOVATELSTVÍ 2. LF A FN MOTOL NA TVORBĚ STUDIJNÍCH OPOR OŠETŘOVATELSKÝCH INTERVENCÍ A JEJICH VIDEOZÁZNAMŮ 69
Šárka Tomová

LABORATOŘ VE SLUŽBÁCH DIAGNOSTIKY A PACIENTŮ 72
Martina Bunešová, Štěpánka Moučková

CHYBY V PRÁCI SESTRY VEDÚCE K PRENOSU NOZOKOMIÁLNYCH NÁKAZ NA KLINIKÁCH ANESTEZIOLÓGIE A INTENZÍVNEJ MEDICÍNY 74
Eva Hrenáková

PEČOVATELSKÉ CHOVÁNÍ CHIRURGICKÝCH SESTER NEMOCNIC KRAJE VYSOČINA 80
Lenka Drahošová, Darja Jarošová

VYUŽITÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNOSTIKY NANDA INTERNATIONAL V ŽIVOTNÍM STYLU SENIORŮ 85
Hana Lukšová, Yvetta Vrublová

REHABILITAČNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ NA ODDĚLENÍCH FN MOTOL 93
Eliška Zemková, Tereza Loučná

TÝMOVÁ SPOLUPRÁCE V PÉČI O PACIENTA S JÍCNOVÝMI VARIXY 95
Gabriela Skoncová

PACIENT S ANTIKOAGULAČNOU LIEČBOU Z POHĽADU SESTRY 96
Monika Labudová

INFORMOVANOST ONKOLOGICKY NEMOCNÝCH O MOŽNOSTI VYUŽITÍ INTRAVENÓZNÍHO PORTU 100
Kateřina Lisová, Ludmila Neumanová, Vendula Paulínová

PERFUZIOLOGIE V KOSTCE 103
Pavel Hedvičák

PERFUZIOLOG V KLINICKÉ PRAXI 105
Petr Meruňka

TLAK KRVI A MOŽNOSTI JEHO MERANIA 114
Silvia Puteková

JIŽ NEOŠETŘUJEME ANGLICKÉHO KRÁLE 117
Linda Franzová, Renata Všetečková

POZNÁMKY K SOUČASNÉ PROFESI A PROFESIONALITĚ SESTER 118
Jaroslav Koťa

DUCHOVNOSŤ A NÁBOŽENSTVO V OŠETROVATEĽSTVE 121
Ladislav Šoltés, Daniel Jirkovský

SPECIALIZAČNÍ VZDĚLÁVÁNÍ SESTER V ČR A JEHO REALIZACE VE FN MOTOL 124
Daniel Jirkovský, Hana Nikodemová

NEŽÁDOUCÍ UDÁLOSTI - NESHODY V LABORATOŘÍCH FN MOTOL 128
Martin Matějček, Lenka Doischerová, Anna Skalická

ÚVODNÍ SLOVO

Vážené kolegyně,
Vážení kolegové,

dostáváte do rukou recenzovaný sborník příspěvků z odborné konference s mezinárodní účastí Cesta k modernímu ošetřovatelství, která se ve FN Motol uskutečnila ve dnech 13.09. až 14.09. 2012.

Na konferenci, v několika blocích, zazněla celá řada teoreticky i prakticky zaměřených příspěvků věnovaných profesi sestry, multidisciplinární péči a příkladům dobré praxe.

Tradičním záměrem konference Cesta k modernímu ošetřovatelství je soustředit odborníky z ošetřovatelské teorie a praxe a vytvořit tak předpoklady pro předávání nových poznatků a zkušeností mezi nimi a tím i lépe propojit ošetřovatelskou teorii s ošetřovatelskou praxí. S radostí lze konstatovat, že se nám tento záměr daří naplňovat, o čemž svědčí příznivé reakce kolegyň a kolegů, kteří se naší konference zúčastnili v minulých letech.

Závěrem nám dovolte poděkovat všem aktivním účastníkům za přednesené příspěvky. Zároveň děkujeme všem kolegyním a kolegům, kteří se na přípravě a samotné realizaci této konference podíleli.

Těšíme se na Vás v roce 2013!

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

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

CESTA K MODERNÍMU OŠETŘOVATELSTVÍ

Josef Koutecký
Klinika dětské hematologie a onkologie UK 2. LF a FN Motol

Vážené dámy, vážení pánové!

Oslovuji Vás po několikaleté přestávce, před níž jsem se několikrát podílel na úvodním ceremoniálu Vašich motolských konferencí, tehdy v souvislosti s mým akademickým úřadem děkana fakulty. Věřte mi, že ani tenkrát nebyly mé úvahy jen formální, že byly vyjádřením mého přesvědčení o nezastupitelném významu ošetřovatelství v medicíně a o mé úctě k Vám a k Vaší práci. Dnes k Vám hovořím skutečně jen za sebe.

Za to, že jsem dnes mezi Vámi znovu, nese odpovědnost naše náměstkyně paní Mgr. Jana Nováková. Známe se pětatřicet let. To zřejmě ovlivnilo její výzvu k mému expozé, když zřejmě přijala za svou novou klasifikaci lidského věku. Ta původní dělí životní období na novorozenecké, kojenecké, batolecí, předškolní, školní dorostové, dospělosti či chcete-li zralosti a stáří. Zjednodušila ji na pouhá tři období – dětství, dospělost a vypadáte dobře. Pochopitelně mě zařadila, jak jinak, do té třetí, snad v přesvědčení, že může mít přece jenom jednu přednost – zkušenost. Samozřejmě se ovšem spoléhala i na to, že jsem se ani ve svém věku nenaučil říkat „ne“ a že dlouhá zkušenost mě naopak naučila ženám neodporovat. Jsou téměř ve všem zdatnější než muži. Vyzývám přítomné pány, aby se se svojí méněcenností smířili. Buďte si této skutečnosti vědomy ale i Vy, dámy, a vyvoďte z toho důsledky. K mužům se chovejte ohleduplně, shovívavě a hýčkejte je. Uvědomte si, že být méněcenný a mít doma nesnášenlivou manželku, jakou byla např. Sókratova Xanthippa, je pro muže zničující. Ostatně proto je víc vdov než vdovců. Tolik pro vysvětlení, jak jsem se mezi Vás dostal. Teď ale k podstatě letošního setkání.

Pokud si někdo přečte jen základní název konference – Cesta k modernímu ošetřovatelství, propadne snadno představě, že její náplní budou referáty o nových ošetřovatelských metodách a převratně se vyvíjejících technologiích. Pokud se začte dále, zjistí, že volba padla tentokrát na obrácenou stranu ošetřovatelské péče – ne na její techniku, ale na její morálku. Považuji to za neobyčejně důležité, protože nemocný člověk má nejen nemocné tělo, ale i strachující se a trpící duši. Sóma od psýché oddělit nelze. Právě tomu chci věnovat svoji úvahu, která v podstatě vyčerpává všechna čtyři zadaná subtémata, vychází z mé osobní šedesátileté klinické praxe a, což zdůrazňuji, spolupráce s Vámi – sestrami i z vlastní zkušenosti pacienta.

Před několika lety jsem se v odedávném vztahu lékař-pacient ocitl na druhém břehu, než na kterém jsem celý život působil. Zaskočila mě náhle záludná nemoc. Cítil jsem se špatně a měl jsem pocit, že jsem sáhnul hodně hluboko, téměř na dno. V ubíhajících hodinách a dnech, kdy jsem se zotavoval, jsem si stále víc a víc uvědomoval laskavou, vlídnou a nikdy nekončící péči sester. Uvědomoval jsem si, jakou pravdu měl kdosi, když řekl, že práce sestry vyžaduje vlastnit *„srdce lva a ruku ženy“*. A také jsem si připomenul jeden fejeton Karla Čapka, který věnoval sestrám:

„To už patří k jakési mužské prestiži, mluvit o ženských tak trochu spatra, není to zlá vůle, spíše vědomí fyzické převahy. Ono to většinou tak vypadá, jako že ženy potřebují naší ochrany; ale jsou chvíle a dokonce těžké chvíle, kdy shledáváme, že potřebujeme jejich ochrany. Muž (…) zřídka dovede být bratrem nemocného. Dovedl by ho léčit nebo aspoň povyrážet, ale neumí ho tiše a jemně doprovázet tou cestou bolesti, aby nebyl sám. Je hrubě aktivní, neumí tak dobře svou činnost rozložit v droboučké a trpělivé skutky. Viděl jsem při

práci lékaře, rychlé a odhodlané jako při útoku; viděl jsem sestřičky při jejich tichém bdění; a já nedovedu říci, kdo z nich byl krásnější.“

Je neoddiskutovatelnou skutečností, že medicína posledních let doznala obdivuhodných pokroků a výsledků. Vyžaduje to povinnost trvalého vzdělávání, ale v kontextu s tím, co jsem právě zmínil a citoval, pozoruji, že se tak nezřídka děje na úkor vzájemných vztahů lékařů k pacientům. Nejsem dostatečně informován o tom, jakému tlaku na vzdělávání jsou vystaveny sestry, ale dobře vím, jak veliký tlak je vyvíjen na lékaře, zejména ve fakultních nemocnicích a specializovaných centrech, zvláště na ty, kteří touží po kariéře. Publikace v renomovaných zahraničních přísně recenzovaných časopisech s jejich vysokým hodnocením (tzv. impakt faktorem) a jejich co největší odezva v odborném tisku (tzv. citační index). Bohužel často na úkor kontaktu s pacientem a vztahu k němu. Ale copak nemocnému člověku záleží na počtu publikací ošetřujícího lékaře? Sarkasticky a vtipně to vyjádřil profesor Stephen Brown z Graduate School of Education university v Buffalu v poznámce nazvané PROČ BŮH NIKDY NEZÍSKAL MÍSTO NA UNIVERZITĚ:

Měl jen jednu hlavní publikaci - Bibli.
Byla v hebrejštině.
Byla bez odkazů.
Nebyla publikována v recenzovaném časopisu.
Někteří dokonce pochybují, že ji napsal sám.
Může být pravdou, že stvořil svět, ale co dělal od té doby?
Jeho ochota spolupracovat byla velmi malá.
Vědecká komunita nebyla schopna opakovat jeho výsledky.
Nikdy nepožádal etickou komisi o povolení používat lidské subjekty.
Když experiment nevyšel, pokusil se to zakrýt utopením subjektů.
Když se subjekty nechovaly podle předpisu, vyřadil je ze vzorku.
Jeho semináře byly řídké, říkal studentům jen „čtěte knihu“.
Někteří říkají, že v jeho seminářích učil jeho syn.
První dva studenty vyloučil z výuky.
Ačkoliv stanovil deset požadavků, většina studentů propadla.
Jeho konzultace byly nepravidelné a měl je obyčejně na vrcholcích hor.

Abych byl konkrétní, rozhodl jsem se citovat nahou současnost z knížky profesora Pavla Pafka Medicínmani a ti druzí:

„Dnešní chirurgická oddělení jsou jakýmisi výkonnými jednotkami, kterými pacienti – obrazně řečeno – protékají. Nemocní, kteří k nám přicházejí, už prošli ambulantním vyšetřením, přinášejí si diagnózu a jsou připraveni na plánovanou operaci, která se většinou provádí den po přijetí. A pooperační pobyt je zpravidla kratší, než je doba potřebná ke zhojení rány.

Když o tom tak přemýšlím, uvědomuji si, že o lidech, které operuji, mnohdy vím málo. U nás na chirurgii je dnes průměrná doba hospitalizace šest dnů. A počítejme: lékař se zastaví při vizitě u jedné postele tak na dvě, tři minuty. Než jde domů, měl by s pacientem zase promluvit, ale i to obvykle bývají, řekněme, tři minuty. Za den šest minut face to face. Za šest dnů šest krát šest, čili třicet šest minut. Něco přes půl hodiny je lékař s pacientem v bezprostředním kontaktu, nepočítám-li čas, kdy studuje jeho dokumentaci.

Jak můžeme někoho za půl hodiny poznat? Srovnejme si, že s někým dva roky chodíme, pak se vezmeme, a přemýšlíme, jestli to bylo dobře. Troufl by si někdo jít po půl hodině k oltáři?

Jenže lékař za těch třicet minut musí pacientovi sdělit tak závažné věci, jako že například přijde o prs nebo o končetinu, že mu musí udělat střevní vývod a nebo že se s tím už nedá

vůbec nic dělat. Mohu vědět, jak ten člověk, kterého sotva znám, zareaguje? To bych musel být Bůh.

Jistě, je snad drsné připustit, že mi mnohé okolnosti pacientova života unikají, že nic nevím o jeho rodině, práci, radostech, zklamáních, obavách. Ale na druhé straně mě někdy napadá, jestli to vlastně není dobře, protože by to mohlo poznamenat moje rozhodování a konání. Teoreticky dnes existují dvě podoby vztahu mezi lékařem a pacientem. Partnerský, tedy jako by moderní, a paternalistický, táhnoucí se od Hippokrata. Obojí absolutně vzato je hloupost. Ani v tomto případě se totiž skutečnost neskládá jen z černé nebo bílé, ale je tu celá škála odstínů. Pacient je sice do jisté míry partnerem s vlastní vůlí a s vlastní svobodou rozhodování, které lékař musí respektovat. Ale vždycky bude rád, když nad ním rozhodne někdo i trochu paternalisticky. Jde konec konců o vztah laika a odborníka – a laik a odborník nemohou být přece rovnocennými partnery.

Ale ať už se ve vztahu pacient – lékař rozhodneme pro partnerský přístup, nebo zvolíme paternalistický, základem musí zůstat důvěra. To ostatní je nepodstatné – tedy nepodstatné z pohledu lékaře, ne tak z pohledu právníka. Můžeme nemocnému nechat podepsat tisíc reversů, nabídnout sto variant léčby – vyberte si, pane Vomáčko – , ale nic z toho nemůže nahradit důvěru, kterou ve Vás má nebo nemá.

Primárně pacient vstupuje do zdravotnického zařízení s nadějí, ale i s nedůvěrou. Má strach, a pokud se člověk bojí, důvěrou hned tak neoplývá. Musí ji získat. Jenže jen si nejsem tak zcela jistý, že znám univerzální recept, jak atmosféru důvěry vytvořit. Každý pacient je neopakovatelná osobnost, každý je otevřený něčemu jinému.

Ale hlavním zůstává ono face to face, tváří v tvář, kdy se s někým setkáte a důvěru k němu prostě pocítíte nebo nepocítíte.“

Právě z této závěrečné věty vyplývá závažný paradox, protože získat důvěru ve třech minutách ráno před operací a ve třech několika dalších v pooperačním průběhu je vyloučené. A jak mohou stačit tři minuty pro zmíněná závažná sdělení, pro oznámení neúspěchu, pro nemožnost prospět či oznámení neodvratného konce?

Je vůbec možné – ne diskutovat, ale poskytnout nemocnému duchovní podporu, kterou nejen potřebuje, ale která by měla být (avšak často není) neodmyslitelnou součástí lékařského konání?

Z uvedené citace jasně vyplývá, že lékaři často, byť dobře léčí nemoci, neléčí člověka. Nepochybně se na tom podílí stále užší specializace, prospěšná, ale zanedbávající základní poslání medicíny. O duchovní podpoře nemocného a jeho příbuzných se téměř nehovoří, pomíjí se a nezřídka se považuje za zbytečnou, maximálně ryze soukromou záležitost nemocného. Z péče lékařů se vytrácí nezbytná spiritualita, kterou bychom měli chápat jako „cestu a vztah k hledání životních hodnot pravdy, etiky a cíle života, vedoucí k životní moudrosti a humanitě v souladu s určitými vyššími (chcete-li vesmírnými) zákonitostmi“.

A tu vyslovuji přesvědčení, že jste to právě Vy – sestry, které můžete napravit a napravujete selhávání lékařů svojí odpovědností a mravním přístupem, přijímáte povinnost posílit ducha nemocného, jeho úzkostí svíranou duši a omezujete jednu z nejhorších životních situací – pocit izolace, osamocení. Uvědomuji si, jak závažný je Váš podíl na překonání svízelí a překážek, kterým pacient čelí při svém návratu k hodnotnému životu a štěstí nebo ke konci života. A stejně tak si připomínám, jak často je Vaše práce podhodnocována, dokonce přehlížena. Moc se o Vás nehovoří a nepíše a často Vám nikdo ani nepoděkuje, přesto, že hodnoty, které vytváříte, jsou neměřitelné. Obdivuji Vaši sílu pokračovat v úsilí, které pramení z Vašeho vědomí naplnit smysl povolání, kterému jste zasvětily životy.

Takové myšlenky mě přivedly k tomu, abych se s Vámi v konci své úvahy podělil o příběh, který se skutečně udál, ač zní neuvěřitelně, a který do chaosu a nejistot současnosti vnáší jistotu a víru. Připomenul jsem si útlou knížku francouzského spisovatele Jeana Giona. Jmenuje se *Muž, který sázel stromy*. Příběh začal před více než 100 lety, v roce 1910, kdy spisovatel putoval po tehdy neznámých kopcích starobylého alpského kraje, který zasahuje až do Provence. Byly to končiny neuvěřitelně bezútěšné, s rozvalinami opuštěných vesnic, bez vody. Rostly tam jen drsné traviny a divoké levandule. Po dlouhých žíznivých hodinách narazil Giono na pastýře ovcí. Žil zcela o samotě v domě opraveném vlastníma rukama. Spisovatel u něho dva dny zůstal. Když první den povečeřeli, vysypal pastýř na stůl spoustu žaludů, dal na stranu všechny dobré a odpočítal hromádky po deseti. Druhý den ráno namočil ve vědru pytlík s žaludy, vypustil ovce na pastvu a šel do kopce na vybrané místo, s železnou tyčí místo hole. Tam zarážel tyč do země, udělal dolík, vložil do něj žalud a zahrnul hlínou. Sázel duby. Sázel je už tři roky, vysázel jich sto tisíc. Dvacet tisíc se jich ujalo, a i když předpokládal, že ještě polovinu ztratí, zbývalo jich deset tisíc. Ten muž se jmenoval Elzéard Bouffier. Měl kdysi v rovině statek, ale ztratil syna a potom i ženu. Uchýlil se do samoty, kde žil v klidu, s ovcemi a se psem, a protože neměl jinou důležitou práci, rozhodl se hynoucí kraj napravit. V dalším roce vypukla první světová válka. Když Jean Giono po pěti letech navštívil pastýře znovu, dosahoval les, v němž duby z roku 1910 byly vyšší než on, na nejširších místech jedenácti kilometrů. Elzéard Bouffier ale ukázal spisovateli i obdivuhodné háje bříz, bylo jim pět let, byly útlé a svěží. Ale co bylo nejúžasnější, v potocích, dávno vyschlých, tekla voda. Když se objevila voda, objevily se vrby. A také louky a květiny. Přeměna probíhala tak pomalu, že si na ni lidé zvykli. Nevyvolávala údiv. Proto nikdo na dílo toho muže nesáhl. Kdyby to tušili, zlobilo by je to. Jean Giono navštěvoval Elzéarda Bouffiera aspoň jednou za rok. Bouffier nikdy nepolevil, nikdy nezapochyboval. V roce 1935 byly stromy šest až sedm metrů vysoké.

Ale Elzéard Bouffier musel překonat četné strasti, musel se potýkat s beznadějí. A v houževnaté snaze Elzéarda Bouffiera ho viděl autor příběhu naposledy v červnu 1945. Bylo mu tehdy osmdesát sedm let. V kraji se všechno změnilo. Vzduch byl jiný. Místo prudkých vysušujících větrů foukal lehký větřík plný vůní. Bylo slyšet šumění větví v lesích a opravdové šplouchání vody. Znovu se tam usadil život. Původce té změny nikdo neznal, a přitom to všechno bylo dílem rukou a ducha tohoto muže, který neměl žádné technické prostředky a který byl příkladem toho, že by lidé mohli být, stejně jako Bůh, činní v jiných oblastech než v pustošení. Elzéard Bouffier objevil znamenitý prostředek jak být šťastný. Zemřel v roce 1947.

Obohatil krajinu, lidi a jejich životy stromy, lesy loukami, květinami, potoky a vlahým ovzduším. Vy obohacujete své pacienty mnohým. Ono je opravdu možné prospět lidem sázením stromů, ale právě tak tou nikdy nekončící denní péčí, kterou jim dáváte Vy, včetně té marné, která je neměřitelným projevem a důkazem Vašich postojů a svědomí.

Dámy a pánové, doufám, že moje úvaha naznačila zadání – ukázat jednu z nejvýznamnějších cest moderního ošetřovatelství – začlenění spirituality do složitého mechanismu komplexní péče o nemocné. Dovolte mi vyjádřit Vám svoji velikou úctu a popřát Vám šťastnou a úspěchy provázenou cestu nejen k modernímu, ale také k neopominutelnému humánnímu ošetřovatelství. Přeju Vám všechno dobré v práci i v osobních životech.

Kontaktní adresa:
Prof. MUDr. Josef Koutecký, DrSc.
Klinika dětské hematologie a onkologie UK 2. LF a FN Motol
V Úvalu 84
150 06 Praha 5 – Motol

PSYCHOLOGICKÝ PRÍSTUP ZDRAVOTNÍCKYCH PRACOVNÍKOV K CHORÝM – PRÍPADOVÉ ANALÝZY

Eva Morovicsová
Univerzita Komenského v Bratislave, Lekárska fakulta, Psychiatrická klinika

Súhrn:
Autorka v príspevku poukazuje na význam a podstatu správneho psychologického prístupu zdravotníckych pracovníkov k pacientom, ktorý má vychádzať z rešpektovania individuálnych charakteristík a potrieb pacienta. Na niekoľkých príkladoch z praxe analyzuje pozitívny prístup zdravotníckych pracovníkov k chorým, ale aj niektoré často sa vyskytujúce nedostatky v prístupe zdravotníckych pracovníkov k pacientom.

Kľúčové slová: *Psychologický prístup; Zdravotnícki pracovníci; Prípadové analýzy*

Úvod

K dôležitým faktorom, ktoré podmieňujú prežívanie a spracovanie ochorenia chorým, môžeme zaradiť jednotlivé charakteristiky ochorenia, spôsob liečby, individuálne osobitosti pacienta, prítomnosť alebo absenciu emočnej podpory príbuzných, širšieho sociálneho okolia a ďalšie. Dôležitým predpokladom primeranej adaptácie chorého na ochorenie je aj správny psychologický prístup zdravotníckych pracovníkov, ktorý vychádza z poznania a rešpektovania individuálnych osobitostí pacienta. Chorý vníma zmenu zdravotného stavu veľmi citlivo, choroba sa ho bytostne dotýka a prevažne ho napĺňa negatívnymi emóciami. Pre zdravotníckych pracovníkov je kontakt s ochorením a utrpením chorých každodennou realitou a tak je tu nebezpečenstvo generalizácie podobných prípadov, nedoceňovanie individuality pacientov a zľahčovanie až bagatelizovanie ich problémov a ťažkostí. Správny psychologický prístup umožňuje preklenúť rozdiely medzi pacientovým hodnotením okolností ochorenia a hodnotením danej situácie zdravotníckymi pracovníkmi. Dôsledkom nevhodného a nesprávneho prístupu zdravotníckych pracovníkov k chorým býva veľmi často nedôvera chorých, odmietanie spolupráce, prípadne až iatropatogénia a sorrorigénia.

Faktory podmieňujúce prežívanie a spracovanie choroby

Ochorenie predstavuje pre chorého výraznú zmenu v spôsobe života a rôzny stupeň psychickej záťaže. Limituje ho nielen v telesnej oblasti, v plnení sociálnych rolí, ale výrazne sa premieta aj do psychiky chorého a odráža sa v jeho prežívaní a správaní. Zvládnutie novej situácie, do ktorej sa chorý dostal, závisí od viacerých faktorov, ktoré sa vzájomne podmieňujú a ovplyvňujú. Rámcovo k nim môžeme zaradiť:

- charakteristiky ochorenia
- individuálne osobitosti chorého
- okolnosti ochorenia. (Žucha, Čaplová, 2008, s.84-85)

Charakteristiky ochorenia

Z jednotlivých aspektov ochorenia dôležitú úlohu zohráva časový faktor ochorenia, jeho prognóza, charakter sprievodných príznakov a ťažkostí, viditeľné zmeny vyvolané ochorením, spôsob liečby a prostredie, v ktorom sa diagnosticko-terapeutický proces realizuje. (Morovicsová, 2006, s. 13-14) Vo všeobecnosti sa citlivejšie prežívajú a spracovávajú ochorenia alebo úrazy, ktoré vznikajú náhle a zastihujú človeka nepripraveného na túto zmenu. Často predstavujú až vitálne ohrozenie a ich riešenie si vyžaduje okamžitý zásah. Z prognostického hľadiska pacienti ťažšie prežívajú a vyrovnávajú sa s ochoreniami, ktoré majú nepriaznivú alebo infaustnú prognózu. Zmeny

v prežívaní a v správaní chorých sú veľmi individuálne a v zásade zodpovedajú charakteristickým prejavom v správaní umierajúcich v jednotlivých fázach umierania. (Blumenthal-Barby a kol., 1988, s. 100-109) Prístup zdravotníckych pracovníkov a spôsob komunikácie s pacientom je v konkrétnych fázach umierania špecifický. (Morovicsová a kol., 2011, s. 140-142) V porovnaní konkrétnych spôsobov liečby predstavuje operačná liečba výraznejšiu záťaž predovšetkým tým, že zasahuje a narúša jednotu ľudského organizmu a nezanedbateľné sú aj predstavy chorých o možných komplikáciách.

Individuálne osobitosti chorého
Z jednotlivých prvkov premorbidnej osobnosti sú významné vek chorého, stav jeho celkovej citlivosti, temperamentálne, charakterové a vôľové vlastnosti, hierarchia hodnôt, problémy súvisiace s uspokojovaním potrieb a ďalšie. (Jobánková a kol., 2002, s. 58) Poznanie a rešpektovanie individuálnych osobitostí je predpokladom pre nadviazanie a následné rozvíjanie terapeutického vzťahu, ktorý je v liečebnom procese nevyhnutný.

Okolnosti ochorenia
Na chorého v procese liečby môžu negatívne vplývať niektoré, predovšetkým bolestivé diagnostické, terapeutické, ošetrovateľské alebo rehabilitačné postupy, nevhodné nemocničné prostredie, napr. nové, málo podnetné alebo rušivé prostredie, nedostatočný hygienický štandard pracovísk, neprehľadný informačný systém, neúčinná organizácia práce, izolácia chorého od bežného prostredia, pobyt chorého medzi ťažko chorými.
Veľmi citlivo je vnímaná nevhodná a neprimeraná komunikácia zdravotníckych pracovníkov s chorými, ale aj v interpersonálnych vzťahoch. (Lloyd, Bor, 2004, s. 35) Častým komunikačným nedostatkom je anonymita chorých, predovšetkým označovanie chorých číslom izby, či diagnózou, ale aj nepresná informovanosť chorých, poskytnutie veľkého množstva informácií v krátkom čase, neoverenie pochopenia poskytnutých informácií. (Křivohlavý, 2002, s. 55)
Poskytovanie zdravotnej starostlivosti má tímový charakter. Dôležitým predpokladom tímovej práce je rešpektovanie sociálnych pozícií a statusov jednotlivých členov tímu. V prípade, že členovia tímu navzájom nerešpektujú úlohy a kompetencie vyplývajúce zo sociálnych statusov, vzniká v tíme napätie a interpersonálne konflikty. Ich vplyv na chorých je nesporný. Chorý sa často stáva prostredníkom aj nekorektnej komunikácie medzi členmi tímu, čo k psychickej pohode pacienta neprispieva a výrazne ovplyvňuje aj mieru jeho spolupráce v liečebnom procese. (Otrubová, Jankechová, 2009, s. 13)

Psychologický prístup v klinickej praxi
Pacient svoju chorobu a problémy, ktoré s diagnostikou a liečbou ochorenia súvisia, vidí ináč a vníma ich v odlišných súvislostiach než zdravotnícki pracovníci. Ochorenie alebo úraz predstavujú v živote chorého obzvlášť nepriaznivú situáciu, ktorú individuálne prežíva. Vytvára si o chorobe a vlastnej situácii subjektívny obraz. Dôležitým predpokladom spolupráce zdravotníckych pracovníkov s pacientom a jeho rodinou je, aby zdravotník neprehliadal subjektívne prežívanie chorého. Psychologický prístup zdravotníckych pracovníkov k pacientovi znamená predovšetkým premyslený prístup, keď zdravotnícky pracovník, lekár, sestra, fyzioterapeut, psychológ dokážu v kontakte s pacientom rešpektovať jeho subjektívne vnímanie ochorenia a všetkých súčasne pôsobiacich podnetov a aspektov vrátane psychologických a sociálnych. (Beran a kol., 2010, s. 35) Ide napr. o prežívanie negatívnych emócií, prítomnosť rôznych psychických problémov, plnenie, resp. neplnenie sociálnych rolí, prítomnosť emočnej podpory a pod. Zároveň sa svojím prístupom snažia eliminovať negatívne faktory, ktoré by mohli poškodzovať chorého. (Žucha, Čaplová, 2008, s. 156) Podstatou správneho

psychologického prístupu zdravotníckych pracovníkov k chorému je preklenutie rozporu medzi hodnotením ochorenia a jeho okolností pacientom a na druhej strane zdravotníckym pracovníkom. V kontakte s pacientom a jeho blízkymi sa takýto prístup prezentuje postojmi, ktoré vyjadrujú úctu, rešpekt, porozumenie. Tieto postoje u pacienta vyvolávajú dôveru, pochopenie, napĺňajú ho nádejou a istotou a zároveň prispievajú k budovaniu dobrej spolupráce medzi zdravotníckymi pracovníkmi a pacientom. (Vymětal, 2003, s. 132-133) Vzhľadom k pôsobeniu emočných záťaží, ktorým sú zdravotnícki pracovníci každodenne vystavení, je dôležité, aby boli schopní brániť sa emocionálnej únave a profesionálnej deformácii. V opačnom prípade môže dôjsť k neúmerne redukovanému a zjednodušenému pohľadu na chorého a jeho problémy.

Prípadové analýzy

Prístup pacientky k dialyzačnej liečbe

48-ročná pacientka bola dlhodobo sledovaná v nefrologickej ambulancii. Príčinou dispenzarizácie bola chronická glomerulonefritída, ktorú pacientke diagnostikovali v detstve. Ochorenie pacientku výraznejšie počas štúdia neobmedzovalo a ani neskôr pri zaradení do pracovného procesu a plnení pracovných a iných úloh. Pacientka má jedno zdravé dieťa. K zhoršeniu zdravotného stavu došlo počas druhej gravidity, ktorá sa musela ukončiť sekciou v 7. mesiaci tehotenstva. Postupne sa zdravotný stav pacientky stabilizoval na relatívne dlhé, niekoľkoročné obdobie. K výraznejšiemu zhoršovaniu zdravotného stavu došlo po dovŕšení 40 rokov pacientky. Aj napriek relatívne dobrej kvalite života, ktorú pacientka udávala, progresiu ochorenia jednoznačne potvrdzovali zhoršujúce sa laboratórne parametre. Možnosti konzervatívnej liečby už neboli účinné. Navrhovanú biopsiu obličiek, ktorá by potvrdila stupeň progresie ochorenia, pacientka rezolútne odmietla. Rovnako odmietala aj návrh na prípravu venózneho prístupu pre zahájenie dialyzačnej liečby aj napriek tomu, že špecifické parametre pre zaradenie do dialyzačného programu vysoko prekročili hraničné hodnoty.

Čo bolo príčinou odmietavého postoja pacientky?

Dialyzačnú liečbu pacientka vnímala ako konečnú etapu svojej profesionálnej realizácie a ešte relatívne prijateľnej kvality života, ktorá jej umožňovala plnenie rôznych aktivít. Odmietavý postoj pacientky k navrhovanej liečbe vyplýval z toho, že subjektívne sa pacientka cítila naďalej dobre. Jediným problémom, ktorý ju čiastočne limitoval predovšetkým vo fyzických aktivitách, bola únava. Porovnávala sa s pacientmi s podobnými zdravotnými problémami, u ktorých zhoršenie zdravotného stavu bolo zjavné aj navonok, čo sa prejavilo napr. zmenou sfarbenia kože, typickým výrazom únavy a pod. Vnútorne si síce pripúšťala nutnosť navrhovanej liečby, no naďalej ju odmietala.

Aký bol prístup zdravotníckych pracovníkov?

I keď lekár nesúhlasil s postojom pacientky, akceptoval ho a prezentoval skutočný záujem o jej problémy, snažil sa byť empatický a trpezlivý. Neustále pacientke zdôrazňoval nutnosť liečby a vysvetľoval riziká odsúvania zahájenia dialyzačnej liečby. Situácia bola natoľko vážna, že lekár musel odmietavý postoj pacientky riešiť opakovane negatívnym reverzom. Vo svojom prístupe naďalej však využíval komunikačné zručnosti – akceptáciu, vysvetľovanie, prejav porozumenia a podpory, ktoré sú pre účinnú komunikáciu na všetkých úrovniach veľmi dôležité. Umožnil pacientke konzultáciu s iným odborníkom, ktorý podporil jeho návrh na zahájenie liečby. Tento krok pravdepodobne prispel k zmene postoja pacientky, ktorá napokon navrhovanú liečbu prijala. Na dialyzačnú liečbu nastupovala s požiadavkou, aby mohla naďalej pracovať a venovať sa svojim aktivitám. Dialyzačné pracovisko požiadavku pacientky akceptovalo, rovnako aj jej počiatočný rezervovaný prístup. Pacientka sa postupne so situáciou vyrovnala, cítila podporu nielen

príbuzných, ale aj príjemnú atmosféru pracovného kolektívu. Po 8 mesiacoch dialyzačnej liečby pacientka podstúpila transplantáciu a následne sa opäť zaradila do pracovného a bežného života.

Spätný pohľad pacientky na situáciu

S odstupom času pacientka veľmi pozitívne hodnotila prístup lekárov a sestier, ktorý jej pomohli vyrovnať sa so situáciou, ktorú v danom momente vnímala ako neriešiteľnú.

Únik pacientky do choroby

Mladá, tridsaťpäťročná úspešná právnička sa dlhší čas sťažovala na dyspeptické ťažkosti a pretrvávajúce bolesti žalúdka. Zdravotné ťažkosti sa snažila najprv riešiť sama, avšak neúspešne. Zrejme si uvedomovala príčiny, ktoré ich spôsobovali, no priamo ich pomenovať nechcela. Rozhodla sa osloviť známu a požiadala ju o pomoc. Dohodnuté odborné vyšetrenia nepotvrdili prítomnosť ochorenia tráviaceho traktu, subjektívne problémy pacientky však naďalej pretrvávali.

Čo bolo príčinou zdravotných ťažkostí pacientky?

Pri zbere anamnestických údajov sa v pracovnej anamnéze zistili dôležité informácie. Pacientka pracovala na pozícii, kde sa od nej očakávalo vysoké pracovné nasadenie. Hoci bola vyhľadávanou odborníčkou vo svojou odbore, práca sa pre ňu stávala čoraz väčšou, predovšetkým psychickou záťažou. Výrazné pracovné nasadenie vždy sprevádzalo zvýraznenie zdravotných ťažkostí, ktoré pretrvávali istý čas aj po zľavení pracovného tempa. Ďalším zistením bola skutočnosť, že pacientka nedokázala vyjadriť svoje emócie, ani určiť hranice svojich možností. Nebola schopná o svojich skutočných ťažkostiach a emóciách otvorene hovoriť. Obávala sa, že okolie bude jej problém vnímať ako osobné zlyhanie.

Riešenie svojich pracovných problémov očakávala práve od zdravotníckych pracovníkov. Preto sa snažila prostredníctvom svojej známej získať od lekára nepriamo odporučenie pre zmenu pracoviska vzhľadom na riziko vzniku ochorenia.

Aký bol ďalší vývoj zdravotného stavu pacientky?

Pacientka absolvovala iba jedno dohodnuté odborné vyšetrenie, ktorého závery nepotvrdili prítomnosť ochorenia, preto sa ďalšie sledovanie pacientky už nezrealizovalo. Bol tento prístup lekára správny? Mohol vytušiť z nejasných a neúplných informácií, ktoré mu pacientka poskytla, skutočnú príčinu zdravotných ťažkostí? Správny psychologický prístup vychádza z poznania všetkých relevantných informácií o okolnostiach zdravotných problémov a ochorenia. Ak by pacientka otvorene o svojich problémoch hovorila, určite by sa zistili príčinné psychické a sociálne faktory signalizovaných zdravotných ťažkostí. Pacientka sa však obávala osobného zlyhania a o svojich skutočných problémoch hovorila svojej známej až po vyšetrení a žiadala ju o vybavenie dodatočného vystavenia odporúčania pre zmenu pracovnej pozície. Riešením situácie bolo uvedomenie si svojich hraníc a možností a ich jasné a jednoznačné pomenovanie v interpersonálnej komunikácii.

Devalvácia vo vizike

Na detské oddelenie prijali 3 ročného chlapčeka, ktorý mal výrazný defekt na tvári. Sestra, ktorá nastúpila do služby, o tejto skutočnosti nevedela. Pri roznášaní obeda vstúpila do izby a pohľad na znetvorenú tvár chlapčeka v nej vyvolal prirodzenú obrannú reakciu, ktorú nedokázala ovládnuť a primerane na chlapčeka zareagovať. Zdesenie v tvári sestry bolo zrejmé a stalo sa na istý čas určitou bariérou v komunikácii sestry a chlapčekom, ktorý sa bránil kontaktu, odmietal podávanú stravu a pod.

V čom bolo zlyhanie sestry?

Komunikáciu a správanie zdravých jedincov k ľuďom s rôznymi defektmi či postihnutiami ovplyvňuje aj biologická podmienenosť človeka, ktorá vyžaduje od ostatných príslušníkov

určitú podobnosť. Odlišnosti jedincov od predpokladanej či uznávanej normy sa vnímajú veľmi citlivo a zdravý jedinec inštinktívne pociťuje nechuť až odpor k tým, ktorí sa zásadne odlišujú od danej normy. Za svoje pocity sa človek nemusí hanbiť, rovnako ako sa nemusí hanbiť za zľaknutie, nával radosti alebo ľútosti. (Morovicsová a kol., 2011, s. 170)
V rámci profesionálnej prípravy sú sestry vedené k tomu, aby si túto pudovo zakódovanú skutočnosť uvedomili a vedeli ju primerane spracovať. Preto bolo potrebné, aby sestra ovládla svoje emócie a zaujala skôr neutrálny pohľad, prípadne sa snažila o potlačenie negatívnej emócie. Sestre sa napokon podarilo komunikačnú bariéru prekonať a počas hospitalizácie nadviazať vhodný kontakt s chlapčekom.

Záver

Vyššie analyzované príklady z praxe približujú vhodné aj menej vhodné prístupy zdravotníckych pracovníkov k chorým. Preto je veľmi dôležité, aby si zdravotnícki pracovníci uvedomili a rešpektovali individualitu každého pacienta, s ktorým prichádzajú do kontaktu ako aj nutnosť profesionálnej adaptácie. Je predpokladom primeraného prístupu k chorým a účinnej komunikácie s nimi.

Literatúra

BERAN, J. a kol. (2010) *Lékařská psychologie v praxi,* 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 144 s. ISBN 978-80-247-1125-6.
BLUMENTHAL-BARBY, K. a kol. (1988) *Opatrovanie ťažko chorých a umierajúcich,* 1. vyd.. Martin: Osveta, 1988, 240 s.
JOBÁNKOVÁ, M. a kol. (2002) *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky,* 2. přepracované vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2002, 225 s. ISBN 80-7013-365-1.
KŘIVOHLAVÝ J. (2002) *Psychologie nemoci,* 1. vyd. Praha: Grada, 2002, 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
MOROVICSOVÁ, E. (2006) Nemoc v prožívaní človeka. *In Sestra (Cz)*. 2006, roč. 16, č. 4, s. 13-14. ISSN 1210-0404.
MOROVICSOVÁ, E. a kol. (2011) *Komunikácia v medicíne,* 1. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského, 2011, 212 s. ISBN 978-80-223-3025-1.
LLOYD. M., BOR, R. (2004) *Communication Skills for Medicine,* 2. edit. Londýn: Churchill Livingstone, 2004, 202 s. ISBN 0-443-07411-9.
OTRUBOVÁ, J., JANKECHOVÁ, M. (2009) Compliance a jej význam. *In Abstrakty z prednášok z XII. Konferencie ORL sestier s medzinárodnou účasťou.* s. , 1. vyd. Nové Zámky: FN, 2009.
VYMĚTAL, J. (2003) *Lékařská psychologie,* 3. přepracované vyd. Praha: Portál, 2003, 397 s. ISBN 80-7178-740-X.
ŽUCHA. I., ČAPLOVÁ, T. (2008) *Lekárska psychológia,* 1. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského, 2008, 208 s. ISBN 978-80-223-2439-7.

Kontaktná adresa

Doc. PhDr. Eva Morovicsová, PhD., MPH
Psychiatrická klinika
Lekárska fakulta Univerzity Komenského
Špitálska 24
813 72 Bratislava
Email: eva.morovicsova@fmed.uniba.sk

ETICKÁ DILEMATA V KOMUNIKACI S UMÍRAJÍCÍM DÍTĚTEM

Jaroslava Raudenská
Ústav ošetřovatelství UK 2. LF a FN Motol
Oddělení klinické psychologie FN Motol

Souhrn:
Komplexní ošetřovatelská pediatrická paliativní péče je osobně i profesně náročná, ale i uspokojující sestru, pacienta i jeho rodinu. Klade tím na sestru požadavky na znalost nejen etických základů ošetřovatelské péče, kognitivního vývoje u dětí, zvládacích dovedností i zdatnost v komunikaci o smrti a umíraní. Pro lepší pochopení etických a komunikačních problémů v souvislosti se smrtí u dětí je nutné si uvědomit běžné názory laiků i zdravotníků: děti smrti nerozumí a komunikace o tomto tématu s nimi (a rodiči) není nutná. Práce se proto nejdříve zabývá základními výzkumy konceptu smrti u dětí a komponentami konceptu smrti podle věkového hlediska. Dále se zaměřuje na etickou problematiku komunikace o tématu smrti vzhledem k věku dítěte. Práce se v neposlední řadě zabývá několika základními problémy v ošetřovatelské péči u umírajících dětí: etický stres, osobní utrpení a bolest, nedostatek podpory a spolupráce v týmu, syndrom vyhoření, nedostatečná edukace a vzdělanost.

Klíčová slova: *Sestra; Etika; Komunikace; Umírající dítě.*

Úvod

Smrt může být vnímána subjektivně a objektivně. Subjektivně znamená osobní, jedinečný význam smrti, tj. jak se jedinec smrti bojí, co do ní očekává, jak je pro něho důležitá. Objektivně představuje pochopení, že smrt je nevratné ukončení všech funkcí organismu, u dětí se formuje až okolo 8-10 let (Cicirelli, 2001). Informace o smrti jsou u dětí často ovlivněny zkušeností v médiích. V televizi, filmech, videohrách, pohádkách a dětských příbězích se často setkávají s případy, kdy hlavní hrdina umírá a znovu ožívá. Smrt se jeví magická a determinovaná osudem. Statečný a chytrý hrdina je schopen překonat neobyčejné překážky, dokonce i smrt, navzdory automobilovým nehodám, zbraním, či jiným nebezpečím. Nejčastěji popisované složky objektivního konceptu smrti, které tvoří ucelený, tzv. „vyspělý“ koncept smrti jsou: nevratnost, nefunkčnost a universalita, příčinnost a pokračování života mimo tělo. *Nevratnost* znamená, že když něco živého zemře, fyzické tělo nemůže být zpětně oživeno. *Nefunkčnost* je definována jako uvědomění, že smrtí ustanou všechny život definující funkce. Děti si nejprve uvědomují ukončení funkcí fyzických (pohyb, dýchání a podobně) a později ukončení psychických funkcí (myšlení a cítění). *Universalita* se vztahuje k porozumění, že všechny živé věci zemřou. *Příčinnost* znamená, že dítě dokáže určit reálné příčiny smrti. Děti si nejdříve uvědomují externí příčiny smrti (například sražení automobilem, výbuch, pád) a později začínají rozumět interním příčinám (stárnutí, infarkt, rakovina). *Pokračování života mimo tělo* se vztahuje k dětským názorům na život po smrti.

Výzkum dětského chápání smrti

V minulosti se výzkumy u dětí zabývaly především vývojem objektivního konceptu smrti. Je možné je rozdělit na několik období: 1. psychonalytický (30.-40.l. 20. stol.), 2. kognitivní uchopení smrti (60.-70.l. 20.stol), 3. smrt jako biologický fenomén (90.l. 20.stol.), 4. existenciální přístup (Loučka a Vančura, 2011).

První práce od 30. let minulého století patří do etapy *psychoanalyticky orientovaného výzkumu.* Studie byly deskriptivního charakteru a používaly nestrukturované rozhovory a

různé projektivní techniky (vyprávění příběhů nebo kreslení). Zaměřovali se na popis emočního prožívání dětí při setkání s tématem smrti. Velkým přínosem bylo překvapivé zjištění, že děti se smrtí zabývají a přemýšlí o ní, a to nejen děti nemocné nebo děti, které se se smrtí osobně setkaly (Kastenbaum, 2000). Do té doby se předpokládalo, že smrt je pro děti traumatizující téma, o které se nezajímají. Dětská snaha porozumět smrti je ale omezena jejich kognitivní a emocionální nezralostí a vývoj konceptu smrti probíhá v určitých stadiích (Corr a Corr, 2012).

Druhým obdobím je období výzkumu založeného na *Piagetově teorii* v 70. l. 20. století. Tento výzkum se orientoval spíše na kognitivní, než emocionální, aspekty dětského vnímání. Ponechával stranou například sociokulturní vlivy. Definoval několik komponent, které tvoří vyspělý koncept smrti: nevratnost, universalita, příčinnost a skončení tělesných funkcí (DeSpelder a Strickland, 2005). Vývoj konceptu smrti odpovídá kognitivnímu vývoji podle Piageta. Děti v předoperačním období si smrt představují jako dočasnou a mají ji spojenou s konkrétními pozorovatelnými projevy chování (zavřené oči, odchod pryč). Ve fázi konkrétních operací děti chápou všeobecnost a nevratnost smrti, ale nerozumí její přirozenosti. Připouští si pouze externí příčiny úmrtí jako například snězení otráveného jídla nebo vraždu. Ve fázi formálních operací děti postupně nabývají „dospělého" porozumění smrti s její nevyhnutelností, universalitou i definitivností charakterizovanou ukončením všech životních funkcí.

Výzkumy na přelomu druhého tisíciletí studují smrt *z biologického konceptu*. Zdůrazňují chápaní příčinnosti jevů a vzdělávání dětí. Pracují s pojmem naivní biologické teorie, který popisuje dětské představy o biologické podmíněnosti světa (Inagaki a Hatano, 2006). Dítě přisuzuje biologické schopnosti (jako je dýchat, jíst, cítit emoce, reprodukovat, umřít, apod.) různým objektům, lidem, různým zvířatům, hmyzu, neživým předmětům.

Faktory ovlivňující vývoj konceptu smrti

Základní faktory ovlivňující vývoj konceptu smrti jsou věk, kognitivní zralost, zkušenost se smrtí, religiozita, úzkost dětí i rodičů, komunikace v rodině, komunikace se zdravotníkem (Loučka a Vančura, 2011). Z hlediska věku odpovídá senzomotorické období z Piagetovy teorie separační fázi vývoje dítěte. Spadá sem tedy hlavně *novorozenecký a kojenecký věk a mladší batolecí období* (první a druhý rok života). V *období pět až devět let* si děti již začínají uvědomovat, že smrt je konečná a nevratná událost. Mezi *pátým a šestým rokem* si začínají uvědomovat, že smrt (která je doposud chápána jako nějaký spánkový stav) postupně vede k ukončení života. Děti ve věku *9 a 10 let* již vypovídají o smrti jako o nevyhnutelné události, která se týká každého člověka, je nevratná a definitivní. Tento věk je tedy pokládán za hranici nabytí vyspělého konceptu smrti. Ve věku 9-12 let se dítě vzdává animisticko- magického myšlení ve prospěch logicko-kauzálního. Tento posun v myšlení je doprovázen pochopením přirozenosti vnějšího času.

Dětské koncepce smrti se kognitivním vývojem jedince mění. Nacházejí svůj původ v magičnosti, cyklicky se opakující zaměnitelnosti života a smrti. Mladší děti mají na smrt cyklický pohled. Narození se mění ve smrt a smrt v narození: tento proces utváří kruh. Dospělí a děti přibližně od 9 let vidí smrt lineárně, jako narození – počátek a smrt – konec**.** Projekcí kruhu je přímka - přímka života.

Etické problémy ošetřovatelské péče

Sestra je při umírání dítěte konfrontována s jeho smrtí osobně i profesně. Snaží se dítěti v rámci zdravotnického týmu a svých kompetencí pomoci. Prožívá umírání a smrt dítěte často jako vlastní selhání. Subjektivní prožitek selhání můžeme rozdělit na tři oblasti: 1. jako nedostatek odborných ošetřovatelských schopností a dovedností zachránit život dítěte,

2. v sociální roli dospělého, 3. vůči rodičům dítěte. Tyto pocity selhání potom nevyhnutelně vedou ke zvýšenému smutku a intenzivním pocitům bezpomoci, viny a vzteku. Práce s umírajícím dítětem může u sestry zvýšit uvědomění si vlastních ztrát a vulnerabilitu, která zvyšuje úzkost a stres.

Etická nepohoda. Etická dilemata mohou vést u sestry k pocitu bezmoci a vzteku (Raudenská a Javůrková, 2011). V takové situaci se může ocitnout, pokud je jí nařízeno, aby udělala něco proti vlastnímu morálnímu přesvědčení. Tlak na vykonání ošetřovatelské péče bez zřetele na osobní a profesní etický názor může negativně ovlivnit i její osobní integritu. Pokud jsou připomínky sestry negovány a nebere se na ně zřetel, může mít vztek, ale také se může cítit frustrovaná a rozmrzelá. Sestra často řeší dilema jak vyplnit rozhodnutí lékaře a přitom co nejvíce dítěti pomoci. Problém je, pokud z různých vnitřních i vnějších důvodů nemůže dodržet morální profesionální zásady. Překážky jsou následující: externí, pokud se názor sestry nebere vůbec v potaz, například v léčbě bolesti (Kozák, 2002). Interní, pokud sestra v poskytování paliativní péče disponuje menšími komunikačními nebo ošetřovatelskými dovednostmi. Pokud se bariéry odstraní, může sestra cítit vyšší satisfakci z práce a pacient zároveň dostává odpovídající péči. Další časté dilema sestry je, jak pečovat o dítě, které umírá, tj. péče nevede k vyléčení. Děti, podobně jako dospělí, potřebují dokončit své záležitosti, říci sbohem a najít uzavření života, chtějí přiměřeně k věku vědět, že jejich život měl cenu a hodnotu. Sestry jsou proto u umírajících dětí často konfrontovány s existencionálními otázkami týkající se života a smrti.

Paliativní ošetřovatelská péče o děti je často spojena s tématem *osobního pocitu bolesti a utrpení*. V klinické praxi se u sester velmi často setkáváme s prožíváním hlubokého smutku, zklamání a bezmoci, pokud pečují o umírající děti přibližně stejně staré, jako jsou jejich vlastní. Některé sestry se nemohou vyrovnat s chováním rodičů, například chladnými pohledy matky, která ztratila své dítě, nebo neadekvátními obviňujícími reakcemi rodičů. Sestry také často mluví o tom, že neví jak zvládnout vlastní zklamání při pohledu na matku, která ztratila novorozené dítě. Např. sestra mluvila o bolestivé zkušenosti, když pečovala o 10 letou dívku s karcinomem, u které se ukázala recidiva. Po informování dívky několik hodin brečící dívku utěšovala, ta opakovaně prosila, že ještě nechce umřít. Sestra sama byla v šoku z nepříznivé zprávy, nevěděla co má dělat, co má dívce vlastně říci. S dívkou jen seděla na posteli, držela ji za ruku a společně se modlily. Sestry významně emočně trpí, pokud dojde k ukončení navázaného vztahu s dětským pacientem a jeho rodinou (Yam et al., 2001). Proto se některé z nich protektivně zaměřují spíše na somatickou péči a snaží se interakci a komunikaci s pacientem a rodinou omezit na minimum ve snaze vyhnout se stresu a nepohodě (Raudenská, 2011; Raudenská a Javůrková, 2010).

Kromě osobního pocitu etické nepohody, utrpení a bolesti sestry často pociťují i *nedostatek podpory a spolupráce* od přímých spolupracovníků, administrativy zdravotnického zařízení a dalších členů zdravotnického týmu. Nedostatek podpory znamená stres. Proto by měl pediatrický paliativní tým obsahovat kromě lékařů a sester i například sociálního pracovníka, kaplana a klinického psychologa (Javůrková a Fanfrdlová, 2004). Spolupráce celého týmu je výhodná pro práci s pacienty i s rodinami pacientů. Tým pak může lépe edukovat o medicínských zákrocích, poskytnout odvracení pozornosti od bolesti a bolestivých procedur, psychoterapeutickou a spirituální pomoc. Pokud paliativní tým nemá stálé spolupracovníky výše zmíněných odborností, potom potřeby rodin z oblasti psycho-sociálně- spirituální zajišťuje zdravotní sestra. Ta potom musí vyvinout mnoho úsilí, aby naplnila potřeby směřující k podpoře celé rodině.

Nedostatek profesionální spolupráce a edukace. Zdravotnický tým nemá často pro práci s umírajícími dětmi v oblasti komunikace a etiky dostatečné vzdělání (Morgan, 2009). Sestry jsou v pregraduálním vzdělávání jen bazálně připravené rozpoznat a zvládat vlastní emoční reakce při práci s umírajícími. V praxi si potom v komunikaci s umírajícím a zajištěním všech psycho-sociálně-spirituálních potřeb nemusí adekvátně poradit. To zvyšuje stres a snižuje kvalitu léčby. Až polovina sester nemocnice se subj. cítila nezkušená v následujících oblastech: komunikaci o smrti a umírání, rozhovor o překladu do hospice a o přání „DNR" - neresuscitovat a zvládání bolesti (Contro et al., 2004). Ve stejné studii se 43% kvalifikovaných lékařů a 56% residentů také cítilo nedostatečně zkušených při vedení komunikace s umírajícím. Dalším problém, který často sestry popisovaly, byly nedostatečné dovednosti při tišení žalu u pozůstalých. Cítily se nejistě pokud rodiče plakali, nevěděly, jak se v situaci mají chovat. Některé sestry se bály, že by mohly rodičům říci něco nevhodného, nebo nepříjemného. Tento sestrami subj. vnímaný nedostatek dovedností by měl být řešen, protože umírající pacient a jeho rodina by měli být v rámci ošetřovatelství léčeni bio-psycho-sociálně (Jirkovský, 2010).

Závěr

Velmi malé děti si neuvědomují smrt jako takovou, nicméně prožívají odloučení jako situaci významově velmi podobnou. Kolem sedmi let většina dětí vyjadřuje porozumění jednotlivým komponentám universality, nevratnosti, konečnosti a příčinnosti smrti. K propojení složek do jednoho komplexního „vyspělého" konceptu smrti dochází zhruba mezi devátým a desátým rokem. Znalost těchto závěrů může pomoci sestře lépe porozumět dětskému prožívání smrti a umírání, je však vždy nutné dbát na individuální přístup ke každému dítěti a věnovat pozornost jeho individuálním potřebám a projevům.

Umírání a smrt dítěte vždy znamená děsivou a nepříjemnou cestu nejen pro rodinu, ale také pro zdravotníky. Sestra má možnost tuto cestu pacientovi, jeho rodině, ale také sobě, zpříjemnit. Péče o umírající děti je pro sestru stresující, ale zároveň může být i odměňující. Zdravotní sestra pracující s umírajícími dětmi by měla rozumět vývoji koncpetu smrti u dětí a dále by sama měla projít zkušeností, jak se jí smrt bezprostředně dotýká a jaký má pro ni význam. Konfrontace s vlastní smrtí je pro jedince zásadní mezní situace, která může způsobit posun z hlediska toho, jak člověk žije. Při zažívání smrti může také docházet ke sblížení, objevuje se soucit a pochopení. Život a práce s umírajícími dětmi tam může mít najednou jinou hloubku a perspektivu.

Podpořeno projektem (Ministerstva zdravotnictví) koncepčního rozvoje výzkumné organizace 00064203 (FN Motol)

Literatura

CICIRELLI, VG. Personal meanings of death in older adults and young adults in relation to their fears of death. *Death Studies*, 2001, č. 25, s. 663-683. ISSN 0748-1187

CONTRO, N. LARSON, J. SCOFIELD, S. SOURKES, B. COHEN, HJ. Hospital staff and family perspectives regarding quality of pediatric palliative care. *Pediatrics,* 2004, roč. 114, č. 5, s. 1248-1252. ISSN: 0022-3476

CORR, CH. CORR, D. Death and Dying, Life and Living. Belmont: Wadsworth Publishing, 2012. ISBN: 13978-1-111-84061-1

DESPELDER, LA. STRICKLAND, AL. The Last Dance: Encountering Death and Dying. New York: McGraw Hill, 2005. ISBN: 0073405469

INAGAKI, K. HATANO, G. Young Children´s Conception of the Biological World. *Current Directions in Psychological Science*, 2006, roč.15, č. 4, s. 177-181. ISSN : 0963-7214

JAVŮRKOVÁ, A. FANFRDLOVÁ, Z. Neuropsychologické vyšetření. In: BRÁZDIL M., HADAČ J., MARUSIČ P.: (EDs) Farmakorezistentní epilepsie. Praha: Triton, 2004, s.140-149. ISBN: 80-7254-562-0

JIRKOVSKÝ, D. Inovace praktické výuky ošetřovatelství. In.: JIRKOVSKÝ, D. (Ed) Cesta k modernímu ošetřovatelství XII. Recenzovaný sborník z konference. Praha: FNM, 2010, s. 80-82. ISBN 978-80-87347-03-4

KASTENBAUM, R. The Psychology of Death. New York: Springer Publishing Copany, 2000. ISBN: 0-8261-0263-8

KOZÁK, J. Léčba bolesti v ČR – chronická bolest a trendy v invazivních postupech, *Remedia*, 2002, č. 6, s. 364-369. ISSN 0862-8947

LOUČKA, M. VANČURA, J. Koncept smrti u dětí: komponenty a determinanty. *Československá psychologie*, 2011, roč. 55, č. 1,s. 38-48. ISSN 0009-062X

MORGAN, D. Caring for Dying Children: Assessing the Needs of the Pediatric Palliative Care Nurse. *Pediatric Nursing,* 2009, roč. 35, č. 2, s. 86-90. ISSN:00979805

RAUDENSKÁ, J. Osobní etická dilemata pacienta s chronickou bolestí. *Bolest,* 2011, roč. 14, č. 1, s. 14-20. ISSN 1212-6861

RAUDENSKÁ, J. JAVŮRKOVÁ, A. Některé etické úvahy, dilemata a podněty algeziologické péče o pacienta s chronickou nenádorovou bolestí. *Bolest,* 2010, roč. 13, č. 4, s.172-180. ISSN 1212-6861

RAUDENSKÁ, J. JAVŮRKOVÁ, A. Lékařská psychologie ve zdravotnictví. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2223-8

YAM, BM. ROSSITER, JC. CHEUNG, KY. Caring for dying infants: experiences of neonatal intesive care nurses in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing,* 2001, roč. 10, č. 5, s. 651-659. ISSN: 0962-1067

Kontaktní adresa

PhDr. Jaroslava Raudenská, PhD
FN v Motole
V Úvalu 84
150 06 Praha 5
Email: jaroslava.raudenska@fnmotol.cz

AGEIZMUS V OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI

Oľga Kabátová
Trnavská univerzita, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra ošetrovateľstva

Súhrn:
Autorka príspevku predkladá základný prehľad o ageizme (vekovo podmienenej diskriminácii) ako o jednom z najrozšírenejších fenoménov dnešnej doby so zameraním na ageizmus v zdravotníctve a ošetrovateľskej starostlivosti. Ageizmus v ošetrovateľstve je bežným javom, ktorý sa manifestuje rôznymi spôsobmi a má negatívny dopad na pacienta i poskytovanú starostlivosť. Preto je potrebné tento jav odstrániť a práve sestry by mali mať v tomto procese kľúčovú úlohu.

Kľúčové slová: *Starnutie; Ageizmus; Veková diskriminácia; Ošetrovateľstvo; Senior; Sestra.*

Úvod

Starnutie a staroba sú fenomény, ktoré ľudí zaujímali už od pradávna. V priebehu 20. storočia však starnutie nabralo nový rozmer a to od starnutia individuálneho k starnutiu celospoločenskému.
Proces demografického starnutia, ktoré je charakterizované zvyšovaním podielu seniorov, sa stáva spoločným problémom dotýkajúcim sa predovšetkým Európy, ktorá má najstaršie populácie (Podmanická, 2010, s. 9 - 10). Tento jav ovplyvňuje všetky oblasti života, nevynímajúc zdravotníctvo. Rastúci počet starších ľudí bude pravdepodobne klásť stále väčšie nároky na zdravotné služby, na prístup k účinnej zdravotnej technike v prípadoch, u ktorých to môže zlepšiť nielen dĺžku, ale hlavne kvalitu života (Bowling, 1999, s. 1354). Demografické starnutie populácie spôsobuje, že so vznikom kultu mladosti vzniká i opačný extrém – ageizmus, teda vekovo podmienená diskriminácia, ktorej podstatou je sústavná stereotypizácia a predsudky voči seniorom. A práve v myslení zdravotníkov, ktorí by mali k seniorom pristupovať nezaujato, pretrvávajú predsudky, ktoré sa odzrkadľujú i v poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

Pojem ageizmus

Ak sa chceme bližšie venovať problematike ageizmu v zdravotníctve a ošetrovateľstve je nevyhnutné definovať pojem ageizmus. Ide o slovo, ktoré nemá slovenský ani český ekvivalent a je odvodené od anglického slova „age“ – vek, staroba. Ageizmus je teda spoločenský predsudok voči veku, starobe. Tento pojem po prvý krát použil v roku 1969 vtedajší riaditeľ National Institute of Aging v USA Robert Butler, ktorý ako prvý hovoril o diskriminácií na základe veku (Tošnerová, 2002, s. 6). Dnes je možné stretnúť sa s niekoľkými definíciami ageizmu, ktoré majú spoločný základ – negatívny postoj k starnutiu a starobe. Autorom jednej z najznámejších definícií tohto fenoménu je Palmore (1999, s. 23), ktorý ageizmus popísal ako *„akýkoľvek predsudok alebo diskrimináciu proti alebo v prospech vekovej skupiny. Predsudky voči vekovej skupine sú negatívne stereotypy voči tejto skupine alebo negatívne postoje založené na stereotype. Diskriminácia voči vekovej skupine je nemiestne, negatívne zaobchádzanie s členmi danej vekovej skupiny.“* Jednu z najkomplexnejších definícií zostavila Vidovičová (2005), ktorá píše: *„Ageizmus je ideológia založená na zdieľanom presvedčení o kvalitatívnej nerovnosti jednotlivých fáz ľudského životného cyklu manifestovaná cez proces systematickej, symbolickej a reálnej stereotypizácie a diskriminácie osôb a skupín a na základe chronologického veku a/alebo na ich príslušnosti k určitej generácií.“* Z uvedeného vyplýva, že pojem ageizmus

nezahŕňa iba predsudky a stereotypy voči starším ľuďom, ale môže sa vyskytovať v rôznych vekových skupinách. Tento fakt potvrdzuje i Pokorná (2010), ktorá sa zmieňuje v súvislosti s ageizmom i o tzv. yuthisme – diskriminácií mladosti či adultizme – diskriminácií dospelých. Napriek tomu je pojem ageizmus najčastejšie spájaný s diskrimináciou starších a dlhovekých osôb, pretože diskriminácia seniorov v dnešnej dobe výrazne dominuje. Svedčia o tom i mnohé výskumu. Výsledky výskumu *Vidovičovej* (2008), ktorý bol zameraný na diskrimináciu seniorov ukázali, že diskriminácia vekom je najčastejšou diskrimináciou vôbec a často sa s inými formami diskriminácie kombinuje. Výskum zistil, že takmer 19 % respondentov malo s ageizmom osobnú skúsenosť. Výskum vykonaný na univerzite v Kente (Veľká Británia) pod vedením profesora Dominica Adamsa ukázal, že väčšina opýtaných ľudí (29 %) trpí diskrimináciou z hľadiska veku viac ako inými formami diskriminácie. Tiež zistili, že ageizmom trpia ľudia všetkých vekových kategórií, ale najviac sa prejavuje u starších ľudí. Výskum totiž odhalil, že vo veku 55 rokov je dvakrát pravdepodobnejší výskyt vekom podmienenej diskriminácie ako inej, tretina opýtaných si myslí, že vplyvom starnutia populácie sa bude zhoršovať životná úroveň, bezpečnosť, zdravotníctvo, vzdelávanie a zamestnanosť, každý tretí respondent uviedol, že hľadí na človeka 70 a viac ročného ako na nekompetentného a neschopného (Amos, 2005).

Ďalej je dôležité oddeliť od seba a špecifikovať pojmy ageizmus a veková diskriminácia. Sú totiž často považované za jedno a to isté a preto sa tieto pojmy často zamieňajú. Ich význam je však rozdielny. Slovo ageizmus znamená určitý postoj mysle, stereotypy a predsudky voči starším ľuďom, ktoré môžu viesť k diskriminácií z dôvodu veku. Veková diskriminácia je už konkrétne správanie sa, ktoré sa môže merať, posudzovať či porovnávať (Lievesley, 2009, s. 9).

Ageizmus v ošetrovateľskej starostlivosti

Ageistický prístup, ktorý diskriminuje seniorov postihuje vo veľkej miere i sféru zdravotníctva. Pokorná (2010) dokonca uvádza, že v ošetrovateľskej starostlivosti sa ageistické postoje vyskytujú častejšie ako v bežnej populácií, pretože zdravotníci, ktorí sa o seniorov starajú, považujú ich problémy za bežné a prejavy starnutia za typické pre všetky dlhoveké osoby. V „Prieskume zneužívania a týrania starších ľudí“, ktorý vykonalo Fórum pre pomoc starším, zistili, že starší ľudia majú najviac skúseností so zneužívaním rôznymi subjektami (osobami, organizovanými skupinami), na druhom mieste bolo zneužívanie v rodinách a na treťom zlé zaobchádzanie v zdravotníckych službách - podceňovanie, neochota poslať na špecializované vyšetrenie, zľahčovanie zdravotnej situácie, nevhodné správanie personálu. (Fórum pre pomoc starším, 2012).

Ageizmus v ošetrovateľstve je veľký problém, pretože priamo ovplyvňuje pacienta, znižuje jeho sabadôveru a ohrozuje jeho autonómiu. U seniorov dochádza k internalizácií ageistických postojov a chovajú sa tak, ako tomu zodpovedá negatívny stereotyp. Niektoré štúdie naznačujú, že ageizmus má vplyv i na úmrtnosť pacienta, pretože pozitívne vnímanie seba samého má väčší vplyv na predĺženie života, ako napríklad znižovanie vysokého krvného tlaku či cholesterolu (Simkins, 2008, s. 25).

Závažným dôsledkom predsudkov voči starším ľuďom je to, že sa pri diagnostike a liečbe uprednostňujú mladší ľudia. Vo vzťahu k prideľovaniu liečby, môže nedostatok zdrojov viesť k diskriminácií starších pacientov na základe presvedčenia, že potrebujú liečbu drahšiu alebo, že majú kratšiu „životnosť“ a preto, by sa mali zdroje presmerovať na mladších ľudí, od ktorých sa očakáva, že budú žiť dlhšie. Vek preto možno často pomenovať ako kontraindikáciu pre mnohé diagnostické a liečebné výkony (Bowling, 1999, s. 1354).

Predsudky poskytovateľov zdravotnej starostlivosti voči seniorom majú za následok vylúčenie starších pacientov z klinických štúdií a tiež neochotu pokračovať v kuratívnej liečbe. Niektoré výskumy naznačujú, že vek pacienta a ageistické postoje poskytovateľa zdravotnej starostlivosti priamo ovplyvňujú to, ako s pacientom komunikuje a lieči ho (Simkins, 2008, s. 25- 26).

Ageizmus sa v ošetrovateľskej starostlivosti môže manifestovať rôznymi spôsobmi. Medzi najčastejšie prejavy ageizmu v ošetrovateľstve Pokorná (2010, s. 82) zaraďuje:

- obmedzenie diagnosticko-terapeutickej starostlivosti,
- inhibíciu liečebných postupov,
- ovplyvňovanie v rozhodovaní o následnej starostlivosti,
- nereálne hodnotenie schopností seniora,
- neadekvátnu sociálnu interakciu (elderspeak, devalvácia),
- infantilizáciu v jednaní a chovaní (používanie zdrobnenín, čítanie rozprávok),
- infantilizáciu prostredia (naivná detská výzdoba),
- nesprávnu identifikáciu potrieb,
- neistotu pri poskytovaní starostlivosti,
- nedostatočnú organizáciu ošetrovateľských činností,
- nenadväzovanie ošetrovateľských intervencií v rámci multidisciplinárneho tímu,
- obmedzenie komunikácie v tíme,
- nerešpektovanie a neakceptovanie informácií od blízkych.
- kognitívnu a emocionálnu manipuláciu.

Pacienti nie sú obvykle schopní posúdiť vhodnosť liečby a starostlivosti, ktorú dostávajú a dôverujú lekárom a sestrám, že jednajú v ich najlepšom záujme. Ageizmus v zdravotnej starostlivosti je potrebné riešiť, znížiť ho a tak zlepšiť kvalitu života seniorov i poskytované zdravotné služby. Najvhodnejším riešením zníženia ageizmu je vzdelávanie a zvýšenie povedomia verejnosti i odborníkov, že diskriminujúce vekové strereotypy a postoje sú neprijateľné a neetické (Bowling, 1999, s. 1355). Jednou zo základných etických priorít zdravotníckych pracovníkov by malo byť znižovanie ageistických tendencií nie len u seba, ale aj u iných. Práve sestry sú ideálne na zníženie vplyvu ageizmu na starších pacientov, pretože pracujú ako manažérky a koordinátorky tímu a sú zodpovedné za vzdelávanie pacientov, rodiny či iných členov tímu. Sestry sa dostávajú do priameho kontaktu s pacientmi, sú schopné poskytnúť im sústavnú emocionálu podporu. Sestry by tiež mali hodnotiť pacientov a všímať si akékoľvek prejavy depresie, samoty, ktoré môžu byť dôsledok ageistických tendencií (Simkins, 2008, s. 26).
Ďalším možným riešením ageizmu je vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov v oblasti geriatrie a gerontológie, organizovanie konferencií, seminárov zameraných na ageizmus či zaradenie ageizmu do učebných osnov na lekárskych a ošetrovateľských školách (Bowling, 1999, s. 1355, Simkins, 2008, s. 26).

Záver

Populácia starne. Stále viac ľudí sa dožíva vyššieho veku, čo so sebou prináša nie len nové príležitosti, ale i určité obmedzenia. Sestra sa čoraz častejšie vo svojej ošetrovateľskej praxi stretáva so seniormi, a tým sú na ňu kladené aj špecifické požiadavky (Martinková, Lajdová, 2010, s. 163). Jednou z nich je i schopnosť znižovať ageistické predsudky. Preto je zarážajúce, že práve v profesií, ktorej úlohou je pomáhať starším osobám, sa tieto predsudky a stereotypy vyskytujú vo veľkej miere. Je potrebné si uvedomiť, že akýkoľvek ageizmus v medicíne i ošetrovateľstve je odrazom diskriminujúcich postojov voči straším, ktoré existujú v širšej spoločnosti, kde má mladosť prednosť pred starobou.

Literatúra

AMOS, J. (2005) *Age prejudice 'ubiquitous in UK,* 2005, BBC News. [cit. 2012-07-24]. Dostupné na internete: http://news.bbc.co.uk/2/hi/science/nature/4220228.stm

BOWLING, A. (1999) Ageism in cardiology. *In BMJ (Clinical research ed.)*, 1999, vol./is. 319/7221, p. 1353-1355. ISSN 0959-8138.

FÓRUM PRE POMOC STARŠÍM (2012) *Prieskum zneužívania a týrania starších ľudí*, Bratislava, 2012. cit. 2012-07-24]. Dostupné na internete: www.forumseniorov.sk/Prieskum%20o%20zneuzivani%20starsich.doc

LIEVESLEY, N. (2009) *Ageism and age discrimination insecondary health care in the United Kingdom, A review from the literature*, Centre for Policy on Ageing, 2009, 73 p. [cit. 2012-07-24]. Dostupné na internete: http://www.cpa.org.uk/information/reviews/CPA-ageism_and_age_discrimination_in_secondary_health_care-report.pdf

MARTINKOVÁ, J., LAJDOVÁ, A. (2010) Ageizmus – etický problém v starostlivosti o seniorov. *In Nové trendy vo vzdelávaní a praxi ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie*, s. 160 – 163, Ružomberok: VERBUM, 2010, ISBN 978-80-8084-548-3

PALMORE, E. B. (1999) *Ageism: negative and positive*. New York, Springer Publishing Company, 1999, 266 p. ISBN 0826170005.

PODMANICKÁ, Z. a kol. (2010) *Vývoj obyvateľstva v slovenskej republike*, Bratislava: Štatistický úrad SR, 2010, 60 s. ISBN 978-80-89358-72-4.

POKORNÁ, A. (2010) *Komunikace se seniori*, Praha: Grada Publishing, 2010, 160 s. ISBN 978-80-247-3271-8.

SIMKINS, CH. L. (2008) Ageism's Influence on Health Care Delivery and Nursing Practice. *In Journal of Nursing Student Research*, 2007/2008, vol./is. 1/1, p. 24 – 28. [cit. 2012-07-24]. Dostupné na internete: http://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1004&context=josnr

TOŠNEROVÁ, T. (2002) *Ageizmus: Pruvodce stereotypy a mýty o stáří*. Praha, 2002. 48 s. ISBN 80-238-9506-0.

VIDOVIČOVÁ, L. (2008) *Stárnutí, věk a diskriminace - nové souvislosti*, Brno: Masarykova univerzita, 2008. 233 s. EDIS. ISBN 978-80-210-4627-6.

VIDOVIČOVÁ, L. RABUŠIC, L. (2005) *Věková diskriminace - ageismus: úvod do teorie a výskyt diskriminačních přístupů ve vybraných oblastech s důrazem na pracovní trh,* Praha, Brno, 2005, 54 s. [cit. 2012-07-24] Dostupné na internete: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_158.pdf

Kontaktná adresa:

Mgr. Oľga Kabátová
FZaSP, Katedra ošetrovateľstva
Trnavská univerzita
Univerzitné námestie 1
918 43 Trnava
Slovenská republika
Email: olga.kabatova@truni.sk

FAKTORY ŽIVOTNÍHO STYLU SESTER

[1]Marie Hlaváčová, [2]Karel Dohnal
[1]Ústav ošetřovatelství UK 2. LF a FN Motol
[2]Ústav veřejného zdravotnictví a preventivního lékařství UK 2. LF a FN Motol

Souhrn:
Příspěvek upozorňuje na zajímavé souvislosti mezi životním stylem žen - sester registrovaných v USA a výskytem vybraných onemocnění. Seznamuje s výsledky prospektivní zahraniční studie, která probíhala 26 let a vedla k vydání mnoha recenzovaných prací. Některé z nich byly podkladem pro tvorbu tohoto příspěvku.

Klíčová slova: *Sestra; Zdroj bílkovin; Riziko srdečně-cévního onemocnění;*

Úvod

O životním stylu bylo publikováno mnohé, příspěvek je zaměřen na jeden z faktorů - oblast výživy. Přináší informace o prospektivní studii probíhající v USA v průběhu 26 let, výzkum byl založen v roce 1976 Dr. Frankem Speizerem (The Nurses´ Health Study I.) a The Nurses´ Health Study II., založené v roce 1989 Dr. Walter Willett.
Cílem studie bylo zkoumat vztah mezi potravinami, které jsou významným dietním zdrojem bílkovin a rizikem kardiovaskulárního onemocnění u registrovaných sester pracujících ve zdravotnictví. Jde o jednu z největších longitudinálních epidemiologických studií v současné době zaměřené výhradně na ženy. Na studii spolupracovali lékaři, epidemiologové a statistici z Channing laboratoře v USA. Mezi zúčastněné organizace z lékařské komunity v Massachusetts patří Harvard Medical School, Harvard School of Public Health i s několika přičleněnými nemocnicemi, včetně Brighamovy a Ženské nemocnice, Dana-Farber Cancer Institute, Dětské nemocnice v Bostonu, a Beth Israel Deaconess Medical Center.

Metody

V roce 1976 poskytlo podrobné informace o své zdravotní historii a životním stylu pro potřeby studie 121 700 žen – registrovaných zdravotních sester bydlících v 11 amerických státech. Každé dva roky byly respondentkám zasílány navazující dotazníky k aktualizaci informace o potenciálních rizikových faktorech a ke zjištění nově diagnostikovaných.
Do studie byly zařazeny pouze zdravotní sestry, u nichž nebyly známy tyto diagnózy: diabetes mellitus, maligní nádorová onemocnění, angína pectoris, infarkt myokardu, cévní mozková příhoda a jiná kardiovaskulární onemocnění. Od roku 1989 poskytlo podrobné informace k posouzení rizikových faktorů související s rakovinou a kardiovaskulárními chorobami 116 000 sester.
Tyto studie patří k největším, které vyšetřují rizikové faktory hlavních chronických onemocnění u žen v USA. V průběhu 26 let sledování bylo zdokumentováno 2 210 incidentů nefatálního infarktu myokardu a 952 úmrtí na ICHS.
V roce 1980 bylo zařazeno k posouzení příjmu specifických potravin 61-položek dotazníku FFQ (Food Frequency Questionnaires), který je nejčastějším potravinovým nástrojem pro posouzení stravovacích návyků používaný v rámci velkých epidemiologických studií zaměřených na stravu a zdraví. Pomocí dotazníku účastníci poskytnou údaje o frekvenci spotřeby a velikosti porce u zadaných položek za stanovené období. V roce 1984 byl dotazník FFQ rozšířen na 116-položek potravin. Podobné dotazníky byly použity pro aktualizaci přísunu bílkovin v potravě v roce 1986, 1990, 1994, 1998 a 2002.

Ze studie byly vyloučeny nevyplněné dotazníky, nepravděpodobně nízké nebo vysoké skóre pro celkové množství potravin nebo energetického příjmu (tj. 2 094 kJ [500 kcal] nebo 14 650 kJ [3500 kcal] za den). V průběhu výzkumu byly také zastaveny aktualizace účastnic, u nichž se projevila ICHS, diabetes mellitus, hypertenze, angina pectoris, hypercholesterolemie, diagnostikována rakovina, cévní mozková příhoda nebo koronární bypass. Vyřazení respondentek souviselo se změnami stravovacích návyků, které by mohly ovlivnit výsledky.
Pro výpočet příjmu specifických zdrojů bílkovin byly stanoveny dle FFQ běžně používané jednotky nebo velikost porce pro každé jídlo (např. 1 plátek zpracovaného masa nebo 1 hamburger). Sestry byly dotazovány na spotřebované množství porcí průměrně v minulém roce, na výběr bylo devět možných odpovědí od „nikdy“ až „6 krát za den.“
Mezi hlavní zdroje bílkovin, které byly zjišťovány pomocí dotazníku FFQ, patří následující: kuře s kůží nebo bez kůže, kuřecí sendvič, standardní hamburger, hovězí/vepřový párek v rohlíku, kuřecí / krůtí hot dog, zpracované maso jako sendvič, slanina, hovězí / vepřové / jehněčí maso, smíšený pokrm, hovězí / vepřové / jehněčí hlavní jídlo, hovězí játra, kuřecí játra, odstředěné nebo nízkotučné mléko, plnotučné mléko, jogurt, zmrzlina, tvaroh a tvrdý sýr.

Analýza dat a výsledky
Zjištěná data v průběhu trvání prospektivní studie byla pečlivě analyzována. Zdroje bílkovin byly zkoumány rozdělené na "skupiny" a hodnoceny jednotlivé souvislosti ve vztahu k srdečně-cévnímu onemocnění. Do jedné „skupiny“ byly zařazeny veškeré druhy masa celkem (včetně kuřete s kůží a bez kůže, kuřecí sendviče, hamburgeru, hovězí, kuřecí/krůtího párku v rohlíku, zpracovaného masa a zpracovaného masa jako sendvič, slaninu, hovězí/ vepřové/jehněčí jako smíšené nebo hlavní jídlo, hovězí a kuřecí játra). „Skupina“ červené maso zahrnuje hamburger, hovězí hot dog, zpracované maso a zpracované maso jako sendvič, slaninu, hovězí/vepřové/jehněčí jako smíšené a hlavní jídlo. Do „skupiny“ drůbež patří kuře s nebo bez kůže, kuřecí sendvič, kuřecí/krůtí párek v rohlíku. Mezi „skupinu“ ryb bylo zařazeno maso tuňáka v konzervě, tmavé a světlé maso ryb, obalované ryby. Mléčné výrobky byly rozděleny na „skupinu“ s vysokým obsahem tuku (plnotučné mléko, zmrzlina, tvrdý sýr, plnotučné sýry, smetana, kyselá smetana, smetanové sýry, máslo) a „skupinu“ nízkotučných mléčných výrobků (odtučněné / nízkotučné mléko, 1% a 2% mléko, jogurt, tvaroh a sýry ricotta, nízkotučný sýr, šerbet).
Také byl analyzován poměr červeného a drůbežího masa a červeného, drůbežího a rybího masa ve vztahu k výskytu ICHS. Zároveň byl odhalen vztah mezi zvířecími a rostlinnými bílkovinami a výskytem kardiovaskulárních onemocnění. Dále byl zkoumán vliv "nahrazení" porcí jednoho hlavní zdroje bílkovin za jiný.

V analýzách více proměnných, včetně věku, kouření a dalších rizikových faktorů byl vyšší příjem červeného masa, nezpracovaného červeného masa a mléčných výrobků s vysokým obsahem tuku významně spojen se zvýšeným rizikem kardiovaskulárních onemocnění. Vyšší příjem drůbeže, ryb a ořechů byl signifikantně spojen s nižším rizikem ICHS. V modelu řízení statisticky k příjmu energie byla spojena 1 porce ořechů denně o 30% (95% interval spolehlivosti, 17% až 42%) nižším rizikem ICHS ve srovnání s 1 porcí červeného masa denně.

Podobně, ve srovnání s 1 porcí červeného masa denně, bylo nižší riziko spojené s 1 porcí nízkotučného mléka a mléčných výrobků denně (13%; 95% interval spolehlivosti, 6% na 19%), s 1 porcí drůbeže (19%, 95% interval spolehlivosti, 3% až 33%) a ryb (24%, 95% interval spolehlivosti, 6% až 39%).

Vědci také zkoumali vliv expozic jako je kouření, užívání hormonální antikoncepce, konzumace alkoholu a stravy na riziko vzniku onemocnění (rakovina prsu, srdečně-cévní onemocnění/cévní mozková příhoda, rakovina tlustého střeva, zlomenina stehenní kosti, ovlivnění kognitivních funkcí, oční onemocnění).
Z výsledků vyplynulo, že *kouření* v minulosti ani v současnosti nemá vliv na rakovinu prsu, ale silně souvisí s rizikem srdečně-cévního onemocnění a cévní mozkové příhody; riziko lze snížit během 2-4 let od odvykání kouření. Kouření zvyšuje riziko rakoviny tlustého střeva, dále zvyšuje riziko zlomeniny kyčle u současných kuřáků. Riziko se zvyšuje s větším počtem vykouřených cigaret za den. Vztah kouření a kognitivních funkcí nebyl přezkoumán. Kouření zvyšuje riziko šedého zákalu a senilní makulární degenerace.
Aktuální *užívání perorální antikoncepce* zvyšuje riziko rakoviny prsu a riziko srdečně-cévního onemocnění/cévní mozkové příhody, s užitím perorální antikoncepce v minulosti, nebyla již nalezena žádná spojitost. Z výsledků vyplynulo, že antikoncepce snižuje riziko vzniku rakoviny tlustého střeva a snižuje riziko senilní makulární degenerace. Souvislost užívání perorální antikoncepce na riziko fraktury kyčle a změny kognitivních funkcí nebyl přezkoumán.
Dále byl prokázán vztah rizika rakoviny prsu při konzumaci jednoho nebo více nápojů *alkoholu* za den - zvyšuje riziko rakoviny prsu. Dva nebo více alkoholických nápojů denně zvyšuje riziko vzniku rakoviny tlustého střeva. Vysoká konzumace alkoholu zvyšuje riziko fraktury kyčle. Nicméně, nízká nebo střední spotřeba je spojena s větší hustotou kostí. Zároveň bylo potvrzeno, že střídmá konzumace alkoholu snižuje riziko ischemické choroby srdeční. Průměrný příjem (½ - 1 porce denně) snižuje potíže v oblasti kognitivních funkcí. U očních nemocí nebyl nalezen žádný vztah související s věkem
Studie zároveň sledovaly *stravovací návyky* respondentek. Bylo zjištěno, že vyšší příjem červeného masa zvyšuje riziko premenopauzální rakoviny prsu, zatímco strava středomořského typu snižuje riziko srdečně-cévního onemocnění a cévní mozkové příhody. Riziko cévní mozkové příhody snižuje i konzumace ryb, riziko ICHS snižuje spotřeba ořechů a celozrnných potravin. Rafinované sacharidy a nenasycené mastné kyseliny riziko zvyšují. Vyšší příjem kyseliny listové, vitamínu B6, vápníku a vitaminu D snižuje riziko vzniku rakoviny tlustého střeva, ale vysoký příjem červeného a zpracovaného masa riziko vzniku této choroby zvyšuje.
Riziko zlomeniny krčku stehenní kosti se snižuje při použití doplňku vápníku u žen s nízkým příjmem vápníku ve stravě, vyšší příjem vápníku nemá žádný vliv. Příjem vitaminu D snižuje riziko zlomeniny krčku a příjem retinolu zvyšuje riziko. Vyšší dávky zeleniny, zejména listové zeleniny, snižují riziko zhoršení kognitivních funkcí. Některé antioxidanty snižují riziko šedého zákalu a senilní makulární degenerace. Vyšší příjem ryb může snížit riziko vzniku šedého zákalu a senilní makulární degenerace (AMD).

Závěr

Výsledky prospektivních studií, které byly realizovány v průběhu 26 let (1976 – 2002) v USA, naznačují, že vysoký příjem červeného masa zvyšuje riziko srdečně-cévních onemocnění. Významné je zjištění, že toto riziko může být sníženo, pokud dojde ke změně zdrojů bílkovin ve stravě. Dále bylo prokázáno, že konzumace zvýšeného příjmu drůbeže a ryb ve stravě souvisí se snížením rizika srdečně-cévních onemocnění.
V příspěvku jsou prezentovány také údaje týkající se vlivu expozic jako je kouření, užívání hormonální antikoncepce, konzumace alkoholu a stravy na riziko vzniku vybraných onemocnění (rakovina prsu, srdečně-cévní onemocnění/cévní mozková příhoda, rakovina tlustého střeva, zlomenina stehenní kosti, postižení kognitivních funkcí, oční onemocnění).

Literatura

BERNSTEIN, AM. Major dietary protein sources and risk of coronary heart disease in women. *Circulation*. 2012-04-09, roč. 122, č. 9, s. 876 - 83. ISSN 0009-7322. Dostupné z : http://circ.ahajournals.org/content/122/9/876.

DATZ, Todd. Red Meat Consumption Linked to Increased Risk of Total, Cardiovascular, and Cancer Mortality. In: *Harvard School of Public Health* [online]. Boston, © 2012 [cit. 2012-08-29]. Dostupné z: http://www.hsph.harvard.edu/news/press-releases/2012-releases/red-meat-cardiovascular-cancer-mortality.html

Nurses' Health Study. In: *Wikipedia*: *the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2001- [cit. 2012-08-29]. Dostupné z: http://en.wikipedia.org/wiki/Nurses%27_Health_Study

SUN, Qi. Red Meat Consumption and MortalityResults From 2 Prospective Cohort Studies. *Archives of Internal Medicine*. 2012-04-09, roč. 172, č. 7, s. 555 - 63. ISSN 0003-9926. DOI: 10.1001/archinternmed.2011.2287. Dostupné z: http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archinternmed.2011.2287

Kontaktní adresa:

PhDr. Marie Hlaváčová
Univerzita Karlova v Praze
2. lékařská fakulta, Ústav ošetřovatelství
V Úvalu 84
150 06 Praha 5
Email: marie.hlavacova@lfmotol.cuni.cz

SYNDROM VYHOŘENÍ – TENTOKRÁT TROCHU JINAK

Jindra Blatnická, Jana Novotná
Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetřovatelství

Souhrn:
Příspěvek se zabývá problematikou Syndromu vyhoření jako takového se zvláštním zřetelem na všeobecné sestry. Úvodní část se zaměřuje na objasnění pojmu, příčiny vzniku syndromu vyhoření a úrovně tohoto syndromu. Syndrom vyhoření můžeme sledovat na třech úrovních: psychické, fyzické a sociálních vztahů. Nejvíce se v tomto příspěvku budeme věnovat úrovni psychické a to zejména z pohledu osobnostních charakteristik, které jedince k tomuto syndromu více predisponují. Jako u každé jiné poruchy platí, že je lépe věcem předcházet než léčit. Domníváme se, že jednou z možností prevence syndromu vyhoření u zdravotníků je supervize. A to především týmová. Jejími možnostmi, kvalitami a úskalími se budeme zabývat v závěru příspěvku.

***Klíčová slova**: Syndrom vyhoření; Všeobecná sestra; Prevence; Léčba; Supervize*

Literatura

BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry.* Praha: NCONZO. 1. vydání 2006. 86 str. ISBN 80-7013-439-9
FREUDENBERGER, F. J., *Burn-Out: The High Cost of High Achievement.* Anchor Press, 1980
JEKLOVÁ, M., REITMAYEROVÁ, E.: *Syndrom vyhoření.* Praha: Agama, 2006. ISBN 80-86991-74-1
KOCIÁNOVÁ, R.: *Personální činnosti a metody personální práce*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2497-3
KOPŘIVA, K.: *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-181-6
KŘIHOVLAVÝ. J.: *Psychologie smysluplnosti existence*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1370-5
RŮŽIČKA. J. a kol.: *Řízení profesní kariéry zaměstnanců*. Praha: VŠE, 1993. ISBN 80-7079-531
KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření*. Praha: SZÚ. 2003. ISBN 80 - 7071 - 231 – 7

Kontaktní adresa:
Mgr. Jindra Blatnická
Ústav teore a praxe ošetřovatelství
1.lékařská fakulta
Vídeňská 800
14059 – Praha 4
Email: jindra.blatnicka@lf1.cuni.cz

VYUŽITIE MERCEROVEJ MODELU PRI ANALÝZE RIZIKOVÝCH FAKTOROV OBEZITY U TEHOTNEJ ŽENY

Ľudmila Matulníková
Trnavská univerzita, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra ošetrovateľstva

Souhrn:
V príspevku predkladáme analýzu komponentov v hierarchii makrosystému, mezosystému, exosystému a mikrosystému podľa konceptuálneho rámca Ramony Mercerovej, ktoré majú vplyv na obezitu u tehotnej ženy. Prostredníctvom konceptuálneho rámca sa identifikujú aspekty, ktoré majú dopad na materstvo a dieťa u žien s nadmernou telesnou hmotnosťou. Prednosti využívania modelu Mercerovej spočívajú v tom, že sa identifikujú viaceré domény a zohľadňujú sa faktory, ktoré majú vplyv na výživu, telesnú aktivitu a optimalizáciu hmotnostného prírastku u tehotnej ženy. Konceptuálny rámec podporuje vnímanie kontextuálnych okolností, napomáha vytvárať podmienky pre zmenu zdravotného správania a redukciu zdravotných rizík. Obezita u tehotnej ženy, nadmerný hmotnostný prírastok a gestačná telesná hmotnosť sú ovplyvnené fyziologickými, psychologickými, behabiorálnymi, rodinnými, kultúrnymi a enviromentálnymi faktormi. Vzájomná interakcia faktorov vytvára predpoklady pre zlepšenie alebo zhoršenie zdravotného stavu tehotnej ženy a prenatálneho dieťaťa v priebehu tehotenstva. Proces starostlivosti o tehotnú ženu s nadmernou telesnou hmotnosťou je orientovaný na štyri koncepty obezitu, tehotenstvo, komplikácie a manažment ošetrovateľskej starostlivosti. Analýza konceptuálneho rámca napomáha tvorbe preventívnych intervencií a výberu efektívnych stratégií. Cieľom intervencií, je dosiahnuť u tehotnej ženy zmenu prostredia, ktoré môžu mať vplyv na reguláciu indexu telesnej hmotnosti, udržanie gestačnej hmotnosti, zmenu správania, postojov, úpravu výživy, pohybovej aktivity a zníženia rizika výskytu komplikácií u matky a dieťaťa.

Kľúčové slová: *Obezita; Tehotenstvo; Mercerovej konceptuálny rámec; Rizikové faktory obezity; Preventívne stratégie*

Úvod

Obezita u tehotných žien predstavuje závažný zdravotný problém pre matku a dieťa. Je zároveň významný marker, pre hodnotenie rizika vzniku komplikácií v procese tehotnosti a pôrodu. Prenatálne a postnatálne obdobia sú kritické periódy v kontinuite cyklu obezity a vplyvom pôsobenia niektorých nepriaznivých faktorov ako napr. vysoký index telesnej hmotnosti, vek rodičky, veľký hmotnostný prírastok, sa vytvárajú predpoklady pre zvýšené riziko vzniku obezity u dieťaťa v neskoršom detskom veku a v dospelosti (Whittaker, 2004, s. 29 - 36).

Zmena demografického profilu žien v reprodukčnom veku, nárast obezity v populácii, parita, úroveň vzdelania, geografická poloha, kultúrne normy, príprava na materstvo, charakter poskytovanej prenatálnej starostlivosti, dostupnosť stravovacích zariadení a potravy sú indikátory, ktoré majú dopad na telesnú hmotnosť matky a u prenatálneho dieťaťa na prvé životné prostredie v maternici. Dané ukazovatele sa podieľajú na zvyšujúcej sa prevalencii obezity u matiek, ktorej stúpajúci trend sa v rokoch 1993 - 2006 zaznamenal nielen v rozvinutých krajinách (napr. Veľká Británia z 14,4% na 20,2%, Spojené štáty americké od 18,5% do 38,3%, Kanada z 34% na 53%, Slovensko z 15,0% na 23,8%), ale aj v rozvojových krajinách (napr. Bangladéš, India, Malajzia 19,4%). Miera tehotných žien s nadmernou telesnou hmotnosťou sa zvyšuje a koreluje

s hmotnostným prírastkom v tehotnosti a zvýšenou telesnou hmotnosťou po pôrode (CEMACH 2007, Olson, Strawderman, 2008, s. 60 – 66, Sidik, Rampal 2009, NIDDK 2010). Pretože obezita a gestačná hmotnosť sa výrazne podieľajú na perinatálnom komforte tehotnej ženy a perinatálnom výsledku, je potrebné venovať zvýšenú pozornosť komplexnej analýze faktorov prostredia a výberu stratégií pre poskytovanú starostlivosť. Starostlivosť poskytovaná tehotnej žene so zmenenou telesnou hmotnosťou si vyžaduje multidisciplinárny prístup a aplikáciu preventívnych intervencií v štruktúre celého komplexu systémov životného prostredia (Jaleel 2009, Rowlands, Graves, Jersey, 2010, s. 94 - 99).

Pre analýzu faktorov vplyvu prostredia a hľadanie súvislostí medzi obezitou a zvýšeným rizikom nepriaznivých dopadov na tehotnosť, proces pôrodu a dieťa sa využívajú pre plánovanie ošetrovateľskej starostlivosti konceptuálne rámce a teórie. Konceptuálny rámec podporuje vnímanie kontextuálnych okolností, redukuje segmentové pochopenie vplyvu jednotlivých činiteľov, ktoré majú za následok zvýšené riziko vzniku obezity. Zároveň konceptuálny model poskytuje štruktúrovaný pohľad na výsledky výskumu a napomáha vytvárať podmienky pre zmenu zdravotného správania a redukciu zdravotných rizík.

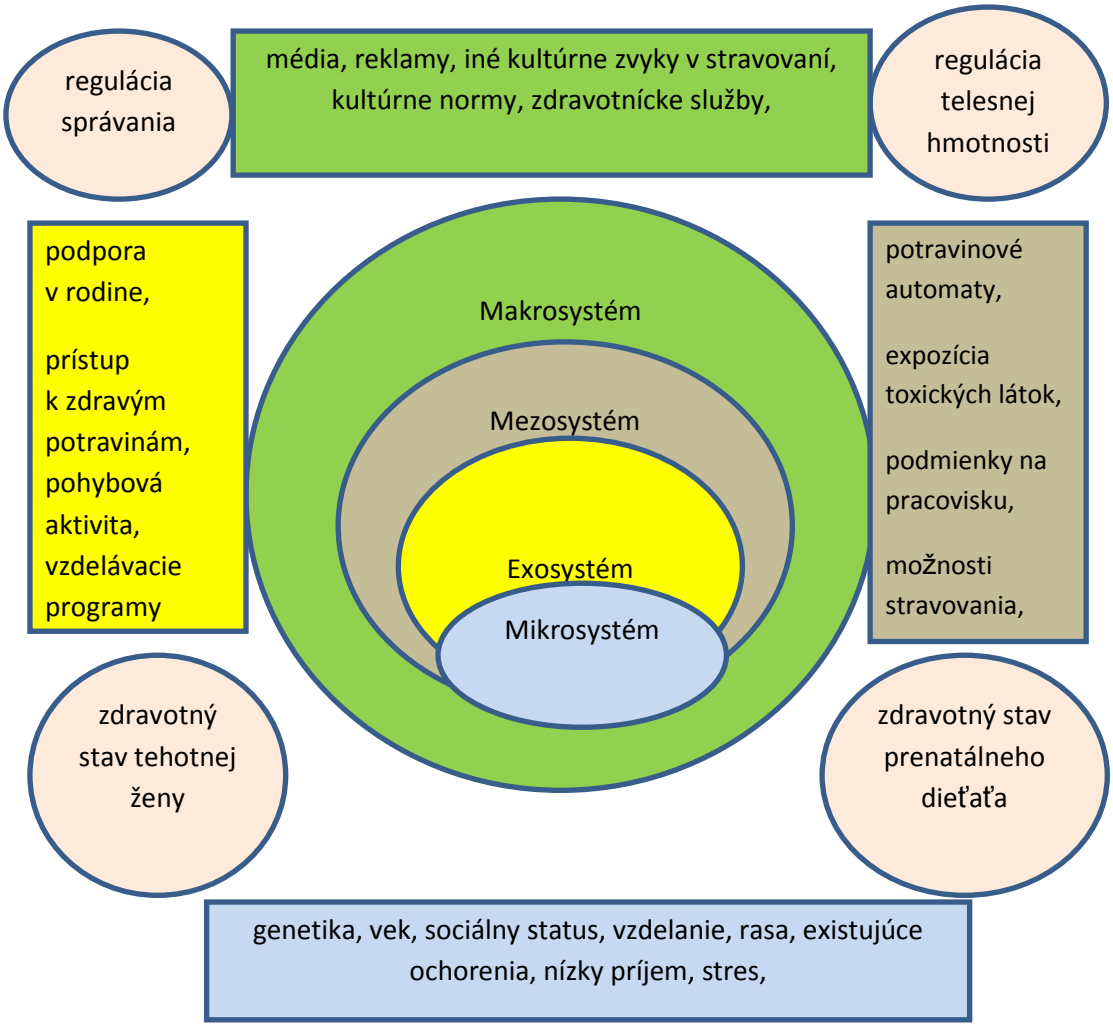
Fenomén obezity môžeme analyzovať prostredníctvom Bronfenbrennerovej teórie životného prostredia a konceptuálneho rámca Mercerovej. Obezita u tehotnej ženy a nadmerný hmotnostný prírastok sú podmienené fyziologickými, psychologickými, behaviorálnymi, rodinnými, kultúrnymi a enviromentálnymi faktormi. Vzájomná interakcia faktorov vytvára predpoklady pre zlepšenie alebo zhoršenie zdravotného stavu tehotnej ženy a prenatálneho dieťaťa v priebehu tehotenstva (Bronfenbrenner 1979, 2004, Rasmussen 2009). Prednosti využívania modelu spočívajú v tom, že sa identifikujú viaceré domény a zohľadňujú sa faktory, ktoré majú vplyv na výživu, telesnú aktivitu a optimalizáciu telesného hmotnostného prírastku u tehotnej ženy. Bioekologická teória predstavuje najkomplexnejší systém sociálnych interakcií, ktorý napomáha tehotnej žene adaptovať sa na meniace vnútorné a vonkajšie prostredie. Indikátor nadmernej telesnej hmotnosti má vplyv na postoj k tehotenstvu a na prijatie zmeneného vlastného obrazu tela. Podobne pôsobí aj inverzný vzťah, keď pozitívny alebo negatívny postoj k materskej role, mal vplyv na zvyšovanie telesnej hmotnosti (Mercer 2004, Alligood 2006). Tehotná žena s nadmernou telesnou hmotnosťou a zvýšenou gestačnou hmotnosťou vytvára nepriaznivé vnútromaternicové prostredie pre dieťa, čím sa zvyšuje predispozícia k väčšiemu riziku prenatálnych komplikácií (napr. makrozómie, intrauterinnej retardácie dieťaťa, predčasného pôrodu, fetálnych anomálií, abortov) a ťažkostí v neskorších fázach života napr. metabolické ochorenia, diabetes mellitus typu 2, kardiovaskulárne ochorenia (Levin 2000; Bagchi 2010, Margerison 2010).

Konceptuálny rámec Mercerovej modelu analyzuje komponenty v hierarchii makrosystému, mezosystému, exosystému a mikrosystému. Faktory identifikované na úrovni makrosystému determinujú gestačnú hmotnosť prostredníctvom médií, reklám, iných kultúrnych zvykov v stravovaní, kultúrnych noriem a zdravotníckych služieb.
Marketing a reklama majú vplyv na:

- výber potravín (často rozhoduje napr. tvar, veľkosť, balenie, dizajn potravín),
- utváraní nesprávnych stravovacích návykov,
- sedavý spôsob života,
- na častejšie a dlhšie sledovanie televízie a sedenie pri počítači,

- zvýšenom príjme sladkých, vysoko kalorických nealkoholických nápojov.

Obr.1 KONCEPTUÁLNY RÁMEC RAMONY MERCEROVEJ PRE ANALÝZU FAKTOROV OBEZITY



Obr. 1 Analýza faktorov obezity v hierarchii systémov

Uvedené faktory negatívne ovplyvňuje energetickú bilanciu. Proces prispôsobovania sa cudzím kultúrnym zvykom stravovania (národnostné kuchyne, nové zariadenia rýchleho stravovania a pod.) vytvárajú predpoklady pre nesprávny výber potravín a nežiaducu úpravu stravovacích návykov, ako napr: príjem nevhodných potravín s vysokým obsahom tukov, cukrov, glutamátu sodného, nepasterizovaného mlieka, čerstvých a plesňových syrov, sodíka a iné (Rasmussen, Yaktine 2009). V strave je potrebné redukovať potraviny s vysokým obsahom tukov a preferovať nízkotučné zložky potravy. Tehotné ženy s nadváhou, ktoré majú vyšší podiel energie z tukov a nižší zo sacharidov majú zvýšené riziko nadmerného hmotnostného prírastku. U obéznych tehotných žien sa odporúča príjem 150-180 gramov sacharidov za deň. Zníženie príjmu sacharidov na 150 gramov malo priaznivý efekt na gestačnú hmotnosť u obéznych žien (Guelinckx a kol. 2008).

Za významné sa v nutrícii považuje vyvážený príjem makronutrientov, mikronutrientov a nonnutričných komponentov, ako aj pravidelný príjem potravy a veľkosť porcií. V prvom trimestri je potrebné zohľadniť také zdravotné ťažkosti, ktoré súvisia

s tehotnosťou napr. :nevoľnosť, zvracanie. Preto v tomto štádiu gravidity sa odporúča prijímať stravu v menších dávkach s nízkym obsahom tuku a s vysokým obsahom sacharidov a draslíka. Pravidelné raňajkovanie a veľkosť porcií, ktoré na raňajky žena skonzumuje, majú vplyv na hladinu glukózy v krvi a zvyšovanie tehotenských hormónov, ktoré sa najviac vylučujú v dopoludňajších hodinách. Za vhodné sa považuje prijímať na raňajky tie potraviny, ktoré majú vyšší obsah bielkovín (mäsové výrobky – morčacie, kuracie mäso, vajcia), sú nízkokalorické (jogurty, mlieko) a obsahujú komplexné sacharidy (celozrnný chlieb) a neobsahujú vysoký obsah škrobu a cukru (ovocie, sladené obilniny). Za nevhodné sa považuje umelé sladidlo sacharín, ktorý prechádza placentou a má karcinogénny účinok. Z nonnutričných komponentov sa odporúča obmedziť príjem kofeínu (nachádzajúceho sa v čiernej káve, čaji a čokoláde) na 150 mg denne. Prenatálne dieťa nie je schopné efektívne metabolizovať kofeín. Vyššia spotreba kofeínu (dve a viac šálok kávy) u matky má vplyv na zvyšovanie koncentrácie adrenalínu a na znížený prietok krvi placentou, čo môže zvyšovať riziko spontánnych potratov a nízkej pôrodnej hmotnosti u dieťaťa. Pre riziko zvýšenej činnosti maternice v čase tehotnosti nie je vhodný čaj z bylín kamilky, mäty, kostihoja. Tehotným ženám sa neodporúčajú konzumovať tzv. veľké ryby ako je žralok, mečúň, kráľovské makrely, pre vysoký obsah metylortuti, ktorá po konzumácii rýb prechádza placentou a zvyšuje riziko poškodenia centrálneho nervového systému dieťaťa. Tolerovaná koncentrácia ortuti v rybách je v množstve 0,5 mg. Avšak vo veľkých rybách dosahuje jej koncentrácia1,0 mg (Nesheim, Yaktine 2007). Medzi ryby, ktoré sa považujú za vhodné ku konzumácii pre tehotné ženy a zabezpečujú zdroj omega 3-mastných kyselín pre vývoj motorických a kognitívnych schopností u dieťaťa patrí napr. sleď, makrela (Atlantic), pstruh dúhový, losos, sardinky. Nie je vhodné konzumovať ryby, ktoré sú vákuovo balené.

V mezosystéme sa posudzujú hlavne enviromentálne faktory napr. prírodné katastrofy, expozícia toxických látok zo životného prostredia, sieť obchodov, potravinové automaty, susedská pomoc, podmienky na pracovisku, možnosti stravovania, fast foody a reštaurácie. Stravovanie formou rýchleho občerstvenia zvýšilo podiel celkového energetického príjmu. S blízkosťou fast foodu sa u tehotných žien zvýšila pravdepodobnosť zvýšenia gestačnej telesnej hmotnosti o 20 kg. Zvýšil sa najmä podiel energie z nealkoholických a ovocných nápojov, oproti tomu sa znížil podiel energie z mliečnych nápojov.

Na úrovni exosystému sa hodnotí prístup k zdravým potravinám, pohybová aktivita (monitoring nežiadúcich účinkov, varovných signálov pri cvičení, hodnotenie bezpečnosti prostredia a podmienok pre cvičenie, kontrola kritérií pre bezpečné cvičenie, posúdenie fyziologických zmien pri fyzickej aktivite), interakcia s príbuznými, priateľmi, podpora v rodine, násilie v rodine, podmienky v školských zariadeniach, vzdelávacie programy, sociálny status a vzťahy s priateľmi (Matulníková 2012).

V mikrosystéme sa posudzujú hlavne materské faktory, ako je: vek, rasa, existujúce ochorenia a rodinný status. Ženy, ktoré sú tehotné vo vyššom veku majú väčšiu pravdepodobnosť, že ich gestačná hmotnosť bude vyššia ako sa odporúča. Z biologických regulátorov sa posudzuje vplyv genetiky, účinok inzulínu a leptínu, ktoré majú dopad na celkový energetický príjem matky a telesnú hmotnosť. Vyššia koncentrácia leptínu u tehotnej ženy spolu s obezitou predstavuje pre matku 3,6 krát väčšie riziko nadváhy po pôrode. Za nepriaznivé pre telesnú hmotnosť u tehotnej ženy sa považujú sociálne prediktory, ako sú napr. nízke vzdelanie, nízky rodinný príjem, mladé tehotné ženy, rodinný stav a iné. Modder, Fitzsimons v štúdiách uvádzajú, že tehotné ženy s vyššími príjmami boli obézne v 18%, oproti ženám s nízkymi príjmami,

ktoré boli obézne v 28% Tehotné ženy z nižších sociálno-ekonomických skupín prijímali potraviny vysoko energetické, s nižším obsahom stopových prvkov, zeleniny, ovocia a požívali viacej sladkých nealkoholických nápojov, ktoré sú za nízku cenu, ale s vysokým obsahom energie (Fitzsimons, Modder 2009, CMACE 2010). Olson a Strawderman (2008). Inverzný vzťah, kedy nižší socioekonomický status, nižšie vzdelanie koreluje s obezitou sa vo väčšej miere nachádza v bohatých rozvinutých krajinách. Medzi materské faktory, ktoré sa podieľajú na zvýšenom výskyte obezity, nadmernej gestačnej hmotnosti a hmotnostného prírastku, zaraďujeme psychické a behaviorálne agensy. U tehotnej ženy, ktorá je vystavená dlhodobej expozícii stresu, úzkosti, nedostatku sociálnej pomoci, podpory alebo sa u nej vyskytujú príznaky depresie, sa vo väčšej miere prejavujú sklony k prejedaniu a k zvyšovaniu telesnej.

Koncepčný model dáva možnosť analyzovať ovplyvniteľné faktory významné pre obezitu v tehotenstve. Poskytuje rámec pre výber preventívnych stratégií a rozhodnutí, umožňuje kontrolovať dosiahnutý výsledok so zameraním na dlhodobú reguláciu telesnej hmotnosti. Výber stratégií, ktoré sú vhodné pre tehotnú ženu s poruchou telesnej hmotnosti sa zameriavajú na vytvorenie bezpečného prvého ekologického prostredia pre dieťa, t.j. maternice a utváranie zmysluplných sociálnych väzieb, ktoré zaručia plniť požiadavky na individuálnej úrovni (zmena životosprávy, analýza faktorov životného štýlu) a na spoločenskej úrovni (Kumanyika, Brownson, 2007).

Mercerová, kladie dôraz na poznávací proces, ktorý podporuje identifikovať vysoko rizikové a ochranné faktory, ktoré ovplyvňujú rozvoj obezity a nadmerného hmotnostného prírastku. Na posilnenie ochranných faktorov, ktoré pomáhajú regulovať telesnú hmotnosť u geneticky zraniteľnej populácie tehotných žien, sa odporúčajú v rámci primárnej prevencie univerzálne preventívne intervencie (konzumácia nutrične vyváženej stravy, prevencia fajčenia, alkoholu, drog, programy pre zvýšenie pohybovej aktivity). Cieľom programov je orientovať obsah na zmenu hmotnosti, zdravotných návykov, získavanie vedomostí o príčinách, rizikách obezity v tehotnosti, získavanie a používanie zručností, ktoré znižujú riziko výskytu komplikácií z obezity, na zmenu BMI v ženskej populácii, od adolescencie po reprodukčný vek. Dôraz sa kladie na zmenu ekonomického a sociálneho prostredia (napr. regulácia reklamy, zloženie potravín, označovanie potravín vhodných pre tehotné ženy, úprava životného prostredia pre zvýšenie fyzickej aktivity tehotných žien, najmä tých, ktoré majú zvýšenú telesnú hmotnosť). Selektívna prevencia je zameraná na tehotné ženy s nadmernou telesnou hmotnosťou a obezitou, ktoré sú vysoko rizikové a majú predispozíciu (vek, obezita v rodine, zlé socioekonomické podmienky, rodinný stav, rasa, etnikum, sedavé zamestnanie, nižšie vzdelanie) pre vznik ďalšieho ochorenia (napr. gestačného diabetes mellitus, tehotensky indukovanej hypertenzie). Preventívne intervencie, nemajú za cieľ udržať telesnú hmotnosť, ale sú orientované na zníženie rizika vzniku komplikácií (Mercer 2004).

Záver

Tehotné obézne ženy sú vo väčšej miere ohrozené fyzickými, psychickými a sociálnymi problémami. Pre zníženie vzniku rizík a riešenie ťažkostí sa v ošetrovateľskej praxi využíva konceptuálna schéma modelu pre podporu bezpečného materstva. Proces starostlivosti o tehotnú ženu s nadmernou telesnou hmotnosťou je orientovaný na štyri koncepty: obezitu, tehotenstvo, komplikácie a manažment starostlivosti. V rámci konceptuálnej schémy sa hodnotia premenné, ktoré sa identifikujú, monitorujú a vyhodnocujú. Vyhodnotenie umožňuje predpovedať, do akej miery je tehotná žena ohrozená zvýšeným rizikom komplikácií a ťažkostí. Pre efektívne

plánovanie starostlivosti o obéznu tehotnú ženu a prenatálne dieťa posudzujeme vzájomnú interakciu:

- **obezita + tehotenstvo** = vyššie riziko vzniku komplikácií a ťažkostí u prenatálneho dieťaťa a obéznej tehotnej ženy,
- **obezita + tehotenstvo + podpora a pomoc zo strany poskytovateľov starostlivosti** (sestry, pôrodné asistentky) = napomáha a upevňuje u tehotnej ženy pozitívny postoj k zmene životného štýlu (využíva a aplikuje preventívne stratégie na úpravu nutrície a pohybovej aktivity, poskytuje pravdivé a objektívne informácie tehotnej žene),
- **obezita + tehotenstvo + pozitívny postoj tehotnej obéznej ženy k zmene životného štýlu** = podporuje zníženie rizika výskytu komplikácií u tehotnej ženy a dieťaťa,
- **obezita + tehotenstvo + negatívny postoj tehotnej obéznej ženy k zmene životného štýlu** (tehotná žena pokračuje v nesprávnych návykoch, zlozvykoch vo výžive, udržiava sedavý spôsob života, má nízku pohybovú aktivitu, zvyšuje sa gestačná hmotnosť a hmotnostný prírastok) = napomáha a vedie k zvýšenému riziku výskytu komplikácií v tehotenstve, u matky aj dieťaťa (Matulníková 2012).

Podporné programy, prevencia a intervencie, vychádzajúce z konceptuálneho rámca vymedzujú sociálne a ekologické paradigmy pre komplexné pochopenie spoločenských faktorov a faktorov životného prostredia, ktoré majú vplyv na správanie tehotnej ženy a následne na možnosti regulácie jej telesnej hmotnosti.

Literatúra

ALIGOOD, M., R.- TOMMEY, A., M. (2006) *Nursing Theory:Utilization & Application*. St. Louis:Mosby, 2006, 512 s. ISBN 0323031331.

BAGCHI, D. (2010) *Global Perspectives on Childhood Obesity: Current Status, Consequences and Prevention*. Academic Press, 2010, 536. s. ISBN 0123749956.

BRONFENBRENNER, U. (1979) *The ecology of human development: experiments by nature and design.* Harvard University Press, 1979, 330 s. ISBN 0674224574.

BRONFENBRENNER, U. *Ekological Theory*. [on line]. 2004 [cit. 2011-03 10. Dostupné na internete <http://www.des.emory.edu/mfp/302/302bron.PDF>

CEMACH. *Saving Mothers' Lives - findings on the causes of maternal deaths and the care of pregnant women* [on line]. 2007. [cit. 2011-05-11.] Dostupné na internete <http://www.rcog.org.uk/news/cemach-release-saving-mothers-lives-findings-causes-maternal-deaths-and-care-pregnant-women>

FITZSIMONS, K., J. – MODDER, J. (2009) Obesity in pregnancy: risks and management. *Royal Society of Medicine Press Obstet. Med*, 2009, roč. 2, č.2, 52-62 s. ISSN: 1753-495X

GUELINCKX, I. – DEVLIEGER, R. – BECKERS, K. – VANSANT, G. (2008) Maternal obesity: pregnancy complications, gestational weight gain and nutrition. *Obesity Reviews,* 2008, roč. 9, č.2, s.140–150. ISSN 1467-789X

INSTITUTE OF MEDICINE. (1990). *Nutrition during pregnancy: part I: weight gain, part II: nutrient supplements.* National Academy Press, Washington, D.C. 1990, 2002

JALEEL, R. *Impact Of Maternal Obesity On Pregnancy Outcome*. Journal of Surgery Pakistan (International), (2009) roč. 14, č.1, [on line].2009 [cit. 2011 - 04 - 10]. Dostupné na internete <http://jsp.org.pk/Issues/JSP%2014-1%20Jan%20%20March%202009/Riffat%20Jalil.pdf>

LEVIN, B., E. (2000) The obesity epidemic: metabolic imprinting on genetically susceptible neural circuits. *Obesity Research*, 2000, roč. 8, č. 4, s. 342–347. ISSN 1930-7381.

KUMANYIKA, S., K; BROWNSON, R., C. (2007) *Handbook of ObesityPrevention*. Springer, 2007, 537 s. ISBN 978-0-387-47859-3.

MATULNÍKOVÁ Ľ. (2012) *Manažment telesnej hmotnosti u tehotnej ženy s obezitou* Vyd. Ružomberok, Verbum 2012, 107 s. ISBN 978-80-8082-519-5

MARGERISON, Z., C., E. - REHKOPF, D. – ABRAMS, D. (2010) Association of maternal gestational weight gain with short- and long-term maternal and child health outcomes. *American Journal of Obstetricsand Gynecology, 2010,* roč. 202, č.6., 574.e1 – 574.e8 s. ISSN 0002-9378

MERCER, R.T. 2004. Becoming a Mother Versus Maternal Role Attainment. *Journal of Nursing Scholarshop,* 2004, roč.36, č.3, 226-232 s. ISSN 1547-5069

NIDDK. 2010. *Weight-control Information Network*. NIH Publication. Number 04–4158 Updated February, [on line]. 2010. [cit. 2011 - 06 - 10]. Dostupné na:<http://www.win.niddk.nih.gov>

NESHEIM, M., C. - YAKTINE, A., .L. (2007) *Seafood choices: balancing benefits and risks*. National Academies Press, 2007, 799 s. ISBN 03009102189.

OLSON, C., M. – STRAWDERMAN, M., S. (2008) The relationship between food insecurity and obesity in rural childbearing women. *Journal of Rural Health,* 2008, roč. 24, č. 1, 60-66 s. ISNN 0890-765X

RASMUSSEN, K., M. – YAKTINE, A., L. (2009) *Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines.*National Research Council,[on line]. 2009. [Citované, 2011-04-10]. Dostupné na: <http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=12584 >

ROWLANDS, I. – GRAVES, N. - DE JERSEY, S. – MCINTYRE, H., D. – CALLAWAY, L. (2010) Obesity in pregnancy: outcomes and economics. *Semin Fetal Neonatal Med.,* 2010, roč.15, č.2, 94-9 s. ISSN: 1467-7881

SIDIK, M., S. – RAMPAL, L. (2009) The prevalence and factors associated with obesity among adult women in Selangor. Malaysia. *Asia Pacific Family Medicine*, 2009, roč. 8, č.2, doi:10.1186/1447-056X-8-2.

WHITAKER, R., C. (2004) Predicting Preschooler Obesity at Birth: The Role of Maternal Obesity in Early Pregnancy. *Pediatrics*, 2004, roč. 114, č. 1, 29 – 36 p. ISSN 0031 4005

Kontaktná adresa

Doc. PhDr. Ľudmila Matulníková, Ph.D.
Trnavská univerzita
FZ a SP, Katedra ošetrovateľstva
Univerzitné nám. 1
918043 Trnava
Email: ludmila.matulnikova@truni.sk

AGRESIVNÍ PACIENT V KLINICKÉ PRAXI

[1]Jiřina Hosáková [2]Darja Jarošová
[1]Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik, Ústav ošetřovatelství
[2]Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta, Ústav ošetřovatelství a porodní asistence

Souhrn:
Autorky příspěvku předkládají základní přehled o agresi a možnostech jejího zvládání podmínkách klinické praxe. Výskyt agresivního chování má v dnešní době obecně v populaci vzestupnou tendenci. Agresivní jedinec představuje nebezpečí pro personál, ostatní spolupacienty, ale i sám pro sebe. Sestra by měla být schopná identifikovat rizikové jednání a zvolit vhodné intervence vedoucí k úspěšnému zvládnutí situace. Příspěvek poskytuje základní informace o agresivitě, jejím dělení a popisuje možnosti zvládání. Dále představuje výsledky průzkumného šetření, které proběhlo v Psychiatrické léčebně v Opavě a bylo zaměřené na monitorování nejčastěji se vyskytujících forem agrese, definování rizikových situací a nejčastějších příčin vzniku tohoto stavu.

Klíčová slova: *Agresivit; Zvládání nebezpečí; Pacient; Komunikace.*

Úvod

Projevy neklidu a agresivity doprovázejí nejrůznější choroby a klinické stavy. Ve větší míře se s nimi lze setkat při ošetřování nemocných s duševní poruchou, kdy se vlivem halucinací, bludů a jiných psychotických příznaků pacient chová násilně. Výskyt je ale častý i například u metabolických poruch, intoxikací, u nemocných po podání anestezie, po CMP nebo u seniorů, kdy se tato symptomatologie vyskytuje i u jinak duševně zdravých jedinců. Agresivitu lze definovat jako útočné chování s cílem ublížit druhé osobě nebo sám sobě. Agresí rozumíme již vlastní násilné chování. Příčiny agresivního jednání pacienta mohou být různé. Dle Vymětala (2003, s. 260) je agresivita vrozená, intenzita a forma jsou ale osvojeny během života a lze je tedy ovlivnit přístupem a prostředím. V praxi se jako nejčastější příčiny jeví být změna prostředí, vlastní choroba, nátlak ze strany zdravotnického personálu či jeho blízkých, pocit úzkosti, nespokojenost, bolest, beznaděj. Agresivita může být ale vyvolána i např. neetickým obnažením před jinými pacienty nebo větším množstvím zdravotníků, pocitem nezájmu ze strany zdravotníků, případně vlivem sociálního odloučení od blízkých. (Hrnčířová, 2012, s. 10) Agresivní jedinec se chová nevyzpytatelně a je potenciálně nebezpečným jak pro zdravotnický personál, tak pro ostatní klienty. V takové situaci musí sestra rozeznat možné riziko a vhodnými intervencemi zabránit v eskalaci stavu, případně zajistit bezpečnost pacienta i jeho okolí. Obecně se agresivita dělí do tří stupňů. Prvním je agrese potlačená, kdy je možné u nemocného vysledovat známky napětí (útočný postoj, zaťaté pěsti, svalové záškuby, pocení, kousání rtů). Dalším stupněm je agrese verbální, kdy nemocný svému okolí slovně vyhrožuje, nadává, případně ironizuje nebo ponižuje. Třetím stupněm je agrese fyzická (brachiální), kdy dochází k přímému agresivnímu chování. To může být zaměřeno buď na věci (např. rozbíjení nábytku, trhání šatů) nebo na osoby (fyzický útok). Fyzická agrese může být dále zaměřená buď na sebe sama (automutilační) nebo na osoby v okolí. Důležité je na změny v chování pacienta reagovat včas a správně, což vyžaduje znalost problému, trpělivost, sebeovládání a správnou formu komunikace. Při ošetřování duševně nemocných musí být navíc znalost psychiatrických chorob, neboť nesprávným zásahem by se mohlo agresivní chování ne potlačit, ale naopak posílit. Sestry reagují dvojím způsobem chování. Buď terapeuticky, nebo neterapeuticky. Terapeutický způsob znamená, že pacientově

situaci rozumí, jsou empatické, vycítí, co je pro něho nejlepší a plynule a přiměřeně reagují. Neterapeutický způsob chování znamená přístup, kdy je cílem pacienta co nejrychleji zpacifikovat, aby neohrožoval sebe ani okolí, sestra dodržuje daný postup bez emocionálního zapojení. Možnosti zvládání jsou různé. Obecně lze hovořit o zvládání farmakologickém a nefarmakologickém. Farmakologické zvládnutí znamená podání uklidňujících léků. Nefarmakologické způsoby jsou různé. V praxi se setkáváme s použitím omezovacích prostředků (kurty, síťová lůžka, terapeutické izolace) nebo použitím nedirektivních postupů. Jde o techniky, kdy personál chápe důvody agresivního jednání, přístup ke klientovi je otevřený a empatický, sestra hovoří klidným hlasem, srozumitelně sděluje své požadavky, jasně definuje pravidla. Svým přístupem pacientovi poskytuje podporu.

Cíl práce

Průzkumné šetření bylo zaměřené na specifika zvládání ošetřovatelské péče u agresivních pacientů v Psychiatrické léčebně v Opavě. Cílem bylo zjistit nejčastěji se vyskytující formu agresivního jednání vůči nelékařskému zdravotnickému personálu, jaké situace jsou rizikové a dále jaké jsou nejčastější příčiny agresivního jednání z pohledu personálu.

Metodika

Pro získání požadovaných dat bylo použito dotazníkové šetření. Dotazník byl vlastní konstrukce a obsahoval celkem 19 otázek. Část otázek zjišťovaly data o respondentech, osm otázek bylo zaměřených na informace o agresi, část otázek zjišťovala informace o způsobech zvládání agresivního chování. Vyplnění dotazníku bylo dobrovolné a anonymní. Vlastní šetření proběhlo po předchozím udělení souhlasu vedení Psychiatrické léčebny v Opavě.

Soubor

Soubor respondentů tvořilo celkem 90 pracovníků Psychiatrické léčebny v Opavě v nelékařských profesích. Šetření se zúčastnily profese všeobecná sestra, ošetřovatel/ka, sanitář/ka. Návratnost dotazníků byla 100%. Autorka osobně obcházela pracoviště, personál informovala o dobrovolnosti a anonymitě a dotazník vyplňovali jen pracovníci, kteří měli zájem.

Výsledky

Z průzkumného šetření vyplynulo, že 85 oslovených pracovníků (94%) se za posledních 12 měsíců setkalo s projevy agresivity a 5 respondentů ne. 32 respondentů uvedlo frekvenci 1-2 krát měsíčně a 27 respondentů frekvenci 2 a více krát za týden. Jen 12 respondentů se s agresivním chováním setkalo 1x za rok. 47 dotazovaných se setkalo s fyzickou agresí proti věcem, 32 respondentů s agresí verbální a 6 respondentů s fyzickou agresí k personálu.

Tab. 1 Typ agrese

Typ agrese	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Fyzická agrese k personálu	6	7
Fyzická agrese k věcem	47	52
Verbální agrese	32	35
Potlačená agrese vůlí	5	6
Celkem	90	100

Na otázku, zda bylo možné agresivnímu chování předejít, odpovědělo 64 účastníků šetření ne, 10 respondentů ano a 16 neví. Respondenti dále měli uvést, v jakých situacích se nejčastěji s projevy agresivního chování setkávají. 45 respondentů uvedlo, že nejčastěji se agresivní chování objevuje během příjmu nemocného na oddělení a dále při zákazu vykonávat nějakou činnost, kterou by pacient chtěl provádět (30 respondentů). Jako riziková situace se jeví i podávání léků, kdy se agresí setkává 15 respondentů. Jedna z otázek zjišťovala, jaké jsou podle respondentů nejčastější příčiny agresivního chování. Tato otázka byla otevřená a dotazovaní mohli uvést více příčin. Jako nejčastější příčina byla uváděná vlastní nemoc, dále strach a vliv prostředí. Respondenti v menší míře uváděli i nedostatek informací, nespokojenost s jednáním personálu, neshody se spolupacienty či bolest.

Tab. 2 Příčina agresivního chování

Příčina agresivního chování	**Absolutní četnost**
Prostředí	35
Nespokojenost s jednáním personálu	7
Strach	42
Nedostatek informací	14
Nemoc (bludy, halucinace, aj.)	78
Bolest	6
Neshoda s jinými pacienty	4
Jiné (režimová opatření, omezování osobní svobody)	2

Diskuse

Násilné chování a agresivita jsou jevy, se kterými se zdravotnický personál setkává často a při ošetřování duševně nemocných pravděpodobně častěji než v jiných klinických oborech. Z našeho průzkumného šetření vyplynulo, že 95% respondentů se s projevy agrese setkalo, většinou během měsíce opakovaně. V porovnání s výsledky jiných autorů je uváděn vysoký výskyt agresivity i mimo psychiatrická zařízení. Například Kejíková (2011) uvádí, že ve FN Olomouc se v roce 2011 setkalo s nějakou formou agresivního jednání 98% respondentů. Škanderová a Jarošová (2008) uvádějí výsledky z roku 2007, kdy zkušenost s agresivním chováním uvádělo 90% respondentů z FN Ostrava a 89% respondentů z Nemocnice Třinec. Podobných výsledků dosáhli ve svém výzkumu i Winstanley a Whittington, kteří při svém šetření v roce 2002 zjistili, že 68% pracovníků všeobecných nemocnic ve Velké Británii zažívá projevy agresivního chování a 25% respondentů udává během měsíce tyto projevy opakovaně. Porovnávání výsledků může být zkresleno různou metodikou získávání dat, případně různými kulturními zvyklostmi a pravidly. To se ukazuje např. v práci Duxburyho a kol. (2008), který porovnával stejným hodnotícím nástrojem (SOAS-R) pohled na agresivní jednání pacientů u sester pracujících v psychiatrických zařízeních ve Velké Británii, ve Švýcarsku a ve Švédsku. Zde se ukázalo, že sestry z Velké Británie vykazují nižší míru tolerance a udávají nižší míru tolerance vůči tomuto jednání. V našem šetření se ukázalo, že nejčastěji se agresivní chování vyskytuje při příjmu nemocného a dále v situacích, kdy je mu bráněno v některých aktivitách. Příjem nemocného na oddělení znamená vždy změnu sociálního statutu pacienta, kdy se dostává do role podřízeného, o jehož léčbě a způsobu dalšího fungování rozhodují ve velké míře zdravotníci, on sám se může vyjádřit jen omezeně. Toto neplatí jen pro duševně nemocné, ale i pro pacienty se somatickými chorobami. Tato skutečnost je pravděpodobně stresovým podnětem, příčinou úzkosti, strachu a pocitu ohrožení a agresivní jednání je následkem. Stejně tak omezení v aktivitách.

Každý jedinec má svůj způsob života, své oblíbené činnosti, běžně se rozhoduje sám co a kdy bude dělat. Zákaz aktivit vnímá jako omezení, opět dochází k nárůstu úzkosti a nemocný svou nespokojenost může projevit agresivním chováním. Specifickou situací je podávání léků. Zde se autorce článku nepodařilo ověřit, zda jde o rizikovou situaci obecně nebo zda se jeví rizikovou jen u osloveného vzorku respondentů. Obecně lze ale konstatovat, že léky jsou často používány jako prostředek k farmakologickému zklidnění. Nemocní tedy mají pravděpodobně obavy, že dostanou farmaka, s jejichž podáním nesouhlasí, nechtějí je, mají strach a proto se jejich přijetí brání. A to i v případě, že je jejich úsudek ovlivněn chorobou. Jako jednu z příčin agresivního jednání uvedli respondenti vliv prostředí. Zde je potřeba zdůraznit, že psychiatrická zařízení jsou na okraji zájmu laické i odborné veřejnosti a na rozdíl od všeobecných nemocnic jsou jen minimálně rekonstruována a nově vybavována. Personál se na stávající stav většinou adaptoval, u pacientů ale nedostačující a zastaralé vybavení, velké pokoje a nedostatek soukromí působí negativně a vyvolává úzkost. Zmírnit napětí lze například alespoň zlepšením komunikace, větší vstřícností personálu a důrazem na lepší informovanost pacienta. Jako jeden z rizikových faktorů udávali respondenti bolest. Zde by bylo vhodné zavést u ohrožených skupin pravidelné monitorování bolesti a následně dostatečná analgetizace. Pravděpodobně bolest bývá častým důvodem agresivního chování u seniorů, kdy se například při snaze o aktivizaci nebo o ošetření ran aktivně brání a vykazují známky agresivního jednání.

Závěr

Obecně lze ale konstatovat, že případy agresivního jednání jsou časté jak v psychiatrických zařízeních, tak ve všeobecných nemocnicích a část personálu je násilí vystavována opakovaně, dochází u nich k opakované viktimizaci. Proto je vhodné identifikovat rizikové situace, zavést taková opatření, která povedou k jejich minimalizaci a k úspěšnému zvládnutí bez poškození zdravotníků. I když se o tomto problému v posledních letech stále více hovoří, v praxi se moc změn neudálo. Zařízení většinou mají vypracovaný standardní postup pro zvládání agresivního nemocného, doporučený postup vydala i Česká asociace sester. V zařízeních psychiatrické péče jsou standardní postupy propracované, v praxi dodržované, personál je ve zvládání těchto nemocných pravidelně školen. Jiná situace je ale v ostatních zařízeních, kdy sestry sice mají nějaký doporučený postup, ale v praxi nejsou schopné ho dodržet, nemají ani dostatečné znalosti, ani dostatečné vědomosti.

Literatura

DUXRURY, J., HANS, S., NEEDHAM, I., PULSFORD, D. (2008) The Management of Aggresion and Violence Attitude Scale (MASAV). In *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2008, roč.65, č.5, s.596-606. Dostupné na internetu http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5hid%104sid=96f8611a-250e-4675-BF05-eba308850a38%40sessionmgr10.

HRNČÍŘOVÁ, L. (2012) *Zvládání agresivity pacientů zdravotnickým personálem psychiatrické léčebně.*Opava: Slezská univerzita, 2012. 65s.

KEJÍKOVÁ, V. (2011) *Agresivní pacient v ošetřovatelské praxi.*[cit. 2012-12-07]. Dostupné na internetu http://theses.cz/id/j466yr/Vera_Kejikova_Agresivni_pacient_v_osetrovatelske_praxi.pdf.

SZKANDEROVÁ, M., JAROŠOVÁ, D. (2008) Výskyt agresivity ve zdravotnických zařízeních. In *Profese on-line* [online]. 2008, roč. 1, č. 1, s.1-9. [cit. 2012-12-07]. Dostupné na internetu http://profeseonline.upol.cz/vyskyt-agresivity-ve-zdravotnickych-zarizenich/.

VYMĚTAL, J. (2003) *Lékařská psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2003. 397 s. ISBN 80-7178-740-X.

WINSTANLEY, S., WHITTINGTON, R. (2004) Issues in clinical nursing. In *Journal of Clinical Nursing* [online]. 2004, roč.13, s.3-10. [cit. 2012-12-07]. Dostupné na internetu http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer?sid=983321b-0720-4f60-a99b-2b027c7bac5c%40sessionmgr4vid=1hid=9.

Kontaktní adresa:
Mgr. Jiřina Hosáková
Ústav ošetřovatelství FVP
Slezská univerzita v Opavě
Olbrichova 25
74601 Opava
Email: jirina.hosakova@fvp.slu.cz

MULTIDICIPLINÁRNA SPOLUPRÁCA NA ANESTÉZIOLOGICKO RESUSCITAČNOM ODDELENÍ

[1]Andrea Bratová, [2]Luboš Pecho
[1] Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Katedra Klinických disciplín a urgentnej medicíny
[2] Fakultná nemocnica Nitra, Klinika anestéziológie a urgentnej medicíny, Stanica záchrannej zdravotnej služby

Súhrn:
V príspevku autori približuje problematiku práce sestier v intenzívnej starostlivosti a spolupráce medzi odbormi na KAIM. Uvádzajú vzájomnú spojitosť, približujú komunikáciu a problematické situácie.

Kľúčové slová: *Pacient; Spolupráca; Oddelenie; Multidiciplinarita; Multiodborovosť.*

Cieľ práce

Priblížiť prácu sestry na KAIM z hľadiska požiadaviek a potrieb. Zdôrazniť rozmanitosť práce a mnohostrannosť.

Úvod

Pri poskytovaní pomoci je potrebná spolupráca multiodborová i mutidisciplinárna. Mnoho krát je potrebné aby sa zúčastnilo na záchrane života alebo zdravia viacero záchranných zložiek v prednemocničnej starostlivosti a viacero odborov v nemocničnej starostlivosti. Počnúc od laikov, ktorý kontaktujú v Krajské operačné stredisko (KOS) sú na začiatku záchrany. Ďalej je potrebná pomoc a spolupráca s Hasičským a záchranným zborom (HaZZ), Políciou, Vrtuľníkovú záchrannou zdravotnou službou (VZZS), Rýchlou lekárskou pomocou (RLP), Rýchlou zdravotníckou pomocou (RZP), niekedy musia byť prítomné i ďalšie špecializované zložky. Priamo pri ošetrovaní v zdravotníckom zariadení je potrebná taktiež spolupráca, ktorá si vyžaduje taktiež mnoho krát multiodoborovú spoluprácu. Veľa krát pri záchrane spolupracuje viacero odborníkov operačnej a neoperačnej povahy aby bola záchrana pacienta vyžadujúceho ošetrenie ucelená, všestranná a efektívna.
Záchranná reťaz je silná silou najslabšieho ohnivka. Týmto najslabším ohnivkom je úroveň laickej, ale aj odbornej verejnosti v poskytovaní adekvátnej pomoci pri ohrození životných funkcií (Dobiáš, 2007). V súčasnosti je moderné ošetrovateľstvo založené na predpoklade, že každý pacient vyžaduje v rôznom štádiu svojho ochorenia iný stupeň intenzívnej ošetrovateľskej starostlivosti (Vörösová, 2005). Intenzívne ošetrovateľstvo sa z hľadiska teoretického, ale aj praktického zaoberá ošetrovaním pacientov, ktorým zlyhávajú životne dôležité funkcie alebo ktorých zdravie je ohrozené. Intenzívne ošetrovateľstvo sa považuje za súčasť všetkých odborov medicíny (Farkašová et al., 2005).
Veľmi úzka spojitosť anestéziológie a intenzívnej medicíny a urgentnej medicíny si vyžaduje koordináciu viacerých medicínskych zložiek preto je tu dôležitá multidisciplinárna spolupráca v rámci medicíny. Strategický mottom je zmierňovanie útrap. Skorá, cielená a koordinovaná starostlivosť zníži včasnú a oneskorenú mortalitu pri náhlom ochorení alebo postihnutí.
Anestéziológia a intenzívna medicína je interdisciplinárnym a základným odborom v liečebno-preventívnej starostlivosti, ktorý skúma a poskytuje anestetickú, resuscitačnú a intenzívnu starostlivosť. Pri poskytovaní anestéziologickej starostlivosti a pri aplikácii princípov intenzívnej medicíny spolupracuje s operačnými a neoperačnými odbormi.

Anestéziologickou starostlivosťou sa zabezpečuje bezbolestné vykonávanie diagnostických a liečebných výkonov operačnej a neoperačnej povahy. Intenzívna medicína zabezpečuje starostlivosť a liečbu kriticky chorých u ktorých hrozí zlyhanie, zlyháva alebo zlyhala funkcia jedného alebo viacerých orgánových systémov (Vestník MZ SR).

Kde sestra zohráva dôležitú úlohu pri poskytovaní komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti. Odbor anestéziológia a intenzívna medicína sa tiež podieľa na organizačnom a prevádzkovom zabezpečovaní urgentnej prednemocničnej a nemocničnej starostlivosti. OAIM má multidisciplinárny charakter práce, predstavuje najvyšší stupeň diferencovanej starostlivosti a preto vyžaduje úzku spoluprácu s: všetkými operačnými i neoperačnými odbormi, spoločne s vyšetrovacími a liečebnými zložkami a ich nepretržitou dostupnosťou. Sestry sa pri práci v intenzívnej starostlivosti stretajú z rozmanitosťou ochorení i poranení pacientov. Taktiež vekové zastúpenie pacientov je rozmanité v prípade ohrozenia života a zdravia, pokiaľ nie je možné realizovať transport na špecializované pracovisko. Prípadne pokiaľ je v prípade priority potrebná príprava pacienta na transport a jeho akútne ošetrenie. Reagovať je potrebné na požiadavky pre operačné i neoperačné riešenie ošetrenia. Sestra musí reagovať i na požiadavky od pacienta, lekárov, spolupracovníkov. Počas konzília sestra intenzivistka reaguje na požiadavky lekárov z KAIM i potreby lekárov z urgentnej medicíny, internistov, z chirurgických odborov, traumatológov, gynekológov, pediatrov, laboratórnych odborov... Je potrebné aby sme upozornili na jedinečnosť namáhavej a zodpovednej práce sestry na KAIM.

Úloha sestry na každom oddelení vychádza z organizačnej štruktúry a zodpovednosti, ktorá je sestre určená. Rozsah ošetrovateľskej praxe, ktorú sestra poskytuje samostatne, podľa indikácie lekára a v spolupráci s lekárom je určený Záväznou vyhláškou č. 528 Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky (MZ SR) zo dňa 22.9.2004. Ďalej realizuje úlohy, ktoré jej aktuálne pridelí vedúca sestra. Sestra pri svojej práci vychádza z pochopenia potrieb a problémov chorého, je schopná zabezpečiť pacientovi pocit istoty (Farkašová et al., 2005). Na klinike anestéziológie a intenzívnej medicíny (KAIM) alebo oddelení anestéziológie a intenzívnej medicíny (OAIM) sú hospitalizovaní pacienti, ktorým zlyhali alebo sú bezprostredným zlyhaním ohrozené základné životné funkcie. Stavy spojené s bezvedomím, zlyhaním dýchania, krvného obehu alebo iných organových systémov. Sestra musí pacientov veľmi starostlivo a intenzívne sledovať (Kapounová, 2007). Práca sestry je z hľadiska profesionálneho výkonu aj vlastnej odbornej prípravy veľmi náročná, pretože jej objektom je človek (Bártlová et al., 2008). Pôsobenie človeka v pracovnom systéme má subjektívny rozmer, ktorý vychádza z individuálneho prežívania vykonávanej práce a jej podmienok (Bubeníková, 2008). Povolanie sestry bolo, je a vždy bude fyzicky náročné. Medzi pacientmi, ktorí vyžadujú intenzívnu starostlivosť, dominujú chorí vyžadujúci komplexný prístup, čo kladie výrazné nároky na fyzickú kondíciu ošetrujúceho personálu. Starostlivosť o bezvládnych pacientov, úplne odkázaných na pomoc sestier, predstavuje neúmernú fyzickú námahu (Gondárová-Vyhničková, Bančejová, 2009). Na prácu sestry sa v súčasnom systéme poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti kladú vysoké nároky, jej povolanie ohrozujú rôzne záťažové situácie. Pre sestru by preto malo byť dôležité naučiť sa ich zvládať aby mohla efektívne vykonávať svoje náročné poslanie (Zvalova, Miklovičová, Puškárová, 2007). Stresormi pre sestru môže byť napr. veľký pocit zodpovednosti, termínovanie úloh, nároky na koncentráciu pozornosti, vynútené pracovné tempo, strach zo zlyhania, nízke finančné ohodnotenie, konfrontácia s utrpením a smrťou interpersonálne vzťahy (Bártlová et al., 2008). Pracovná záťaž je činiteľ, ktorý vplýva na organizmus a jeho reakciou je určitá námaha, resp. úsilie. Stupeň namáhania sa odvíja nielen od rozsahu záťaže, ale aj od individuálnych vlastností osobnosti, či od celkového stavu organizmu. Namáhanie je reakcia organizmu na záťaž prejavujúca sa zmenami fyziologických a psychických funkcií (Buchancová et al., 2003).

Je potrebné spomenúť, že prácu na KAIM sprevádza i záťaž a je výsledkom nerovnováhy medzi prostredím a jednotlivcom. Pri starostlivosti o pacienta je potrebné dbať aj o svoje zdravie, či už duševné alebo i fyzické. Profesia sestry je namáhajúca, najmä ak sestra musí splniť veľa požiadaviek a reagovať na multiodborovú a multidisciplinárnu spoluprácu. Zároveň nesmieme zabúdať i na duchovné potreby. Pretože popri starostlivosti o pacienta je potrebné splniť množstvo ďalších požiadaviek. Požiadavky na sestru tvoria dôležitú súčasť práce.

Podľa požiadaviek, ktoré sú na človeka kladené sa záťaž rozdeľuje. Ak určitý stupeň záťaže pretrváva dlhšie obdobie, môže dôjsť k vystupňovaniu záťaže (Bratská, 2008; Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007). Autori Beko, Dobšovič, Ilievová (2009) uvádzajú, že lekárska veda v poslednom období čoraz viac zdôrazňuje priamu úmeru a navzájom sa prepája s psychickým a fyzickým zdravím. Sestra, ktorá poskytuje intenzívnu a resuscitačnú starostlivosť pracuje v prostredí, v ktorom na ňu pôsobí mnoho faktorov. Ide o zamestnanie, kde sú kladené zvýšené nároky, tak na psychiku sestry, ako i na jej telesný stav. Zvyšujúce sa nároky a objem práce sestier sú negatívne vplývajúce faktory na ich zdravie (Gondárová-Vyhničková, Bančejová, 2009). Chceli by sme poukázať i na problematiku nadmernej záťaže a prevenciu vzniku. Autorka Kapounová (2007) uvádza, že syndróm vyhorenia zasahuje do psychiky, fyzickej oblasti, sociálnej oblasti.

Súhlasíme s názorom autorky, že každodenný stres a veľký tlak na psychiku sa môže odraziť negatívne tak vo vzťahu k sebe, aj k pracovnej činnosti. Plnenie si žiada primerané teoretické vedomosti, profesionálne správanie a kladné morálne i charakterové kvality (Botíková, 2009). Šeblová (2004) uvádza, že oboznámenie s rizikami profesie a vedomá práca vedie k minimalizácii negatívneho pôsobenia a môže vypomôcť nielen niektorým pracovníkom. Zároveň je potrebné poukázať na fakt, že môže zabrániť i ich predčasnému odchodu z odboru, môže prispieť i k vyššej úrovni poskytovanej starostlivosti. Holt, Helfrich, Hall, Weiner (2010) uvádzajú, že strategickými faktormi môžeme ovplyvniť implementáciu prvkov vzdelávania v oblasti zdravotnej starostlivosti s komplexným posúdením pripravenosti.

Dovolili by sme si podotknúť, že vysoké pracovné nasadenie a zainteresovanosť vedie v mnohých prípadoch k odchodu z profesie a v súčasnosti sa to deje jednako v podmienkach SR a ČR, zároveň je to i celosvetový trend. Konštatujeme, že z narastaním požiadaviek a ich plnenia narastá tento nežiaduci trend. Preto je potrebné aby sme vo svojej profesii neustále mali na pamäti i vzdelávanie, ktoré nám môže byť prínosné pri riešení praktických pracovných problémov. Zároveň je však nesmierne dôležité neustále zlepšovať i praktické zručnosti, ktoré vďaka rozvoju vedy a techniky nadobúdajú stále nový rozmer. Z vedomosťami a zručnosťami však naša aktivita nesmie končiť, potrebné je myslieť i na naše schopnosti, zručnosti a možnosti zlepšovania vlastné ho zdravia pri vyčerpávajúcej starostlivosti o kriticky chorých pacientov.

Práca sestry na KAIM je veľmi špecifická, vyžaduje si oduševnenie a zainteresovanosť. Pre neustáli rozvoj je potrebné aby „boli sestry aktuálne časové“. Pretože neustali rozvoj medicíny u sestier intenzivistiek vyžaduje pri multiodborovej spolupráci jej nepretržitú pripravenosť pre pomoc pacientom. Hospitalizácia a ošetrenie sú obvykle spojené zo strachom pacienta. Aj keď to tak nie vždy vnímame. Všetka príprava na ošetrenie a starostlivosť sa musí diať v kľudnom a priateľskom prostredí a ovzduší. Má byť orientovaná na pacienta tak, aby prebiehala v duchu holizmu Zároveň aby všetky činnosti sestry zamerané na pomoc pacientovi boli realizované v čo najrýchlejšej a najväčšej miere adaptovať sa na zmenené prostredie.

Literatúra

BÁRTLOVÁ, S. et al. (2008) Role sestry specialistky. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. 102 s. ISBN 978-80-7013-488-7.

BRATSKÁ, M. (2008) Osobnosť v situáciách psychickej záťaže. [online] 2008. [cit. 2009-13-07]. Dostupné na internete: <http://www.cdvuk.sk/blade/index.php>.

BEKO, L. - DOBŠOVIČ, Ľ. - ILIEVOVÁ, Ľ. (2009) Humanistická psychológia v práci sestry. In: Sestra a lekár v prax. ISSN 1335-9444, 2009, roč. VIII., č.3-4, s. 46-47.

BUCHANCOVÁ, J. et al. (2003) Pracovné lekárstvo a toxikológia. Martin : Osveta, 2003. 1133 s. ISBN 80-8063-113-1.

BOTÍKOVÁ, A. (2009) Realizácia práv pacienta. In: Sestra a lekár v praxi.. ISSN 1335-9444, roč. VIII., č. 3-4, 2009, s. 19.

DOBIÁŠ, V. et al. (2007) Prednemocničná urgentná medicína. Martin : Osveta, 2007. s. 9-15. ISBN 978-80-8063-255-7.

GODNÁROVÁ-VYHNIČKOVÁ, H.; BANČEJOVÁ, J. (2009) Chceme zlepšiť zdravie sestry? In Sestra. ISSN 1335-9444, 2009, roč. 8, č. 5 - 6, s. 11.

HOLT, D. - HELFRICH, CH. - HALL C., G - WEINER,B. J. (2010) Are you ready? How professionals can Comprehensively Conceptualize Readiness for Change. In: Journal of General Internal Medicine. Supplement 1, 2010, vol.25, p 50-55, 6 p.

KAPOUNOVÁ, G. (2007) Ošetřovatelství v intenzivní péči. Praha : Grada Publishing, a. s., 2007. s.177- 180. ISBN 978-80-247-1830-9.

ŠEBLOVÁ, J. (2004) Critical Incident Stress Mangment. In: Urgentní medicína. ISSN 1212-1924, 2004, roč. 7, č. 1, s. 37-38.

VENGLÁŘOVÁ, M. et al. (2011) Sestry v nouzi. Syndrom vyhoření, mobbing, bossing. Praha : Grada Publishing, a. s., 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3174-2.

VESTNÍK MZ SR č. 12422/2010 - OL, Roč. 58. Výnos Ministerstva Slovenskej republiky zo 17. septembra 2010, ktorým sa ustanovujú minimálne štandardy pre špecializačné študijné programy, minimálne štandardy pre certifikačné študijné programy a minimálne štandardy pre študijné programy sústavného vzdelávania a ich štruktúra. [online]. 2012, [cit. 2012-07-07]. Dostupné na internete: <http://www.google.sk/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CEIQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.health.gov.sk%2FZdroje%3F%2FSources%2Fdokumenty%2Fvestniky_mz_sr%2F2010%2Fvesnik_standardy_osob_vyd.pdf&ei=mM4cUPLeLe3P4QT694DQDw&usg=AFQjCNFSAbmSZOvQc0zw9svRsaZx3BWS0w&sig2=mujPBcY6FCL1_O1YXjT8cw>.

VÖRÖRSOVÁ, G. (2005) Interné ošetrovateľstvo. Martin : Osveta, 2005. 198 s. ISBN 80-8063-192-1.

ZACHAROVÁ, E. - HERMANOVÁ, M. - ŠRÁMKOVÁ, J. (2007) Zdravotnická psychologie. 1. vydanie. Praha : Grada Publishing, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

Zákon NR SR č. 576/2004 Z.z. Zákon o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov. [online]. 2012, [cit. 2012-07-07]. Dostupné na internete: <http://www.zbierka.sk/sk/predpisy/vyhladavanie?filter_sent=1&_filter_predpis_aspi_id=576%2F2004+Z.z.&q=&_filter_cas_schvaleny_od=&_filter_cas_schvaleny_do=&_filter_cas_ucinny_od=&_filter_cas_ucinny_do=&_filter_cas_aktualizovany_od=&_filter_cas_aktualizovany_do=&_filter_cas_zruseny_od=&_filter_cas_zruseny_do=&_filter_term%5B0%5D=&_filter_term%5B1%5D=&_filter_term%5B2%5D=&_filter_term%5B3%5D=>.

Kontaktná adresa:
PhDr. Andrea Bratová, PhD.
Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre
Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva
Katedra klinických disciplín a urgentnej medicíny
Kraskova ul. č. 1
949 74 Nitra
Email: abratova@ukf.sk

POSÚDENIE PACIENTA S ALZHEIMEROVOU DEMENCIOU PODĽA KONCEPČNÉHO MODELU JOHNSON

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

Súhrn:
Základnou myšlienkou modelu Johnson je behaviorálny systém jedinca s cieľom podporiť u jedinca účelné správanie v súvislosti s ochorením a prevenciou. Model Johnson vníma osobu ako behaviorálny systém, ktorý sa skladá z subsystémov. Úlohou sestry je regulovať a dohliadať na stabilitu behaviorálneho systému pacienta. Hlavným zdrojom pacientových problémov je funkčný alebo štrukturálny stres, nesprávny vývoj alebo stimulácia systému, zlyhanie regulačných mechanizmov, vystavenie škodlivým vplyvom a vplyvy prostredia. Ošetrovateľské intervencie sa zameriavajú na zavedenie vonkajších regulačných mechanizmov, na zmene štrukturálnych jednotiek organizmu, na plnenie funkčných potrieb, na pomoci pri regulácii subsystému rovnováhy organizmu. Behaviorálny systémový model Johnson je prakticky použiteľný u pacientov, u ktorých je zdravotný problém zameraný na zmenu správania, u ktorých chceme zmeniť doterajšie správanie.

Kľúčové slová: *Alzheimerova demencia; Koncepčný model Johnson; Sestra*

Text

Koncepcia koncepčného modelu Johnson vychádza zo správania, zo systému, zo subsystému, z behaviorálneho systému a stresu. Správanie je prejavom schopnosti výkonu vnútorných štruktúr a procesu, vychádza zo zmien v senzorických stimuloch, schopnosti koordinácie a z prejavu reakcie na zmenu. Správanie je aktuálne a očakávané, má sociálny charakter a môže sa prejavovať signifikantne adaptačne (Pavlíková, 2006). Systém je celistvý, ale jeho celistvosť závisí na funkčnej schopnosti a vzájomnej závislosti jednotlivých častí. Časti a elementy celku sú organizované, tvoria interakcie, sú navzájom závislé a integrované. Pacient sa ako systém snaží adaptovať na zmenené podmienky. Subsystém je minisystém so špeciálnym cieľom a funkciami, má vzťahy s ďalšími subsystémami alebo s prostredím a funguje i v interakcii so systémom.
Schopnosť každého subsystému úspešne plniť svoje funkcie závisí na troch funkčných požiadavkách:

- **požiadavky ochrany** - každý subsystém musí byť chránený pred škodlivými vplyvmi, s ktorými sa nevie vyrovnať,
- **požiadavky podpory** - každý subsystém musí byť podporovaný vhodnými vstupmi z prostredia,
- **požiadavky stimulácie** - každý subsystém k svojmu rozvoju potrebuje impulzy, aby nestagnoval, ale rozvíjal sa (Pavlíková, 2006).

Behaviorálny systém je integrovaný a organizovaný, charakterizovaný interakciami medzi pacientom a prostredím, vzťahmi medzi pacientom a objektmi, udalosťami a situáciami vnútri pacienta. Behaviorálny systém je flexibilný, stabilný, schopný vývoja a adaptácie na zmeny. Behaviorálny systém je tvorený subsystémami. Pavlíková (2006) uvádza sedem subsystémov. Koňošová (2005) a Matulníková (2011) uvádzajú osem subsystémov.

Prvý subsystém je **subsystém združovania**, je zameraný na sociálne vzťahy, budovanie sociálnych vzťahov, patriť niekomu, súvisieť s niečím, dosiahnutie blízkosti, spolunáležitosť (Archalousová, 2003). Pre pacienta s Alzheimerovou demenciou sú

sociálne vzťahy veľmi dôležité. Pokiaľ je v domácej starostlivosti je v priamom kontakte s príbuznými, priateľmi, ktorých vzhľadom na poruchy pamäti a iných kognitívnych funkcií nemusí rozpoznávať. Tým, že nespoznáva svojich príbuzných, má pocit, že nevie komu patrí, nechápe, kde sa nachádza a aj svojich najbližších príbuzných môže vnímať ako cudzích ľudí. Nové vzťahy, ktoré si pacient väčšinou buduje sú vzťahy so zdravotníckym personálom, s lekárom a sestrou, ktorých pravidelne navštevuje. Pre pacienta, ktorý je umiestený v zdravotníckom zariadení vzniká nová situácia, stretáva sa s novým prostredím, s novými priateľmi a zdravotníckym personálom. Vzhľadom nato, že u pacienta s Alzheimerovou demenciou je poškodená pamäť, a nie je schopný si zapamätať nové informácie, osoby, nových pacientov, cíti sa stratený, v cudzom prostredí s neznámymi osobami a neustále sa domáha ísť domov. Pri požiadavkách ochrany sestra poskytuje pacientovi pomoc pri adaptácii na nové prostredie, zabezpečí na izbu, predmety, ktoré pacientovi pripomínajú domov. S pacientom vhodne komunikuje, je trpezlivá, empatická, využíva validáciu ako nefarmakologický prístup. Pri požiadavkách podpory sestra odporučí príbuzným časté návštevy pacienta so zameraním na adaptačnú a emocionálnu podporu. V rámci podpory môže používať aj videonahrávky s odkazmi rodinných príslušníkov, čo pacientovi s Alzheimerobou demenciou veľmi pomáha. Pri požiadavkách stimulácie sa sestra snaží pacienta motivovať, v spolupráci s ergoterapeutom naplánuje činnosti, ktoré pacient obľubuje.

Druhý subsystém je subsystém **agresívno – ochranný**, zahŕňa ochranu vlastnej osoby, chráni seba samého prípadne ostatných pred skutočným alebo potenciálnym nebezpečenstvom. Pod potenciálnym nebezpečenstvom rozumieme myšlienky, osoby a objekty. Nezahŕňa úmysel napadnúť inú osobu (Pavlíková, 2006). U pacienta s Alzheimerovou demenciou dochádza často k zmenám nálady, depresiám, poruchám úsudku a blúdeniu, čo má negatívny vplyv na bezpečnosť pacienta a jeho okolie. Pacient vplyvom poruchy kognitívnych funkcií nedokáže rozoznať či koná dobre alebo zle, prípadne čo je pre pacienta bezpečné a čo nie je. U pacienta sa môžeme stretnúť s agresívnym správaním verbálneho a fyzického charakteru. Nie je ničím výnimočným, že pacient napadne iného pacienta alebo ošetrovateľský personál. Pacient umiestnený v zdravotníckom zariadení, stráca orientáciu, nevie kde sa nachádza jeho izba, kúpeľňa, WC, jedáleň, čo si vyžaduje zvýšený dozor ošetrovateľského personálu. Zo strany ošetrujúceho personálu je dôležité zabezpečiť ochranu pacienta pred úrazmi a pádmi. Pri požiadavkách ochrany je dôležité zabrániť vzniku pádu, úrazu pacienta zvýšeným dozorom, vhodným rozmiestnením nábytku, odstránením rizikových predmetov z blízkosti pacienta a vhodnou komunikáciou. Pri požiadavkách podpory je dôležité podporovať pacienta v orientácii pomocou orientácie v realite, využívať rôzne označenia, ktoré pacienta nasmerujú tam, kam potrebuje ísť. Pacienta podporovať vhodnou komunikáciou a validáciou. Pri požiadavkách stimulácie sestra pomáha orientovať sa v priestore, prechádza spolu s pacientom jednotlivé miestnosti, ktoré využíva k aktivitám denného režimu, rôznymi hrami a aktivitami pomáha, aby pacient bol zamestnaný činnosťami.

Tretí subsystém je **subsystém závislosti**, zhŕňa oblasť podpory, udržať zdroje prostredia, ktoré smerujú k pomoci, pozornosti, bezpečia a získania dôvery (Koňošová, 2005). Pacient trpiaci Alzheimerovou demenciou je zväčša plne závislý na starostlivosti inej osoby. Sestra pomáha pacientovi počas celého dňa. Ráno začína raňajšou toaletou, ktorej neodmysliteľnou súčasťou je aj starostlivosť o dutinu ústnu, prípadne zubnú náhradu. Sestra je nápomocná pri sprchovaní, nadstaví pacientovi vhodne teplú vodu, podá uterák, ak sa pacient nedokáže umyť, pacienta umyje, postará sa o vhodný výber odevu a obuvi počas celého dňa, o jednorázové a kompenzačné pomôcky, o celodenný dozor nad

pacientom. Pacientovi pomáha pri stravovaní počas celého dňa. Večer pomôže pri večernej toalete a pri uložení na spánok. Pri požiadavkách ochrany sestra zabezpečuje pomoc pri aktivitách bežného života, pri hygiene, obliekaní, stravovaní a pri pohybových aktivitách. Pri požiadavkách podpory sestra pacienta podporuje pri aktivitách denného režimu, podporuje pacienta pri výbere vhodného oblečenia, ktoré pacienta nezaťažuje pri obliekaní, napríklad gombíky, vyberá vhodnú obuv, napríklad bez šnúrok, nohavice na gumu v páse, vyberie vhodné pomôcky, ktoré pacientovi pomáhajú pri vykonávaní aktivít denného režimu a tým sa stáva pacient menej závislý na sestre. Pri požiadavkách stimulácie sestra pacienta povzbudzuje verbálne pri vykonávaní aktivít denného režimu, aktívne pomáha pacientovi pri činnostiach, ktoré si pacient nedokáže vykonávať sám, za každý pokrok pacienta pochváli, ak sa pacientovi nedarí, pacienta povzbudí.

Štvrtý subsystém je **subsystém vylučovania**, ktorý sa sústreďuje na vylučovanie biologického odpadu z tela. Kontroluje exkrečný systém, prijateľné sociálne chovanie a spôsoby odstraňovania exkrétov (Archalousová, 2003). U pacienta s Alzheimerovou demenciou veľmi často dochádza k inkontinencii moču a neskôr i stolice. Vylučovanie musí mať sestra pod kontrolou, musí zabezpečiť vhodne kompenzačné pomôcky, najčastejšie sa pri inkontinencii používajú jednorazové plienky, ktoré pacienti dobre tolerujú. Pokiaľ pacient ešte nie je inkontinentný, používa WC, ktoré musí byť riadne označené. Pri požiadavkách ochrany sestra zabezpečí pacientovi dostatok tekutín a vhodnú stravu, pre správne fungovanie vylučovania. U pacientov, ktorí používajú jednorazové plienky zabezpečí starostlivosť o pokožku, vhodnými prípravkami na kožu. Pri požiadavke podpory sestra podporuje u pacienta fyziologické pravidelné vylučovanie, pacientovi zabezpečí dostatok času a súkromie, podporuje pacienta a snaží sa o to, aby čo najdlhšie sa vyprázdňoval na WC. Pri požiadavke stimulácie sestra pomáha pacientovi pri pravidelnom vyprázdňovaní. Vyberá pacientovi vhodný odev, aby nemal pri vyzliekaní na WC nemal problém, že sa nestihne včas vyzliecť a stane sa pacientovi nehoda. Pri pacientoch, ktorí používajú jednorazové plienky sa snaží sestra znovu obnoviť vyhovujúci model vylučovania – bez plienok. Pacienta viesť k samostatnosti pri vyprázdňovaní.

Piaty subsystém je **subsystém ingestívny**, ktorý sa zaoberá udržaním integrity organizmu, dosiahnutím telesného uspokojenia, získaním potrebných zdrojov, biologickou potrebou potravy a kultúrnymi a sociálnymi vplyvmi na stravovanie (Archalousová, 2003). Pacient s Alzheimerovou demenciou potrebuje pravidelný príjem potravy a tekutín. Stravu je vhodné podávať 5 x denne. Dostatok tekutín je veľmi dôležitý pre tráviaci trakt, znižuje riziko zápchy, pre obehový systém, znižuje riziko kolapsu a tým aj pádu a úrazu, pre vylučovací systém, dostatok tekutín podporuje funkciu obličky a tiež pre kožu. Pri stravovaní je dôležitá aj starostlivosť o dutinu ústnu, pretože pokazený zub, zubná náhrada, ktorá tlačí, alebo akákoľvek infekcia môže spôsobiť odmietanie potravy pacientom. Pacienti zvyčajne mávajú veľmi dobrú až nadmernú chuť do jedla, preto je dôležitá veľmi vyvážená strava, bohatá na vitamíny, vlákniny a minerálne látky. Pri požiadavkách ochrany sestra zabezpečí vhodnú stravu, pokiaľ má pacient problém s používaním príboru, zabezpečí pokrájanie stravy, prípadne ošetrovateľa na nakŕmenie pacienta. Pri výbere stravy dbá sestra nato, aby pacienti nedostávali korenistú stravu, príliš suchú stravu, stravu, ktorá sa ťažšie prehĺta a stravu, ktorú by mohol pacient vdýchnuť. Je vhodné uprednostňovať stravu ľahko stráviteľnú, kašovitú ako napríklad pudingy, jogurty a kaše. Sestry vždy zabezpečí dostatok tekutín pri stravovaní. Pri požiadavkách podpory sestra podporuje pacienta v prijímaní potravy. Strava sa podáva teplá, mala by byť estetický upravená, vhodné stolovanie podporí pacienta v konzumácii. Pri odmietaní potravy sa snažiť vždy zistiť príčinu. Pri stimulačných požiadavkách stimulujeme pacienta

v samostatnosti pri prijímaní stravy, ak nedokáže používať príbor, použijeme pomôcky, ktoré pacientovi pomôžu samostatne sa najesť. V prípade tekutín, ak pacient nie je schopný piť z pohára použijeme slamky a ponúkame tekutiny týmto spôsobom. Vhodné prostredie v jedálni tiež stimuluje pacienta k dosiahnutiu uspokojenia.

Šiesty subsystém je **subsystém úspechu** sa sústreďuje na kontrolu nad sebou a svojím správaním, na kontrolu prostredia, dosiahnuť zdokonalenie, zlepšenie, vytvárať intelektové, fyzické a sociálne zručnosti (Archalousová, 2003). Pacient s Alzheimerovou demenciou má poruchu kognitívnych funkcií, subsystém úspechu sa sústreďuje na úspech a zdokonaľovanie, ktorý pacient dokáže dosiahnuť pri aktivitách denného života, úspech v orientácii, úspech v stravovaní, obliekaní a obúvaní, úspech v komunikácii. Pri požiadavkách ochrany sestra zabezpečí prevenciu nepredvídaných udalostí, vyberá vhodné činnosti, ktoré je pacient schopný zvládnuť, zapája pacienta do aktivít. Pri požiadavkách podpory sa sestra sústreďuje na podporu činností, ktoré pacient vykonáva v aktivitách denného života, vedie pacienta k samostatnosti a nezávislosti, podporuje pacienta v záujmových činnostiach, ktoré pacient má rád, za každý nepatrný úspech pacienta pochváli, neúspech nepripomína. Pri požiadavkách stimulácie sa sestra zameriava na zdokonalenie, zlepšenie kognitívnych funkcií, orientácie a záujmových činnosti a aktivít denného života, pomocou ergoterapeuta a iných činností.

Siedmy subsystém je **subsystém sexuálny**, ktorý sa zameriava na plnenie očakávaní v sexuálnej oblasti, uspokojovanie biologických a sociálnych faktorov ovplyvňujúci adekvátne sexuálne správanie (Archalousová, 2003). Je zameraný na sexuálne uspokojenie a záujem o iné osoby, prežívanie a pudy, pohlavné rozdiely v sexuálnom správaní (Pavlíková, 2006). Vplyvom kognitívnych zmien u pacienta s Alzheimerovou demenciou nedochádza k nezáujmu o sexuálne potreby, práve naopak domáha sa ich ešte častejšie ako pred ochorením. U pacienta dochádza k zmenám úsudku a vnímania sexu, z čoho pramení aj zmenené správanie. Často krát dochádza zo strany pacienta k neprimeraným požiadavkám v sexuálnej oblasti, ktoré zaskočia rodinu a zdravotnícky personál. Pri požiadavkách ochrany sestra zabezpečuje hygienickú starostlivosť, snaží sa o minimalizovanie nosenia jedno razových plienok, pacient musí byť vždy v kolektíve pod dozorom a vždy zamestnaný vhodnou činnosťou. Pri požiadavkách podpory sestry zabezpečí návštevy manželky (partnerky), podporuje pacienta začlenenie do kolektívu, kde sa nachádza aj opačné pohlavie, pokiaľ sa pacient domáha uspokojenia sexuálnej potreby, využíva validačnú terapiu. Pri požiadavkách stimulácie využíva alternatívne spôsoby sexuálneho uspokojenia, pri ktorých môže využiť objatie, dotyk, hladkanie a relaxačnú hudbu. Prípadne môže využiť bazálnu stimuláciu, a to upokojujúci kúpeľ.

Osmy subsystém je **subsystém odpočinku** sa zaoberá správaním, odstránením únavy, dosiahnutie stavu rovnováhy znovu získaním a doplnením energie (Koňošová, 2005). Pacient s Alzheimerovou demenciou máva často vymenený deň za noc, cez deň pospáva a v noci blúdi. Úlohou sestry je vždy rozvrhnúť aktivity počas celého dňa, s dostatkom odpočinku a spánok sústrediť na noc. Pri požiadavkách ochrany sestra zabezpečí dostatok spánku, v noci na izbe pacienta vhodné osvetlenie, aby sa mohol po prebudení zorientovať, v prípade potreby zabezpečí dozor a doprovod na WC. Pri požiadavkách podpory sestra zabezpečí vhodné prostredie na spánok, pacient je osprchovaný, izba je vyvetraná, posteľ spĺňa požiadavky pacienta, počas dňa má pacient primerané aktivity, aby sa večer cítil unavený a mal potrebu spánku. Sestra dohliadne aj na tekutiny, ktoré by mohli narušiť plynulý spánok ako je neskoré pitie kávy, prípadne iných energetických nápojov. Pri požiadavkách stimulácie sestra aktivizuje pacienta počas celého dňa,

vhodnými aktivita zamestnáva pacienta, zapája do aktivít denného života, všetky činnosti rozdelí rovnomerne a strieda s odpočinkom. Veľmi vhodné sú prechádzky.

Všetky subsystémy spolu navzájom súvisia a akákoľvek zmena jedného systému ovplyvňuje ostatné subsystémy. Vzájomné vzťahy medzi subsystémami sú kontrolované biologickými, fyziologickými, psychologickými a sociokultúrnymi mechanizmami (Pavlíková, 2006). Narušenie rovnováhy subsystémov môže vyvolať stres, ktorý zmení pacientove správanie. Cieľom ošetrovateľskej starostlivosti je zmena v zmysle obnovenia rovnováhy prostredníctvom redukcie stresorov a podpory obranných mechanizmov pacienta. Sestra môže využiť mnohé regulačné mechanizmy, ktoré eliminujú problémové správanie pacienta (Dlugošová, Tkáčová, 2011). Pavlíková (2006) uvádza, že sesterské intervencie sú zamerané na využitie vonkajších regulačných mechanizmov, na zmeny v štrukturálnych jednotkách organizmu, na plnenie funkčných potrieb a na pomoc pri regulácii subsystémov. Archalousová (2003) uvádza, že cieľom ošetrovateľskej starostlivosti je zmena smerom k opätovnej rovnováhe, redukcia stresorov a podpora obranných schopností pacienta. Johnson analyzuje a hodnotí poskytovanie ošetrovateľskej praxe v štyroch krokoch. Prvý krok je stanovenie problému, druhý krok je diagnostická klasifikácia problémov, tretí krok je riadenie ošetrovateľského problému a štvrtý krok je hodnotenie správania systému pri dosahovaní rovnováhy a stability (Matulníková, 2011).

Záver

Behaviorálny systémový model Johnson je prakticky použiteľný u pacientov, u ktorých je zdravotný problém zameraný na zmenu správania, u ktorých chceme zmeniť doterajšie správanie. Je to u pacientov drogovo závislých, pacientov s poruchou príjmu potravy a pacientov s demenciou. Model je zameraný prioritne na interakciu s prostredím, menej na oblasť fyzického zdravia (Pavlíková, 2006). Použitie modelu v ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov s narušeným fyzickým zdravím je problematické (Koňošová, 2005). Uvedený model sa vždy orientuje na chorého pacienta, nie je možné ho využiť u zdravého pacienta (Matulníková, 2011).

Literatura

ARCHALOUSOVÁ, A. (2003). *Přehled vybraných ošetřovatelských modelů*. 1. vyd. Nucleus HK 2003. s.104. ISBN 80-86225-33-X.

DLUGOŠOVÁ, A, TKÁČOVÁ, L. (2011). *Ošetřovatelský proces podle modelu Johnsonové.* In Sestra, 2011, roč. 21, č. 10, s. 58-62, ISSN 1210-0404.

KOŇOŠOVÁ, H. (2005). *Behaviorálny systémový model ošetrovateľskej starostlivosti*. In: FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Ošetrovateľstvo teória*. Osveta Martin. 2005, s.216, ISBN 80-8063-182-4.

MATULNÍKOVÁ, L. (2011). *Model behaviorálneho systému Dorothy E. Johnsonovej*. In. Botiková.A. *Manuál pre mentorky v ošetrovateľstve*. 2 vyd. Vyd. Typi Universitatis Tyrnaviensis Trnava, 2011, s.287, ISBN 978-80-8082-501-0.

PAULÍKOVÁ, S. (2006). *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha, Grada publishing 2006, s.150, ISBN 80-247-1211-3.

Kontaktní adresa
PhDr. Jana Martinková
Katedra ošetrovateľstva
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce
Trnavská univerzita
Univerzitné námestie 1
918 43 Trnava
Slovenská republika
Email: jana.martinkova@truni.sk

BAREVNÉ DNY S DOBROVOLNÍKY VE FNM

Jana Blažková, Jana Hurdová
Dobrovolnické centrum FN v Motole

Souhrn:
Autorky příspěvku představují dobrovolnický program ve FN v Motole, možnosti dobrovolnických aktivit v nemocnici a praktický průběh dobrovolnické činnosti.

***Klíčová slova**: Dobrovolník; Zooterapie; Canisterapie*

Úvod

Dobrovolníci do motolské nemocnice docházejí již 13. rokem (od roku 1999) a v tomto ohledu se FN v Motole stala první nemocnicí v ČR. Dobrovolnický program byl nejprve pod záštitou neziskové organizace, ale v roce 2004 přešel přímo „do péče" nemocnice. Díky své historii a tradici je dnes FN v Motole nemocnicí s největším počtem docházejících dobrovolníků v ČR.
Dobrovolnické centrum FN v Motole si dává za cíl především zkvalitnění dobrovolnické činnosti v nemocnici a oporu dobrovolníkům. Proto zajišťuje výběr, proškolení a další vzdělávání dobrovolníkům, jejich evidenci, organizaci jednorázových akcí, spolupráci se zdravotnickým personálem nebo zázemí dobrovolníkům. V současné době má DC 4 pracovníky – manažerku dobrovolnického programu, koordinátorku dobrovolníků, koordinátorku pro zooterapii a canisterapii a koordinátorku jednorázových akcí, finanční a projektovou manažerku.
„Posláním dobrovolnického programu je vnášet do nemocnice více lidského kontaktu, posilovat duševní pohodu pacienta a jeho postoj k aktivní spolupráci na uzdravení. Dobrovolník přicházející „ze zdravého světa" může pomoci překlenout náročné chvíle v nemocnici a ve vzájemné spolupráci se zdravotnickým personálem přispívat k lepšímu průběhu a efektu léčby." (Dohnalová, Vejdělková, 2009, s. 1)

Text

Pro docházení do motolské nemocnice si dobrovolníci mohou vybrat ze dvou možností – nárazové dobrovolnictví a pravidelné dobrovolnictví. To se týká dobrovolníků individuálních i zooterapeutických či canisterapeutických. Výběr typu docházení závisí na volbě samotného dobrovolníka, ale také na doporučení koordinátorky dobrovolníků na základě úvodního pohovoru se zájemcem.
Nárazoví dobrovolníci pomáhají nepravidelně, a to především na jednorázových akcích, které organizuje Dobrovolnické centrum. Tito dobrovolníci jsou pravidelně informováni o plánu akcí a následně se podle jejich časových možností zúčastní konkrétní akce. Dobrovolníci zde pomáhají s přípravou prostor, ale především s doprovody pacientů na místo konání, kde se jim také v rámci programu věnují. Akce mohou být různého typu – vystoupení (divadelní, hudební, taneční) či tvořivé činnosti (výroba z korálků, malování na sklo, „barevná nemocnice"). Tyto programy organizuje DC pro děti a rodiče na dětské lůžkové části a pro dospělé pacienty v Centru následné péče, a to alespoň dvakrát do měsíce. Na jednorázových akcích vždy pomáhá skupina (cca 6 – 8) dobrovolníků najednou. Nárazovým dobrovolníkem se může stát zájemce, který dosáhl minimálně 15 let věku.
Pravidelným dobrovolníkem se může stát jedině dospělá osoba, která splňuje požadavky a podmínky Dobrovolnického centra, respektive koordinátorky dobrovolníků. Takový zájemce poté absolvuje v DC celodenní školení, na kterém se dozví podrobné informace o

nemocnici a jednotlivých odděleních, o bezpečnosti a ochraně zdraví i bezpečném průběhu dobrovolnické činnosti, základních principech a pravidlech docházení apod. Po takovém školení se DC ještě rozhoduje o doporučení každého zájemce na pravidelné docházení. Po úspěšném absolvování školení je každý dobrovolník uveden na konkrétní oddělení, kde je dále představen kontaktní osobě (zástupci personálu) a seznámen se specifiky daného prostředí. Nadále už pravidelný dobrovolník dochází sám na domluvené oddělení jednou týdně ve stanovený den a čas. Každé oddělení je Dobrovolnickým centrem seznámeno s náplní činnosti dobrovolníků a informováno o „rozvrhu" docházení jednotlivých dobrovolníků pro snadnou kontrolu a především pro bezpečnost programu. Všichni pravidelní dobrovolníci mají povinnost pohybovat se v prostoru řádně označeni žlutým tričkem nebo vestou a osobní visačkou se jménem a fotografií dotyčného.

V současné době pravidelně docházejí dobrovolníci na 10 dětských odděleních, 3 dospělých odděleních a dále do Centra následné péče. U dětských pacientů s dobrovolníky probíhají především herní aktivity. Na každém oddělení mají zamykatelné skříňky vybavené různými pomůckami (výtvarné potřeby, korálky, modelíny, společenské hry apod.), které mohou využít podle zájmu a potřeb pacientů. Na dospělých odděleních fungují dobrovolníci jako společníci, kteří si s pacienty povídají, popřípadě hrají společenské hry nebo předčítají. Na spinální jednotce mohou být dobrovolníci proškoleni také v lehkých masážích pomocí metody míčkování, což přispívá k relaxaci pacientů po náročných rehabilitacích. V Centru následné péče docházejí dobrovolníci individuálně za konkrétními vybranými pacienty, nebo zde organizují pravidelné odpolední kroužky (kroužek zpívání, výtvarná dílna, tance v sedě, trénování paměti).

Další možností jak se zapojit do dobrovolnického programu je zooterapie. Probíhá zde canisterapie a zooterapie s drobnými zvířátky. Cílem je především odpoutání pacientů od prostředí nemocnice, od myšlenek na svoji nemoc, přinášet do nemocnice radost, pozvednutí nálady.

Podmínky canisterapie jsou stanoveny ve směrnici pro canisterapii ve FN v Motole. Pro dobrovolníky se psem platí stejné podmínky jako pro dobrovolníky bez psů (úvodní pohovor, školení atd.). Pes musí mít radost z kontaktu s lidmi, dále základní poslušnost a dobrý zdravotní stav (např. pravidelné očkování, odčervení) jsou samozřejmostí. Dobrovolníci se psy docházejí za dětskými nebo dospělými pacienty. Z dětských klinik se jedná o kliniky dětské neurologie, neurochirurgie, psychiatrie, za dospělými pacienty docházejí do Centra následné péče. Každé oddělení má svá specifika průběhu canisterapie. U dětí probíhá převážně skupinová canisterapie – skupina max. 6 – 8 dětí. Jak taková canisterapie probíhá? Např. děti se učí různé povely, dozvídají se, jak se ke psům chovat, hrají si se psem, nebo ho hladí, češou hřebenem, luští kvízy, apod. Pro účast dítěte na canisterapii je důležitý souhlasit lékaře a zákonného zástupce dítěte. Canisterapie probíhá v prostorách 8. patra dětských klinik, přímo na oddělení mají pejsci vstup povolen pouze u dětských pacientů na psychiatrické klinice.

Do Centra následné péče mohou dobrovolníci se psy docházet přímo na pokoje, přistupují k lůžku pacienta. Ti mohou pejska pohladit, odměnit ho pamlskem, dále se mohou podívat na různé triky, co pejsek umí.

Psí dny pořádáme 1x za měsíc střídavě pro dětské nebo dospělé pacienty. To do nemocnice přichází více dobrovolníků se psy. Dětští pacienti plní různé úkoly u jednotlivých psů nebo se zapojují do doprovodného programu jako je malování triček se psí tématikou. Dospělí pacienti pak mají oblíbená „divadélka" se psy, kdy každý pes ukazuje co umí.

V zooterapii s drobnými zvířátky využíváme především strašilky a africké šneky. Pacienti zvířátka pozorují, dozvídají se informace o přírodě. Odvážnější si mohou vzít strašilku do

ruky, nebo pak pozorovat např. šnečí závody. Využití těchto zvířátek má převážně vzdělávací význam.
Každý rok pořádáme celostátní konferenci o zooterapii ve zdravotnických zařízeních, kde si vyměňujeme zkušenosti s odborníky v této oblasti.
Dobrovolníci tuto činnost samozřejmě vykonávají ve svém volném čase zadarmo, ale DC se je snaží podporovat, oceňovat a hlavně motivovat například možnostmi dalšího vzdělávání (odborné semináře), zajišťováním volných lístků do divadel, odbornou knihovnou či pravidelnými supervizemi.

Závěr

Výhodou přítomnosti dobrovolníků v nemocnici je, že „se (na rozdíl od zdravotnického personálu) nemusí zajímat a starat o nemoc a o to, co pacient nemůže, ale orientuje se na to, co je zdravé a co pacient i přes svou nemoc může. Dobrovolník se orientuje na lidský kontakt, jinak řečeno „stará se o člověka ne o pacienta." Dobrovolník nenahrazuje práci odborného personálu, ale na úrovni svých možností a schopností ji vhodně podporuje a doplňuje." (Dohnalová, Vejdělková, 2009, s. 4)
Jak napsala v dopisu lékařka dřívější LDN: „Pro několik mých pacientů se vaši dobrovolníci stali jediným kontaktem se světem vně nemocnice…", nebo také maminka malé pacientky v e-mailu: „Měla jsem tu šanci se s mou dvacetiměsíční dcerkou zúčastnit odpoledne s canisterapeutickými pejsky a bylo to skvělé. Poprvé za pobyt v nemocnici jsem viděla dcerku se smát…". Pro doplnění na závěr také z dopisu lékařky a staniční sestry Centra následné péče: „Dobrovolníci se svým pravidelným docházením podílí na zlepšení psychiky především osamělých nemocných, což je důležitým předpokladem pro na práci – péči o jejich ‚tělesnou schránku'… Jsou to chvíle, které mnohým nemocným zajišťují kontakt s jejich dřívějšími oblíbenými aktivitami a tvoří vítané stimuly v rutině každodenní ošetřovatelské péče."

Literatura

DOHNALOVÁ, R. VEJDĚLKOVÁ, R. (2009) *Dobrovolnictví ve Fakultní nemocnici v Motole,* 1. vyd. Praha: Dobrovolnické centrum FN v Motole, 2009, 12 s. ISBN 978-80-254-5150-2

Kontaktní adresa

Dobrovolnické centrum FN v Motole
V Úvalu 84
150 06 Praha 5
Email: dobrovolnik@fnmotol.cz
Web: www.dcmotol.cz

ANI V NEMOCNICI NEJDE JEN O TĚLO...

Vítězslav Vurst
Nemocniční kaplan Fakultní nemocnice Motol

Souhrn:
Dnes se stále častěji hovoří o tzv. bio-psychosociálně-spirituálním vnímání člověka a jeho potřeb. Co však rozumět pod pojmem „spirituální potřeba“? S tělesnými a sociálními otázkami si v nemocnicích obyčejně víme rady. O jedny se stará personál, o druhé návštěvy. Co ale s potřebami spirituálními – duchovními?

Klíčová slova: *Spirituální péče; Spirituální potřeba; Bio-psychosociálně-spirituální vnímání*

Jak rozumět a hlavně naplnit to, co nazýváme duchovními potřebami?
Ve většině nemocnic je pacient při přijímacím rozhovoru nějakou formou dotázán, zda si přeje návštěvu duchovního. Jakou reakci v dotázaném vyvoláme? Pokud bychom se o to skutečně následně zajímali, zjistili bychom, že většina dotazovaných položené otázce správně nerozumí, protože jí správně nerozumí ani ten, kdo ji klade. Otázka vyvolá ve většině nastupujících pacientů celou řadu, vesměs negativních asociací, z nichž jedna může mít podobu v otázce „a to je to se mnou tak špatné?“ – a to rozhodně není dobrá myšlenka pro následující léčbu.

Podle prohlášení WHO *„spirituální aspekty péče o pacienty jsou takové stránky lidského života, které se nějakým způsobem vztahují k zážitkům, přesahují smyslový fenomén. Nejsou stejné jako náboženské prožitky, ačkoliv pro mnoho lidí je náboženství projevem jejich spirituality. Na spirituální rozměr lidského života můžeme nahlížet jako na něco, co propojuje fyzické, psychologické a sociální složky života jednotlivce. Často se spiritualita chápe jako zabývání se smyslem a účelem života a pro lidi na sklonku života je běžně spojována s potřebou odpuštění, usmíření a potvrzením jejich hodnoty a užitečnosti.“ (World Health Organisation Statemet 1990)*

Nemocniční kaplan není jen pro náboženské úkony („svátosti“). Působím čtvrtým rokem jako nemocniční kaplan na Spinálním odd. FNM a docházím i na jiná oddělení. I když mé rozhovory začínají obvykle u „běžných“ témat týkající se života, zdraví a nemoci, ve většině případů se brzy otevřou témata strachu, obav, nejisté budoucnosti, ztráta důstojnosti, obavy ze změny vztahů, pocit viny (ať ve vztahu k jiným nebo sobě), atd… Téměř ve všech případech jsou tato témata totožná s tím, co prožívá nejbližší okolí pacienta. Ve většině případů se však pacient o svých obavách před blízkými bojí hovořit. Důvodem bývá v mnoha případech snaha své blízké „ochránit“, neztěžovat jim situaci, ale i potřeba „být statečný“, atd… S podobnými pocity přichází v mnoha případech i lidé z nejbližšího pacientova okolí. V dobré snaze nezraňovat a povzbuzovat, zaslechneme nejednou věty typu: *„musíš být silný“, „ty to zvládneš…“, „je to v pohodě“,* atd… Jednu z výzev, kterou před sebou v takových situacích vnímám je v otevření prostoru pro vzájemné sdílení svých obav, pocitů, ale i pro společné hledání nového „zakotvení“, možná také nových hodnot v nové budoucnosti. Nejednou je to vše možné až po vzájemném znovuotevření minulosti a prožití skutečného odpuštění. Navzdory bolesti a těžkosti situace, může být pobyt v nemocnici výzvou ke změně hodnot, postojů a vztahů.

Jedna za bývalých pacientek onkologického odd. později napsala: *„Lékaři, jakkoli si jejich práce vážím, vám nalinkují všemožnou více či méně drastickou léčbu, která jde za obrovským cílem a tím je zachování života těla. S dopady, které léčba má na psychiku člověka, už se tolik netrápí. To už je na člověku samotném. A asi je to tak správně. Když se potom u Vašeho nemocničního lůžka ocitne někdo, kdo se nejenže začne dívat na dopady léčby na duši, která je s tělem spjatá, ale ještě se za Vámi ponoří na to dno, kam jste dopadli, lze na to pohlížet jen s nesmírnou vděčností.“ (*Jana Kitzbergerová)

Nemocniční kaplan není jen pro „věřící“. Snad nejlépe to vyjádří samotní pacienti:
„Setkání s nemocničním kaplanem bylo pro mě nezapomenutelné a obohacující, ačkoliv jsem nevěřící. Ležela jsem v nemocnici se zlomenou páteří. Bolest jsem cítila nejen na těle , ale i na duši. Nemocniční kaplan mě psychicky posílil, přivedl na pozitivnější myšlenky a opravdu mi pomohl! Od té doby si nemocničních kaplanů vážím a obdivuji je. Je to velice těžká, ovšem nesmírně záslužná a potřebná práce. Neměli by chybět v žádné nemocnici! Protože pacient nemá nemocné jen tělo, ale často i duši. (Michaela Jílková, herečka, moderátorka)
„Setkání s nemocničním kaplanem ve mě v první okamžik vyvolalo rozpaky (jako v nevěřícím člověku), ale hned posléze se rozpaky rozplynuly a začala jsem cítit psychickou úlevu a příjemný pocit, že mám v nemocnici "lidského spojence".“ Jana Filgasová

Nemocniční kaplan není pouze pro pacienty. Vznikne-li prostor důvěry, může se stát podporou i pro personál oddělení. Přichází z venku, přesto je však součástí týmu. I členové personálu jsou lidé se svými starostmi a bolestmi. Najdou-li v něm empatického člověka, mohou se nejen sdílet, ale také ve vzájemném rozhovoru hledat nové možnosti v osobních, ale nejednou i v pracovních záležitostech.

Nemocniční kaplan by měl být v každé nemocnici, ve které jeho vedení nejde jen o uzdravení těla.
Jedna bývalá pacientka Spinálního odd. FNM popsala později své potřeby a očekávání ve vztahu k nemocničnímu kaplanovi takto: *„Nevím v jaké fázi obvykle duchovní přicházejí k pacientům. Zda se primárně (tedy to zcela zajisté) léčí tělo, pak teprve přichází na řadu duše. Nevím, zda tu máte pro to daná nějaká pravidla. Zda musí existovat nějaká časová proluka mezi prvotní záchranou těla, částečným tělesným zotavením a pak léčbou duše? Alespoň já si pod pojmem duchovní služba představuji duchovní léčbu, tedy léčbu duše...srdce... Všeho toho, co je neuchopitelné... všechno to co je uvnitř nás a co se v nás zmateně zmítá, křičí, pláče... a zoufale naráží v opakující se křeči o všechno kolem... O zdi, pohledy lidí, doteky, změť nesrozumitelných slov (prvních informací o stavu věci)... o všechno to prázdno, co se najednou rozlije všude kolem nás a snaží se nás pohltit, strávit zvenčí i zevnitř. Pojíst nás k snídani, k obědu i večeři. Měli byste přicházet s prvním otevřením očí. Možná v závěsu za lékařem, který sype z rukávu všechna ta vznešená slova diagnozy. Možná být u toho. Sáhnout rukou do toho víru strachu, co se kolem nás roztočí a vytáhnout nás znovu nad hladinu a donutit nás se nadechnout a zklidnit srdce, dech... Možná byste měli přicházet před lékařem. V podstatě jediné, co chceme je porozumění, sílu...,víru a naději...“ (Eva Č)*

Na závěr několik otázek:
Nabízíme-li v naší nemocnici spirituální péči, myslíme tím na skutečné spirituální potřeby pacientů? Působí v naší nemocnici člověk, popř. lidé, kteří pro poskytování spirituální péče mají odpovídající vzdělání, rozumí skutečnému obsahu tohoto slova a dovedou s pacienty navázat na toto téma rozhovor? Školíme zdravotní personál k tomu, aby dokázal rozpoznat existenci spirituálních potřeb, dokázal na ně vhodně reagovat, popřípadě zprostředkoval rozhovor s duchovním?

Kontaktní adresa
Vítězslav Vurst, B. Th.
poskytovatel spirituální péče
Fakultní nemocnice v Motole
V Úvalu 84
15006 Praha 5
www.nemocnicikaplan.cz

V PROGRAME ERAZMUS SPOLU VZDELÁVAME SESTRY V EURÓPE

Jozefína Mesárošová
Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva,
Katedra ošetrovateľstva

Súhrn:
Príspevok je zameraný na hodnotenie prínosu programu LLP Erasmus vo vzdelávaní sestier v pregraduálnom stupni po praktickej aj teoretickej stránke. Poukazuje na benefity poznávania z odborného pohľadu a možností vzájomnej spolupráce univerzít navzájom a univerzít s odbornými pracoviskami.

Kľúčové slová: *Vzdelávanie; Programy EÚ; LLP Erasmus; Mobilita; Stáž; Podpora nadnárodného vzdelávania; Sestra;*

Úvod

Erasmus je vlajkovou loďou programu Európskej únie v oblasti vzdelávania a odbornej prípravy zameraný na mobility a spoluprácu vo vysokoškolskom vzdelávaní v Európe. Program je určený pre:

- študentov – štúdium a stáže v zahraničí;
- vysokoškolských pedagógov a zamestnancov z podnikov – výučba v zahraničí;
- vysokoškolských pracovníkov – školenia v zahraničí.

Program Erazmus vznikol v roku 1987 a na základe neho vycestovalo už viac ako 3 milióny študentov na študijný pobyt alebo stáž do zahraničia.

Vlastný text

Program LLP/Erasmus je program Európskej únie na podporu projektov v oblasti vzdelávania a vedy. Jeho podprogram Erasmus je zameraný na oblasť vysokoškolského vzdelávania. V rámci programu Erasmus môžu univerzity získať od Európskej komisie ako výkonného orgánu EÚ, finančnú podporu na svoje aktivity európskej spolupráce. Kontaktné miesto pre program na Slovensku je Slovenská akademická asociácia pre medzinárodnú spoluprácu SAAIC (Slovak Academic Association for International Cooperation), ktorej časťou je Národná agentúra LLP/Erasmus.
V súčasnosti má UKF v Nitre podpísaných 48 bilaterálnych dohôd o spolupráci a 106 dohôd s európskymi vysokoškolskými inštitúciami v rámci programu celoživotného vzdelávania, podprogramu Erasmus.
Na základe podkladov akčného programu pre celoživotné vzdelávanie (LLP Erazmus) sa pre stáže študentov vypracovávajú zmluvy individuálne medzi stážistom (študentom) a organizáciou poskytujúcou stáž na základe súhlasného stanoviska prijímajúcej organizácie.
Tieto dohody umožňujú realizovať mobility ako študijné pobyty alebo stáže študentov a pedagógov na partnerských univerzitách a v organizáciách podľa článku 2 ods. 10 písm. a, b Rozhodnutia európskeho parlamentu a rady č. 1720/2006/ES z 15. novembra 2006, ktorým sa ustanovuje akčný program v oblasti celoživotného vzdelávania.
Hlavným cieľom Programu celoživotného vzdelávania (LLP Erazmus) je prispieť k rozvoju Európskeho spoločenstva ako vyspelej znalostnej spoločnosti s trvalo udržateľným hospodárskym rozvojom, vyšším počtom a vyššou kvalitou pracovných miest, ako aj sociálnou súdržnosťou pri súčasnom zabezpečení kvalitnej ochrany životného prostredia pre budúce generácie. Je zameraný najmä na rozvoj výmeny, spolupráce a mobility medzi

systémami vzdelávania a odbornej prípravy v rámci Európskeho spoločenstva tak, aby sa stali svetovým štandardom kvality.
UKF bola v januári 2002 prijatá za člena Asociácie európskych univerzít (EUA), ktorá sa zameriava na vytvorenie európskeho priestoru pre vysokoškolské vzdelávanie a výskum. Členstvo UKF v ďalších medzinárodných organizáciách – AUN, CEI, CIRCEOS, COPERNICUS, EEUN, Magna Charta Universitatum a Welcomeurope prináša UKF možnosť oboznámiť sa s pohľadmi, názormi a odporúčaniami pri riešení problémov členských univerzít a umožňuje získať cenné poznatky o najnovších trendoch vo vysokoškolskom vzdelávaní. Od roku 2002 je UKF tiež členom Podunajskej rektorskej konferencie, ktorej hlavným cieľom je zvyšovanie úrovne vysokoškolského vzdelávania na členských univerzitách podporovaním rozvíjania dvojstranných a mnohostranných kontaktov.
Pre roky 2007–2013 získala UKF od Európskej komisie „rozšírený", tzv. Extended Erasmus University Charter (EUC), ktorý oprávňuje vysokoškolskú inštitúciu realizovať všetky typy aktivít programu Erasmus vrátane pracovných stáží študentov.
Katedra ošetrovateľstva FSVaZ UKF v Nitre sa zapojila do aktivít univerzity v oblasti medzinárodnej spolupráce krátko po jej vzniku v roku 2002. Od roku 2005 komunikuje so zahraničnými univerzitami a odbornými pracoviskami o možnosti obsadiť študentov do programov nadnárodného vzdelávania sestier. Toto smerovanie a obohacovanie štúdia vyplýva z niekoľkých výziev, ktorým sa pracovníci postavili so snahou zatraktívniť štúdium odboru ošetrovateľstvo a hlavne prácu sestry v nadnárodnom ponímaní. K tomu nás viedli základné dokumenty vo oblasti vysokoškolského vzdelávania (napr. Boloňská deklarácia) a dokumenty, ktoré určujú, že povolanie sestry je regulovaným povolaním a je možné ho vykonávať bez bariér (okrem jazykových) na celom území Európskej únie a pridružených krajín. Okrem týchto bola pre nás určujúca línia vzdelávania sestier v kontexte požiadaviek Európskej únie, ktoré sme prechodom na vysokoškolské vzdelávanie akceptovali. Podobný trend zaujali aj krajiny, ktoré nám boli blízke a dokonca nebola problémom ani jazyková bariéra.

Oslovením niekoľkých organizácií sme v akademickom roku 2006/7 zrealizovali prvé stáže, vtedy ešte pod hlavičkou programu Leonardo da Vinci – študentské stáže. Medzi organizáciami, ktoré prijali najviac študentov bola aj Fakultná nemocnica v pražskom Motole. Týmto aktom sa rozbehla úspešná spolupráca Katedry ošetrovateľstva a Fakultnej nemocnice, ktorú môžeme považovať za príklad dobrej praxe.

V tomto a v ďalších akademických rokoch sa úspešných stáží zúčastnilo už 11 študentov, ktorým sa s plnou zodpovednosťou venovali zdravotnícki a pedagogickí pracovníci nemocnice, osobne menujem aspoň Mgr. Janu Novákovú, Mgr. Mariu Vlachovú a v neposlednom rade ostatných pracovníkov, tiež vrchné, staničné sestry, sestry a mentorky kliník a oddelení, na ktorých sa stáže realizovali – Interná klinika, Kardiológia, Metabolická jednotka, Detské kardiocentrum, Novorodenecké oddelenie a JIP a ARO.

Počas stáží, ktoré Fakultná nemocnica poskytuje lege artis na základe zmluvy medzi študentom a nemocnicou a na základe dokumentov Európskej únie v programe LLP Erazmus, získavajú študenti poznatky, skúsenosti, zručnosti a osvojujú si postoje k pacientom, ktorí sú ošetrovaní na vysokošpecializovaných pracoviskách, ktoré nie je možné získať na domácej pôde alebo je medzi nimi rozdiel v prístrojovej či inej materiálnej technike a vybavení. Študenti tiež oceňujú, že v rámci tohto programu stáží si rozširujú pohľad na realizáciu a dokumentáciu metódy ošetrovateľského procesu v klinickej praxi. Prax na vysokošpecializovaných pracoviskách im umožňuje

zdokonaľovať komunikáciu v multiodborovom tíme, získavajú pohľad na prácu v prostredí, v ktorom môže vzniknúť aj jazykový problém pri komunikácii s pacientom a pripraviť sa tak na vlastnú možnú prax v multikultúrnom ošetrovateľstve. Tým sa FN stáva naším partnerom v napĺňaní niekoľkých z cieľov programu LLP Erazmus - zvýšiť mieru transparentnosti a súladu medzi kvalifikáciami získanými v Európe v rámci vysokoškolského vzdelávania a vyššieho odborného vzdelávania, či zlepšiť kvalitu a zvýšiť objem spolupráce medzi inštitúciami vysokoškolského vzdelávania a podnikmi.

Cieľom programu sú tiež kultúrne a sociálne aspekty mobility Erasmus (spoznávanie krajín a ich kultúr, zdokonaľovanie sa v cudzích jazykoch, posúvanie vlastných hraníc v zmysle väčšej samostatnosti a zodpovednosti študenta), ktoré sú akousi pridanou hodnotou a odmenou) a zároveň silným motivačným činiteľom účastníkov mobilít. V týchto intenciách umožňuje Fakultná nemocnica v Motole študentom aj mimopracovné aktivity počas pobytu. Poskytuje im časový priestor pre poznanie Prahy a jej okolia, kultúrne a spoločenské hodnoty krajiny, pričom môžu využiť benefity, napr. v možnosti ubytovania v ubytovacích zariadeniach FN.

Záver

Rozhodnutie európskeho parlamentu a rady č. 1720/2006/ES, ktorým sa ustanovuje akčný program v oblasti celoživotného vzdelávania uvádza, že tieto programy „sú reakciou na zvýšenú potrebu vedomostí a dialógu o európskom integračnom procese a jeho vývoji a je potrebné stimulovať excelentnosť výučby, výskumu a reflexie v tejto oblasti podporovaním inštitúcií vysokoškolského vzdelávania“, ktoré sa špecializujú na štúdium v oblasti európskeho integračného procesu, európskych združení v oblastiach vzdelávania a odbornej prípravy a organizácií a pracovísk, ktoré na svojej pôde túto možnosť študentom poskytujú.

Od akademického roku 2014/2015 by Erasmus program mal pokračovať ďalej v novej forme a pod novým názvom. Nový návrh EÚ pre program Erasmus chce zvýšiť účelnosť a posilniť celoživotné vzdelávanie prostredníctvom prepojenia formálneho (Program celoživotného vzdelávania) a neformálneho vzdelávania (Mládež v akcii). „Erasmus for All“ - ako by sa nový názov mal volať – má byť tvorený tromi piliermi podľa oblastí, na ktoré bude z neho možné získať finančnú podporu: mobilita vo (formálnom aj neformálnom) vzdelávaní pre jednotlivca, spolupráce inštitúcií s cieľom prenášať inovácie a dobrú prax, podpora reforiem v oblasti vzdelávacích politík.

My sme týmto trendom povzbudení a sme presvedčení, že sa nám ďalej v tomto programe podarí rozvíjať príklad dobrej praxe nadnárodnej prípravy budúcich sestier s mnohými pracoviskami, medzi ktorými nebude chýbať ani fakultná nemocnica v Motole.

Literatúra

BÚTOROVÁ, K. (2012). Oslavujeme 25 rokov programu LLP /ERASMU S v Európe. *In Náš čas*, 2012, č. 6 – 7. [cit. 2012-07-31]. Dostupné na internete <http://www.ukf.sk/dokumenty/ouniverzite/nascas/NasCas_2012_6_7.pdf >

Čo je program Erasmus? 2006. [cit. 2012-07-10]. Dostupné na internete <http://web.saaic.sk/llp/sk/_main.cfm?obsah=m_uvodna_stranka.htm&sw_prog=3>

Rozhodnutie európskeho parlamentu a rady č. 1720/2006/ES, ktorým sa ustanovuje akčný program v oblasti celoživotného vzdelávania. 2006. [cit. 2012-07-10]. Dostupné na internete <http://eur-<lex.europa.eu/LexUriServ/site/sk/oj/2006/l_327/l_32720061124sk00450068.pdf>

Kontaktná adresa
PhDr. Jozefína Mesárošová, PhD.
Katedra ošetrovateľstva FSVaZ UKF
Kraskova 1
949 74 Nitra
Slovenská republika

ŠPECIALIZAČNÉ ŠTÚDIUM V OŠETROVATEĽSTVE AKO SÚČASŤ CELOŽIVOTNÉHO VZDELÁVANIA

Miroslava Líšková
Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva

Souhrn:
Celoživotné vzdelávanie v ošetrovateľstve je definované ako sústavné vzdelávanie, ktoré sa riadi smernicami Európskej únie, transformované v jednotlivých členských štátoch, ako nástroj neustáleho zlepšovania ošetrovateľskej starostlivosti a prevencie potenciálneho poškodenia zdravia pacienta. Špecializačným štúdiom v akreditovanom špecializačnom študijnom programe sa rozširujú vedomosti a zručnosti získané štúdiom a odbornou praxou. Príspevok pojednáva o špecializačnom štúdiu v šetrovateľstve na Fakulte sociálnych vied a zdravotníctva UKF v Nitre

Klíčová slova: *Špecializačné štúdium; Ošetrovateľstvo; Celoživotné vzdelávanie; Sestra*

Úvod

V takzvaných pomáhajúcich profesiách je vzdelávanie počas celej kariéry samozrejmosťou. Neustále sa meniace podmienky starostlivosti a nové vedecké poznatky sú súčasťou vzdelávacích aktivít, ktoré v rámci ošetrovateľstva, práce sestry ako regulovaného povolania podliehajú akreditačnému konaniu. Európske smernice kladú dôraz na zabezpečenie celoživotného vzdelávania zdravotníckych pracovníkov hlavne z dôvodu kvality v starostlivosti. Členské štáty majú povinnosť zabezpečiť celoživotné vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov. V rámci právnych predpisov Slovenskej republiky, podľa zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti č. 578/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov je celoživotné vzdelávanie povinnosťou zdravotníckeho pracovníka. Môže byť realizovaná špecializačným štúdiom, certifikačnou prípravou a aktivitami sústavného vzdelávania v akreditovanej inštitúcii.

Cíl práce

Cieľom príspevku je prezentovať špecializačné štúdium v ošetrovateľstve ako súčasť celoživotného vzdelávania a jeho konkrétnu realizáciu na na Fakulte sociálnych vied a zdravotníctva UKF v Nitre.

Vlastní text

Celoživotné vzdelávanie sa dnes už nie je len jedným aspektom vzdelávania a odbornej prípravy stáva sa usmerňujúcim princípom pre možnosti človeka širších kontextoch. Pojem celoživotné vzdelávanie bol definovaný už v Memorande Európskej komisie o celoživotnom vzdelávaní ako cielená nepretržitá vzdelávacia činnosť, ktorej účelom je zlepšovať vedomosti, zručnosti a kompetencie. Európska komisia v najnovšom oznámení pre Európsku radu o implementácii Lisabonskej stratégie vníma celoživotné vzdelávanie ako koncept zastrešujúci všetky systémy vzdelávania - formálne, neformálne, informálne a všetky stupne vzdelávania - predškolské vzdelávanie, vzdelávanie na základnej škole, strednej škole a vysokej škole a ďalšie vzdelávanie. (Rozhodnutie EP a Rady č. 1720/2006/ES, s. 4) Vláda SR schválila Stratégiu celoživotného vzdelávania a celoživotného poradenstva v roku 2007 s výhľadom jej naplnenia v roku 2015, ktorá pomenovala niekoľko kľúčových priorít na podporu systému celoživotného vzdelávania v Slovenskej republike. Jedným z výstupov Stratégie bol v decembri 2009 prijatý zákon č.

568/2009 Z. z. o celoživotnom vzdelávaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov, ktorý ustanovil niekoľko dôležitých inštitútov pre ďalší rozvoj systému celoživotného vzdelávania, ako napríklad akreditácia na základe kvalifikačných štandardov, uznávanie výsledkov ďalšieho vzdelávania, monitorovanie a prognózovanie vzdelávacích potrieb.

Celoživotné vzdelávanie v zdravotníctve/ošetrovateľstve je definované ako sústavné vzdelávanie, ktoré sa riadi smernicami Európskej únie, transformované v jednotlivých členských štátoch, ako nástroj neustáleho zlepšovania ošetrovateľskej starostlivosti a prevencie potenciálneho poškodenia zdravia pacienta. Smernice ustanovujú povinnosť členským štátom zabezpečiť sústavné vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov a ponechávajú na ich zodpovednosti, akým spôsobom uvedenú povinnosť plnia (*Sústavné vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov*, 2010, s. 1). Podľa zákona NR SR č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov patrí celoživotné vzdelávanie medzi povinnosti zdravotníckych pracovníkov. Komplexne je vzdelávanie zdravotníkov definované, štruktúrované a charakterizované v Nariadení vlády Slovenskej republiky č. 296/2010 Z. z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností. Podľa § 68 sú medzi spôsoby ďalšieho vzdelávania zaradené: špecializačné štúdium (§ 69 až 72), certifikačná príprava (§ 73), príprava na výkon práce v zdravotníctve (§ 74), sústavné vzdelávanie (§ 75). Sústavné vzdelávanie sestier priebežne eviduje a v stanovenom intervale hodnotí príslušná zdravotnícka stavovská organizácia - Komora sestier a pôrodných asistentiek SR. Kritériá a spôsob hodnotenia sú zadefinované vo Vyhláške MZ SR č. 366/2005 Z. z. o kritériách a spôsobe hodnotenia sústavného vzdelávania zdravotníckych pracovníkov. Ďalšie vzdelávanie v ošetrovateľstve odborne a metodicky riadi ministerstvo zdravotníctva.

Špecializačným štúdiom v akreditovanom špecializačnom študijnom programe sa rozširujú vedomosti a zručnosti získané štúdiom a odbornou praxou. Špecializačné štúdium pozostáva z praktickej časti a teoretickej časti, pričom prevažnú časť špecializačného štúdia tvorí praktická časť. Praktickú časť špecializačného štúdia absolvuje zdravotnícky pracovník pod vedením vedúceho pracovníka príslušného pracoviska zdravotníckeho zariadenia alebo pod vedením zdravotníckeho pracovníka s príslušnou odbornou spôsobilosťou na výkon špecializovaných pracovných činností. Počas špecializačného štúdia môže zdravotnícky pracovník vykonávať špecializované pracovné činnosti len pod odborným vedením zdravotníckeho pracovníka s odbornou spôsobilosťou na výkon špecializovaných pracovných činností v príslušnom špecializačnom odbore. Počas špecializačného štúdia sa do záznamníka zdravotných výkonov a iných odborných aktivít potvrdzuje osobná účasť zdravotníckeho pracovníka na aktivitách vymedzených v akreditovanom špecializačnom študijnom programe príslušného špecializačného odboru. Zdravotníckeho pracovníka zaraďuje do špecializačného štúdia vzdelávacia ustanovizeň, ktorá získala osvedčenie o akreditácii. Žiadosť o zaradenie do špecializačného štúdia zdravotníckeho pracovníka, ktorý je v pracovnom pomere, podáva zamestnávateľ zdravotníckeho pracovníka na základe jeho žiadosti. Žiadosť o zaradenie do špecializačného štúdia zdravotníckeho pracovníka, ktorý je držiteľom licencie, držiteľom povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia, podáva sestra samosprávneho kraja podľa príslušného špecializačného odboru na základe jeho žiadosti. Žiadosť o zaradenie do špecializačného štúdia si môže podať aj zdravotnícky pracovník sám. Ten, kto získal odbornú spôsobilosť na výkon zdravotníckeho povolania v cudzine, predkladá so žiadosťou o zaradenie do špecializačného štúdia aj rozhodnutie o uznaní dokladov o

vzdelaní. Pri zaraďovaní do špecializačného štúdia sa jednotlivé zdravotnícke povolania nemôžu zamieňať a jednotlivé špecializačné odbory sú pri zaraďovaní do špecializačného štúdia navzájom nezastupiteľné. Zaradenie do špecializačného štúdia v príslušnom špecializačnom odbore môže príslušná vzdelávacia ustanovizeň zmeniť na iný špecializačný odbor na základe žiadosti zdravotníckeho pracovníka, ktorý k žiadosti pripojí písomný súhlas toho, kto podal žiadosť o zaradenie do špecializačného štúdia, ak si žiadosť o zaradenie do špecializačného štúdia nepodal sám. Vzdelávacia ustanovizeň pri zmene zaradenia zhodnotí obsah a rozsah špecializačného štúdia v príslušnom špecializačnom odbore, do ktorého zdravotníckeho pracovníka pôvodne zaradila, a určí obsah a rozsah špecializovaných vedomostí a zručností, ktoré predstavujú rozdiel medzi minimálnymi štandardmi pre špecializačné študijné programy v príslušných špecializačných odboroch, medzi ktorými sa zmena zaradenia uskutočnila a ktoré má zdravotnícky pracovník ešte získať. Pri zaraďovaní je dôležitá aj odborná prax zdravotníckeho pracovníka. Do odbornej praxe pre účely špecializačného štúdia vzdelávacia ustanovizeň započítava odbornú prax v dĺžke najviac dva roky, ak obsahom a rozsahom zodpovedá akreditovanému špecializačnému študijnému programu v príslušnom špecializačnom odbore. Do odbornej praxe na účely špecializačného štúdia sa započítava aj odborná prax získaná v cudzine. Súčasťou žiadosti o započítanie odbornej praxe získanej v cudzine je doklad potvrdzujúci jej získanie vystavený kompetentným orgánom príslušného štátu, v ktorom sa odborná prax získala, doklad sa musí predložiť spolu s úradne osvedčeným prekladom do štátneho jazyka. Do odbornej praxe na účely špecializačného štúdia sa nezapočítava obdobie dočasnej pracovnej neschopnosti, materskej dovolenky a rodičovskej dovolenky a pracovného voľna bez náhrady mzdy. Špecializačné štúdium v jednotlivých zdravotníckych povolaniach sa uskutočňuje v špecializačných odboroch s minimálnou dĺžkou trvania uvedenou v prílohe č. 3 nariadenia. Špecializačné štúdium sa uskutočňuje v rozsahu ustanoveného týždenného pracovného času, pri kratšom pracovnom čase sa dĺžka špecializačného štúdia primerane predlžuje. Zdravotná starostlivosť sa musí poskytovať v rozsahu najmenej polovice ustanoveného týždenného pracovného času a musí obsahovať dostatočný počet teoretických a praktických hodín, aby sa zabezpečila riadna príprava na samostatné odborné poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Špecializačné štúdium sa ukončí špecializačnou skúškou pred komisiou, ktorej členov vymenúva štatutárny orgán vzdelávacej ustanovizne. Vzdelávacia ustanovizeň vydá zdravotníckemu pracovníkovi po úspešnom vykonaní špecializačnej skúšky diplom o špecializácii spolu s dodatkom k diplomu.(Naradenie vlády Slovenskej republiky 296/2010 o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností, § 69- 72, s. 2375 - 2376)

V Nariadení vlády Slovenskej republiky č. 296/2010 Z. z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností, sú uvedené v rámci ošetrovateľstva pre kategóriu sestra, nasledovné odbory:

a) špecializačné odbory s minimálnou dĺžkou trvania špecializačného štúdia jeden rok

1. anestéziológia a intenzívna starostlivosť
2. inštrumentovanie v operačnej sále
3. intenzívna ošetrovateľská starostlivosť o dospelých
4. intenzívna ošetrovateľská starostlivosť v neonatológii
5. intenzívna ošetrovateľská starostlivosť v pediatrii
6. ošetrovateľská starostlivosť o dialyzovaných pacientov
7. ošetrovateľská starostlivosť v komunite
8. ošetrovateľská starostlivosť v odboroch chirurgie

9. ošetrovateľská starostlivosť v odboroch vnútorného lekárstva
10. ošetrovateľská starostlivosť v onkológii
11. ošetrovateľská starostlivosť v pediatrii
12. ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii

b) špecializačné odbory s minimálnou dĺžkou trvania špecializačného štúdia jeden rok po získaní vysokoškolského vzdelania druhého stupňa v magisterskom študijnom programe v študijnom odbore ošetrovateľstvo
1. ošetrovateľstvo v zdraví pri práci
2. revízne ošetrovateľstvo (Naradenie vlády Slovenskej republiky 296/2010 o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností, s. 2403).

Špecializačné odbory na riadenie a organizáciu zdravotníctva pre kategóriu sestra :
a) po získaní vysokoškolského vzdelania druhého stupňa v magisterskom študijnom programe v študijnom odbore ošetrovateľstvo
1. zdravotnícky manažment a financovanie
2. sociálne lekárstvo a organizácia zdravotníctva
3. odborník na riadenie vo verejnom zdravotníctve Master of Public Health

b) po získaní vysokoškolského vzdelania prvého stupňa v bakalárskom študijnom programe v študijnom odbore
ošetrovateľstvo alebo vyššieho odborného vzdelania v študijnom odbore diplomovaná všeobecná sestra
1. manažment v ošetrovateľstve (Naradenie vlády Slovenskej republiky 296/2010 o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností, s. 2408).

Inštitúcie realizujúce na Slovensku špecializačné štúdium v povolaní sestra sú: Slovenská zdravotnícka univerzita - Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií, Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre - Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva - Katedra ošetrovateľstva, **Trenčianska univerzita** Alexandra Dubčeka v Trenčíne - Fakulta zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva, Univerzita A. Jesseniova lekárska fakulta Univerzity Komenského v Martine - Ústav ošetrovateľstva, Prešovská univerzita -Fakulta zdravotníctva v Prešove, Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave - Inštitút zdravotníctva a sociálnej práce sv. Ladislava, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach -Lekárska fakulta - Ústav ošetrovateľstva.

Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre má akreditovaných 5 špecializačných odborov pre kategóriu sestra. Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva momentálne realizuje špecializačné štúdium v 3 z nich.

Tab. 1 Špecializačné štúdium na FSVaZ UKF v Nitre

Názov	**Akreditácia od**	**Počet absolventov**	**Počet študentov**
Ošetrovateľská starostlivosť v pediatrii	**2010**		
Ošetrovateľská starostlivosť v odboroch chirurgie	**2010**	**24**	**26**
Anestéziológia a intenzívna starostlivosť	**2012**		
Ošetrovateľská starostlivosť v odboroch vnútorného lekárstva	**2012**		**15**
Ošetrovateľská starostlivosť v komunite	**2012**		**17**

Štúdium pozostáva z teoretickej prípravy a praktickej časti, kde je pre každý odbor predpísané splnenie minimálneho štandardu v počte hodín a výkonov. V akademickom roku 2010/11 bol otvorený prvý ročník špecializačného štúdia v špecializačnom odbore ošetrovateľská starostlivosť v odboroch chirurgie. 11 študentov absolvovalo teoretickú a praktickú prípravu. Praktickú prípravu vykonávali vo Fakultnej nemocnici v Nitre. Počas absolvovania praktických stáží pracovali študenti pod vedením kvalifikovaných lektoriek, pričom na jedna lektorka mala na stáži maximálne 6 študentov. Súčasťou skúšky bola aj obhajoba písomnej práce k záverečnej skúške. Všetci študenti vykonali skúšku úspešne. V nasledujúcom ročníku študovalo 13 študentov. V roku 2012 sme získali akreditáciu na ďalšie odbory.

Záver

Svetová zdravotnícka organizácia vo svojom dokumente The WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel uviedla statégie, na základe ktorých je prínosom pre posilňovanie ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie v zdravotníctve zabezpečovať vysokú odbornú pripravenosť sestier s dôrazom na profesionalitu, poskytnutie odbornej, kvalitnej a bezpečnej ošetrovateľskej starostlivosti, založenej na pevnom morálnom a etickom presvedčení, empatii, pohotovom a tvorivom prístupe zohľadňujúc potreby zdravotníckej praxe a rozvoj kvalifikovanej pracovnej sily zodpovedajúcej potrebám zdravotníctva, podpore kvality pracovných miest a celoživotného vzdelávania (WHO. The WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel, 2010 s. 5, Slezáková, 2011, s. 164).

Literatura

Nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 296/2010 Z. z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností.

Rozhodnutie Európskeho parlamentu a rady č. 1720/2006/ES z 15. novembra 2006, ktorým sa ustanovuje akčný program v oblasti celoživotného vzdelávania. Úradný vestník Európskej únie L 327/45, 24.11.2006.

SLEZÁKOVÁ, Z. (2011) Nové strategické posilňovanie ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie v zdravotníckych službách. In: Odstraňovanie nedostatkov – zlepšovanie prístupu k spravodlivej zdravotnej starostlivosti. Zborník z vedeckého seminára pri

príležitosti Medzinárodného dňa sestier 2011. Nitra : UKF FSVaZ, 2011. s.162-165. ISBN 978-80-8094-888-7.
Stratégia celoživotného vzdelávania 2011. [cit. 21. 6. 2011]. Dostupné z: <https://lt.justice.gov.sk/.../vlastny%20material.pdf >
Sústavné vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov. MZ SR cit. [13.6.2012].
Dostupné z: http://www.health.gov.sk/?sustavne-vzdelavanie-zdravotnickych-pracovnikov
Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 366/2005 Z. z. o kritériách a spôsobe hodnotenia sústavného vzdelávania zdravotníckych pracovníkov.
Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 366/2005 Z. z. o kritériách a spôsobe hodnotenia sústavného vzdelávania zdravotníckych pracovníkov.
WHO. (2010) The WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. Sixty-third World Health Assembly WHA 63. 16., Geneva, 17-21 May 2010. p. 1-12. [cit. 10. 6. 2012]. Dostupné z: http://www.who.int/hrh/migration/code/code_en.pdf.
Zákon NR SR č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov.

Kontaktní adresa

PhDr. Miroslava Líšková, PhD.
Katedra ošetrovateľstva
Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva UKF v Nitre
Kraskova 1
949 74 Nitra
Slovenská republika
Email: mliskova@ukf.sk

SPOLUPRÁCE ÚSTAVU OŠETŘOVATELSTVÍ 2. LF A FN MOTOL NA TVORBĚ STUDIJNÍCH OPOR OŠETŘOVATELSKÝCH INTERVENCÍ A JEJICH VIDEOZÁZNAMŮ

Šárka Tomová
Ústav ošetřovatelství UK 2. LF a FN Motol

Souhrn:
Příspěvek se zabývá problematikou spolupráce Ústavu ošetřovatelství UK 2. LF a Fakultní nemocnice Motol na tvorbě a specifikaci studijních opor vznikajících v rámci projektu Inovace praktické výuky ošetřovatelství.

Klíčová slova: Ošetřovatelství; Projekt; Scénář; Studijní opora; Videozáznam

Úvod

Projekt Inovace praktické výuky ošetřovatelství z Operačního programu Praha Adaptabilita registrační číslo projektu: CZ.2.17/3.1.00/33270 je zaměřen na inovaci a modernizaci praktické výuky ošetřovatelských postupů a odborné praxe studentů bakalářského studijního programu Ošetřovatelství na UK 2. LF a FN Motol ve studijních oborech Všeobecná sestra a Všeobecná sestra s rozšířenou výukou v pediatrickém ošetřovatelství.
Na realizaci projektu se podílí Ústav ošetřovatelství UK 2. LF a FN Motol a Samostatné oddělení vzdělávání FN Motol.

Vlastní text

Záměrem tohoto projektu je zvýšit kvalitu studijní přípravy studentů v předmětech, které jsou garantovány Ústavem ošetřovatelství UK 2. LF a FN Motol. Jedná se především o předmět Ošetřovatelské postupy, který je klíčovým pro zvládání ošetřovatelských výkonů na odborné klinické praxi. Prvotním cílem byla několikaletá zkušenost se způsobem výuky těchto postupů, kdy z hlediska didaktického chyběla studentům leckdy představivost o průběhu a fázích jednotlivých výkonů. Naším záměrem bylo tedy vytvořit studijní materiál nejen v textové podobě, ale především pořízením videozáznamu jednotlivých ošetřovatelských výkonů a postupů doplnit postup učení se novým věcem o velmi důležitou složku osvojování nových informací. Z hlediska didaktického je názornost ve výuce jednou z podstatných složek úspěšnosti a zvládnutí učební látky. V našem projektu je názornost výukového materiálu zastoupena nejen formou fotografií, nýbrž i zmíněným pořízením videozáznamů jednotlivých ošetřovatelských intervencí. Studentům se tak otevírá možnost setkat se s postupem prováděným dle standardu již před vstupem na klinickou praxi. Tento moment považujeme za významný krok, který znamená další zkvalitňování výuky ošetřovatelské tématiky na VŠ.

Jednou z klíčových aktivit výše uvedeného projektu je klíčová aktivita 02 - Tvorba e-learningových studijních opor ošetřovatelských intervencí a souvisejících učebních textů, která zahrnuje zpracování souboru studijních opor cca 40 základních a specifických ošetřovatelských intervencí. Jednotlivé ošetřovatelské intervence mají předem stanovenou strukturu, která vychází z didaktických zásad tvorby učebního materiálu. Zahrnuje v úvodu každé zpracované výukové opory stanovení všech forem cílů (kognitivních, afektivních a psychomotorických) dle deskriptorů stanovených MŠMT, účel provádění ošetřovatelských intervencí, příprava pomůcek, příprava pacienta před výkonem, průběh výkonu, péče o pacienta po výkonu, péče o pomůcky po výkonu, není-li určeno jinak.

Nedílnou součástí každé kapitoly je závěrečný test, ve kterém si student může ověřit své nabyté vědomosti. Oproti jiným dostupným učebním textům je každá výuková opora v závěru rovněž doplněna o úkoly, které bezprostředně souvisí s rozšířením vědomostí v dané problematice, ale mají i přímou souvislost s praktickou výukou na klinickém pracovišti. Tento záměr podporuje vzájemné prolínání teoretické přípravy studentů s přípravou praktickou. Tato osnova odpovídá logické návaznosti jednotlivých etap v realizaci celého výkonu. Zpracovaný textový materiál je cíleně za tímto účelem doplňován nezbytnými fotografiemi dílčích pomůcek, souborů pomůcek nebo jednotlivých kroků daného postupu, které učební text doplňují a podporují tím představivost studenta o správnosti provedení ošetřovatelského výkonu. V převážné většině je v obrazové dokumentaci využito vlastního archivu snímků, které byly zhotoveny za tímto účelem ve spolupráci s fotolaboratoří UK 2. LF. V některých situacích je obrazových doplňků využito z dostupných internetových materiálů za předpokladu dodržení citační normy. Každá výuková opora byla vytvořena na základě scénáře vybrané ošetřovatelské intervence, jehož podkladem se stal vypracovaný učební text. Textový učební materiál sestavený dle předem dané struktury byl v první fázi předložen sestrám z klinických pracovišť. Tyto, vedle své pracovní činnosti a svého vysokého pracovního vytížení, byly svou vstřícností ochotné přispět svými zkušenostmi, názory a radami ke tvorbě učebního textu. Podrobné, opakovaně dopracované připomínky, několikeré přepracovávání textů je výslednou snahou předložit kvalitní, modernímu ošetřovatelství odpovídající učební text. Lékaři a sestry konzultantky, se tak podílely svými připomínkami na zkvalitňování uváděných informací, které jsou ve formě výukového materiálu výchozí pro výuku studentů ošetřovatelství.

Závěr

Výhodu vzájemné spolupráce Ústavu ošetřovatelství UK 2. LF a FN Motol vidíme v několika rovinách:

- tvorba scénářů jednotlivých ošetřovatelských intervencí předpokládá spolupráci nejen s technickým asistentem projektu, ale především s odborníky z praxe. Zde vzniká prostor pro navázání a využití úzké spolupráce mezi odborníky z klinické praxe všech základních medicínských oborů a vyučujícími základních ošetřovatelských postupů tak, aby byl v souladu prvotní nácvik při výuce v laboratorních podmínkách a dodržování správnosti prováděných výkonů v klinické praxi;
- recenze výukových textů odborníky z praxe – spolupráce s lékaři a sestrami z klinických pracovišť FN Motol, je výhodná nejen z důvodu kontroly správnosti prováděného ošetřovatelského postupu nebo intervence, ale jako další se jeví rovněž možnost implementace standardů prováděných postupů klinického pracoviště přímo do textového a obrazového materiálu. Tímto je zabezpečena kontrola správnosti a proveditelnosti ošetřovatelského výkonu a snižuje se tím možnost výskytu rozdílného přístupu k provádění výkonů a vzniku pravděpodobných komplikací souvisejících s nedodržováním například aseptického způsobu práce;
- vzájemnou spoluprací Ústavu ošetřovatelství a klinického pracoviště se potažmo vytváří podmínky pro kvalitnější a vstřícné plánování odborné praxe studentů na vybraných klinických pracovištích;
- spoluprací je podpořena vzájemná odpovědnost za dodržování správných postupů a provádění jednotlivých ošetřovatelských intervencí dle standardů nemocnice;
- můžeme rovněž uvažovat o významu vlivu profesionálního praktického přístupu sester, které jsou informovány o způsobu výuky základních ošetřovatelských

intervencí, podílely se na tvorbě výukového materiálu a mají příležitost vybrané výkony následně na praxi provádět přímo se studenty.

Na základě uvedených skutečností podporujeme další vzájemnou spolupráci mezi výukovými a klinickými pracovišti, jelikož součástí kvalitní přípravy vysokoškolsky vzdělaných sester je jednota teoretické a praktické přípravy na profesi sestry.

Literatura:

JIRKOVSKÝ, D. Inovace praktické výuky ošetřovatelství. In.: JIRKOVSKÝ, D. (Ed) Cesta k modernímu ošetřovatelství XII. Recenzovaný sborník z konference. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, 2010, s. 80-82. ISBN 978-80-87347-03-4

ARCHALOUSOVÁ, A., JIRKOVSKÝ, D. MASTILIAKOVÁ, D. Distanční vzdělávání - možné přístupy ve vzdělávání sester a porodních asistentek In. *Vinohradské ošetřovatelství 105 let zkušeností pro současnost a budoucnost - recenzovaný sborník příspěvků z konference Ošetřovatelství v roce 2007,* 1. vyd. Praha, Evropské sociálně zdravotní centrum Praha, 2008, s. 70 - 74 ÍSBN 978-80- 87244-14-2

JIRKOVSKÝ, D. NIKODEMOVÁ, H. Moderní didaktické prostředky ve výuce ošetřovatelských postupů In.: JIRKOVSKÝ, D., TOMOVÁ, Š. (Ed) *Cesta k modernímu ošetřovatelství XIII. recenzovaný sborník z odborné konference s mezinárdní účastí*. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, 2011, s. 167 – 169 ISBN 978-80-87347-05-8

JIRKOVSKÝ, D. Informační podpora celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků In.: JIRKOVSKÝ, D., TOMOVÁ, Š. (Ed) *Cesta k modernímu ošetřovatelství XIII. recenzovaný sborník z odborné konference s mezinárdní účastí*. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, 2011, s. 169 - 172 ISBN 978-80-87347-05-8

Kontaktní adresa

PhDr. Šárka Tomová
Ústav ošetřovatelství UK 2. LF a FN Motol
V Úvalu 84
15006 Praha 5
Email: sarka.tomova@lfmotol.cuni.cz

LABORATOŘ VE SLUŽBÁCH DIAGNOSTIKY A PACIENTŮ

Martina Bunešová, Štěpánka Moučková
Ústav lékařské chemie a klinické biochemie 2. LF UK a FN Motol

Souhrn:
Chybovat je lidské, ale chyby v medicíně poškozují pacienty a občas i velmi vážně. Prevence chyb v medicíně i laboratořích snižuje takové riziko. Laboratorní chyby vznikají významně častěji mimo vlastní analytické procesy. Zejména preanalytické procesy jsou jejich největším zdrojem. Jde zejména o chyby při odběrech vzorků a při identifikaci pacientů. Další podstatné množství chyb vzniká při požadování laboratorních vyšetření lékaři klinik. Požadují se nevhodná vyšetření a naopak se nepožadují vhodná. Často se nedokonale a s omyly interpretují i analyticky správné výsledky. Snížení chybovosti laboratorních výsledků lze dosáhnout pouze v úzké spolupráci laboratoří a personálu z oddělení a ambulancí.

Klíčová slova: *Hemolýza; Hemolytický index; Incidence; Venózní krev.*

Cíl práce

Cílem práce bylo upozornit na důležitost správného provedení odběru venózní krve a cíleného výběru požadavku na laboratorní vyšetření s ohledem na nesmírný vliv na kvalitu následné lékařské a ošetřovatelské péče. Zároveň bylo cílem práce ukázat na výsledcích z praxe, že lze tuto oblast péče o pacienta zlepšit. Primárním cílem laboratorních vyšetření je podíl na diagnostice chorob, prospěch pacientů a redukce rizika péče o ně. Tento cíl není v současné době dostatečně zdůrazňovaný a namísto toho jsou jednostranně zdůrazňované ekonomické aspekty.

Vlastní text

V práci jsme se soustředili na kvalitu provedeného odběru venózní krve. Při nestandardně prováděném odběru venózní krve se zvyšuje riziko vzniku hemolýzy. Vizuální vyhodnocení hemolýz je málo citlivé a je velmi vhodné ho nahrazovat objektivním a automatizovaným měřením hodnoty hemolytického indexu, který je prováděn v biochemické laboratoři FN Motol. Na chybovosti má dramatický podíl lidský faktor. Incidence hemolýz kolísá mezi 1 – 30 % dle zdravotnických zařízení i dle klinik. V práci je analyzována četnost hemolýz ve FN v Motole. Lze předpokládat, že incidence hemolýz je dobrým ukazatelem kvality celého procesu preanalytické fáze.

Literatura

FRIEDECKÝ B., Kvalita v klinické laboratoři a bezpečnost pacientů, Klin Biochem Metab 2010,18(39):136-143
HERNANDEZ J. Patient safety focus: To err is human. Clinical Laboratory News January 2010,36,1
PLEBANI M, LIPPI G. Hemolysis index:quality indicator or criterion for sample rejection? Clin Chem Lab Med 2009,47:899-902
SOEDERBERG J, BRUIN C,GRANKVIST K, WALLIN O. Preanalytical errors in primary healthcare: a quaestionnare study of information search procedures, test request management and test tube labelling. Clin Chem Lab Med 2009,47: 195-201.

Kontaktní adresa
Mgr. Martina Bunešová
ÚLCHKB 2. LF UK a FN Motol
V Úvalu 84
100 06 Praha 5
Email: martina.bunesova@fnmotol.cz

CHYBY V PRÁCI SESTRY VEDÚCE K PRENOSU NOZOKOMIÁLNYCH NÁKAZ NA KLINIKÁCH ANESTEZIOLÓGIE A INTENZÍVNEJ MEDICÍNY

Eva Hrenáková
Univerzita Tomáša Baťu v Zlíne, Fakulta humanitných štúdií
Univerzitná nemocnica Bratislava, Klinika anestéziológie a intenzívnej medicíny, pracovisko Ružinov

Súhrn:
Autor chce v príspevku po pripomenutí základných teoretických skutočností poukázať na možnosti a závažnosť nozokomiálnych nákaz na Klinikách anesteziológie a intenzívnej medicíny. Zároveň chce poukázať na to, že práve sestry sú tie, ktoré sú najčastejšie pri pacientovi a práve ony, často neúmyselne, ale často aj nedôsledným konaním, sú zodpovedné za vznik nozokomiálnych nákaz. Chceme poukázať na to, ako by sa dalo, vzniku nozokomiálnych nákaz predchádzať práve v tom prostredí, kde nozokomiálne nákazy vznikajú najčastejšie a kde je pacient najbezbrannejší.

Kľúčové slová: *Nozokomiálne nákazy; Sestra; Prevencia nozokomiálnych nákaz; Chyby v práci sestry*

Úvod

Pri práci s pacientom na Klinikách anestéziológie a intenzívnej medicíny sa vyskytuje najviac predpokladov a situácií pre vznik nozokomiálnych nákaz, ktoré môžu, už aj tak bezbrannému pacientovi, skomplikovať závažnú životnú situáciu prípadne až ukončiť jeho život. Práve sestra je tá, ktoré je neustále pri pacientovi a ktorá by sa vždy mala snažiť konať v jeho záujme. A práve ona je často aj príčinou vzniku nozokomiálnej nákazy. Samozrejme nie je ťarcha viny iba na nej. Na prevencií nozokomiálnych nákaz by sa mal podieľať celý zdravotnícky tím, počnúc primárom, končiac upratovačkou.

Pre pripomenutie si uvedieme dve definície nozokomiálnych nákaz.
Nozokomiálna nákaza je každá infekcia exogénneho alebo endogénneho pôvodu, ktorá vznikla v príčinnej súvislosti s pobytom osôb v ambulantnom alebo lôžkovom zdravotníckom zariadení z diagnostických, terapeutických alebo epidemiologických príčin.

Podľa Maďara sú nozokomiálne nákazy sprievodným nežiaducim javom ústavnej zdravotnej starostlivosti aj na začiatku 21. Storočia. Tri základné faktory – organizmus pacienta oslabený chorobou, prípadne imunodeficitom, invazívne výkony a prítomná mikrobiálna flóra vytvárajú predpoklady pre vznik infekčného procesu v súvislosti s diagnostických, terapeutickým alebo ošetrovateľským postupom v zdravotníckom zariadení. Tieto predisponujúce faktory sa môžu vyskytovať nie iba v nemocniciach, ale aj v domovoch dôchodcov, ústavoch sociálnej starostlivosti, liečebňách pre dlhodobo chorých, kojeneckých ústavoch, hospicoch a podobne.

Predisponujúce faktory pre vznik nozokomiálnych nákaz:
- vnútorné – vek (nad 60 rokov, deti), životný štýl, dormonálne poruchy (diabetes), hematologické ochorenia, imunodeficit, malígne tumory, obezita, malnutrícia, poruchy krvného obehu, polytrauma, popáleniny, dekubity, ulcus cruris, závažné ochorenia pečene, obličiek, kardiomyopatie
- vonkajšie – dĺžka hospitalizácie, operácia, transplantácia, tracheostómia, tracheálna kanyla, žalúdočná sonda, močová katetrizácia, periférny venózny katéter, infúzia,

transfúzia, cudzie teleso, drenáž, inštrumentálny zákrok, opakovaná anestézia, endoskopie, rádioterapia, liečba cytostatikami, hemodialýza, A-V shunt, imunosupresívna liečba, antibiotiká, hormonálna liečba

Nemôžeme každý pozitívny mikrobiologický nález označiť za nozokomiálnu nákazu. Treba rozlišovať medzi nosičstvom (najčastejšie nález v orofaryngu, stolici), kolonizáciou (záchyt z ostatného materiálu bez klinických prejavov infekcie) a infekciou (klinické prejavy).

Zdrojom nákazy býva najčastejšie človek, zviera, bacilonosič.

Cesta prenosu:
- priama- priamy kontakt zdroja a vnímavej osoby
- nepriama- predpokladá určitú odolnosť pôvodcu a schopnosť jeho prežitia na kontaminovanom predmete, uskutočňuje sa:

1. Ingesciou- požitie infekčného agensu v kontaminovanej vode, mlieku, mäse...
2. Inhaláciou- vdýchnutie infekčného agensu
3. Inokuláciou- vniknutie infekčného agensu cez kožu alebo sliznicu jedinca

Infekčné ochorenia môžu prebiehať:

1. **Manifestne**- s typickým alebo atypickým klinickým obrazom
2. **Latentne**- bez klinického obrazu, ale klinicky dokázateľná
3. **asymptomaticky**

Na prvom mieste v počte nozokomiálnych nákaz sú **infekcie močového systému.** Tvoria 30-40% všetkých nozokomiálnych infekcií. Podľa Maďara približne 60-90% z toho sa vyskytujú v príčinnej súvislosti s močovým katétrom a v 10% v súvislosti s urologicko-endoskopickým zákrokom.
Medzi ďalšie rizikové faktory vzniku močových infekcií zaraďujeme pohlavie, základné ochorenie (diabetes, urémia, Crohnová choroba, tumory čreva, fistuly...), tehotenstvo, vezikoureterorenálny reflux, prekážka odtoku moču, dysfunkcia mechúra, fimóza, sexuálne prenosné infekcie, nechránený análny styk, katetrizácie mechúra, endoskopie..
Najčastejšie etiologické agensy sú Escherichia coli, enterokoky, Klebsiella, Proteus, Enterobacter, Pseudomonas, Serratia, Providencia, Morganella, Candida a iné.
Na zistenie výskytu močových infekcií nám je nápomocný odber moču na chemické vyšetrenie a sediment, makroskopický vzhľad moču, mikroskopické vyšetrenie (K+C), klinické příznaky (zápal, sekrét v močového systému, dysúria, nutkanie na močenie, bolesti v bedrovej oblasti, horúčka, ...)

Chyby v práci sestry

- nedodržiavanie zásad prísnej asepsy, nedostatočná dezinfekcia rúk, nepoužívanie sterilných rukavíc pri zavádzaní močového katétra, endoskopu, nedodržiavanie zásad dezinfekcie a sterilizácie, sterilizovanie aj jednorázových pomôcok, nedostatočná dezinfekcia pacienta, nepozorné zaobchádzanie s katétrom, využívanie nenapojených jednotlivých súčastí na zavedenie močového katétra, odpájanie systému, nezabezpečenie drenážneho systému (moč neodteká, ale stagnuje), klemovanie močového katétra (odvykanie pacientov dlhodobo zacievkovaných), využívanie nesprávne zvolených lubrikantov, nedostatočná dezinfekcia odberového miesta na katétry (nesprávny prostriedok, nedostatočná expozícia, ignorovanie dezinfekcie…), rozpájanie systému, nerobiť výplachy

mechúra zbytočne, a keď je potrebné ich robiť, dodržiavať prísnu asepsu, dezinfekcia rúk personálu aj pri manipulácií s močom a močovým systémom, bariérová ošetrovateľská technika, nenechať povaľovať močové vrecká na zemi, pri nutnosti rozpojenia močového systému dbať na asepsu a pozorne manipulovať s katétrom aj systémom, dôkladná a pozorná hygiena urogenitálneho traktu, hygiena penisu, katéter zavádzať len v opodstatnených prípadoch, využívanie jednorázových pomôcok, nesledovanie močenia po operáciách, najmä v dutina brušnej alebo panve

- zarúškovanie pacienta, podloženie panvy, rúškovanie stehien, výplachy antibiotikami, dezinfekčnými prostriedkami
- profylaxia antibiotikami

Na druhom mieste vo vzniku a výskyte nozokomiálnych nákaz sú **nozokomiálne pneumónie.** Tvoria 10-20% všetkých nozokomiálnych nákaz. Primárne vznikajú ako infekcie vyvolané mikroorganizmami z dýchacích ciest, sekundárne vznikajú ako metastatické infekcie hematogénnou, lymfogénnou cestou, prípadne zanesením počas operácie. Nemenej dôležitá je aj pacientova vlastná flóra a flóra okolia, ktorú pacient môže inhalovať, získať prenosom od personálu, iného pacienta, návštevy alebo použitím infikovaného materiálu, pomôcky...
Najčastejšie vzniká nozokomiálna pneumónia počas umelej pľúcnej ventilácie ako ventilátorová pneumónia. Tá môže byť včasná (do 4 dní) alebo neskorá (5.- 10. deň).

Špecifické rizikové faktory sú:

- alkoholizmus, fajčenie, pľúcne ochorenia, mikrobiálne flóra orofaryngu
- zákroky v dutine hrudnej a brušnej, tracheostómia, endotracheálna intubácia, nasogastrická sonda, bronchoskopia, používanie respiračných a anesteziologických prístrojov, nebulizácia, inhalácia, aspirácia

Najčastejšími mikoorganizmami spôsobujúcimi nozokomiálnu pneumóniu sú pseudomonas aeruginosa, Klebsiella pneumonie, Staphylococcus aureus, Enterobacter, Escherichia coli, Streptococcus pneumonie, Acinetobacter baumannii, Candida

Na zistenie pneumónie využívame rádiodiagnostické metódy, odber spúta, odber odsatého sekrétu, BAL pri bronchoskopií, klinické vyšetrenie pacienta.

Chyby v práci sestry:
- dodržiavanie zásad asepsy a bariérovej ošetrovateľskej techniky pri manipulácií s pacientom, dezinfekcia rúk, pomôcok, materiálov, nedodržiavanie aseptického odsávania z dýchacích ciest, využívanie otvoreného spôsobu odsávania z dýchacích ciest, zvlhčovanie vdychovaného kyslíka a vzduchu, zvlhčovanie nesterilnou vodou, pravidelné výmeny sterilných roztokov na zvlhčovanie, nedostatočná starostlivosť o ventilátor a anestetické zariadenie, nesprávne a nesterilné výmeny dýchacích okruhov, dlhodobé používanie kyslíkových okuliarov, masiek, nesterilné zaobchádzanie pri bronchoskopií, nedôsledné ošetrovanie dýchacích ciest, tracheostomických a endotracheálnych kanýl, nevyhovujúca poloha pacienta, zabúdanie odsávania z nosa, aktívne vyhľadávanie sinusitíd, nedostatočná fyzioterapia, dychové cvičenia, zanedbávanie poklopovej masáže, nedodržiavanie zákazu návštev v epidemiologicky závažných situáciách, nedodržiavanie preventivných opatrení v súvislosti s rizikom aspirácie, nedostatočné parenterálna alebo enterálna výživa, prevencia bakteriálnych kolonizácií gastrointestinálneho traktu,

Na treťom mieste vo vzniku nozokomiálnych nákaz sú **infekcie v mieste chirurgickej intervencie.** Tvorí 14-20% všetkých nozokomiálnych infekcií.
Vznik infekcie v mieste chirurgickej intervencie zvyšuje náklady na liečbu (infúzie, Antibiotiká, transfúzie, liečba sepsy, opakované zákroky, odbery, predlžujú hospitalizáciu pacienta...) a pre pacienta sú dôvodom na predĺženie PN, stratu príjmu (ušlý zisk, keby bol v práci), psychickú ujmu, zhoršenie zdravotného stavu, stratu dôvery zdravotníkom, estetický problém a v najhoršom prípade aj trvalé následky a smrť.

Definujeme a infekcie v mieste chirurgickej intervencie delíme na tri druhy:

- **povrchová infekcia** – postihuje kožu a podkožie
- **hlboká infekcia** – postihuje mäkké tkanivá, svaly, fascie...
- **infekcia orgánu/ priestoru**

Chirurgické rany ďalej delíme na čisté, čisté kontaminované, kontaminované, znečistené infikované.
Medzi najčastejšie mikrororganizmy spôsobujúce infekciu v mieste chirurgickej intervencie zaraďujeme Staphylococcus aureus, Koaguláza-negatívne stafylokoky, Enterococcus, Escherichia coli, Pseudomonas aeruginosa, Enterobacter, Proteus mirabilis.
V súvislosti s infekciou v mieste chirurgickej intervencie poznáme aj ďalšie rizikové faktory: fajčenie, pravidelné užívanie steroidov, koexistencia infekcie na tele, dĺžka predoperačnej hospitalizácie.

Prevencia vzniku nozokomiálnych nákaz v mieste chirurgickej intervencie je možné deliť na:

- **predoperačná prevencia** – pacient hospitalizovaný, čo najkratšie pred operačným zákrokom, predoperačná antiseptická sprcha (použitie antiseptických prípravkov, ideálne viackrát), namiesto klasického holenia operačného poľa využitie depilácie, špeciálnych holiacich strojčekov, aby nevznikali drobné poranenia, ktoré by mohli byť vstupnou bránou infekcie, dôkladná profylaxia antibiotikami podľa epidemiologického stavu pracoviska
- **intraoperačná prevencia** – dodržiavať zásady asepsy a bariérovej ošetrovacej techniky, dodržiavať chirurgické umývanie a dezinfekciu rúk, využívanie operačných čiapok, rúšok, dôkladne vykonať dezinfekciu operačného poľa, dodržanie expozície, dodržiavanie správnej chirurgickej techniky, kontrolovať krvácanie, zabezpečiť vhodnú oxygenáciu, rozhodujúca je dĺžka zákroku, riadená hypotermia operačnej sály aj pacienta, minimalizovať počet personálu na operačnej sále, minimalizovať pobyt na operačnej sále tých, ktorí tam nemusia a nemajú byť, využívanie cudzích telies v operačnej rane (svorky, dlahy, nástroje – nástroje a všetky použité materiály a pomôcky musia byť prísne sterilné, operatér by mal zvažovať využitie materiálov, na ktoré nenasadajú mikroorganizmy a ľahko sa udržujú aseptické), dôkladne udržiavať sterilné prostredie operačnej sály, filtrácia vzduchu na sále, dezinfekcia, dekontaminácia biologického materiálu, minimálne otvárať dvere na sále, výmeny okruhov na anestetickom stroji, využitie jednorázových pomôcok a materiálov
- **pooperačná prevencia** – každá operačná rana by mala byť prekrytá 24-48 hodín, samozrejme ak nekrváca alebo nepreteká iný sekrét, dodržiavať prísnu asepsu pri každom ošetrovaní rany a pacienta, využívať sterilné pomôcky a materiály, sledovať operačnú ranu, invazívne vstupy, ale aj prevenciu dekubitov, prípadne dôkladné ošetrovanie vzniknutých rán a dekubitov, dôležité je aj podrobné informovanie pacienta a príbuzných pri prepúšťaní do iného zariadenia alebo do

domáceho prostredia o sledovaní a ošetrovaní rany, o správne zvolenom postupe a pomôckach, o príznakoch infekcie lokálnych aj celkových

Chyby v práci sestry:

- predoperačná nesprávna manipulácia s pacientom (potreba chrániť pacienta od kontaktu s infekčným prostredím, pacientom, materiálom, prevencia flebitídy s periférneho venózneho katétra, správna príprava infúznej liečby...), holenie operačného poľa žiletkami, vznik drobných poranení na operačnom poli, ktoré môžu byť vstupnou bránou infekcie, neodsledovanie a nesprávne podanie antibiotickej profylaxie, nedodržiavanie zásad asepsy, bariérovej ošetrovateľskej techniky, nedostatočná dezinfekcia prostredia, rúk personálu, pomôcok, nepoužívanie rukavíc pri manipulácií s pacientom, nedôsledná príprava operačného tímu, ale aj operačnej sály na operačný zákrok, nedôsledná dezinfekcia operačného poľa, neodsledovanie telesnej teploty pacienta, teploty na operačnej sále, krvácania pacienta, nedôkladná oxygenácia pacienta, pohyb operačného tímu mimo operačnej sály v operačnom oblečení, prítomnosť cudzích a nepotrebných ľudí na sále, nedodržiavanie nosenia predpísaného oblečenia, čiapky, rúšky, rukavíc, nedostatočne sterilizované pomôcky a materiály, nedôkladné ošetrenie operačnej rany, zbytočné rozbaľovanie operačnej rany do času 24-48 hodín, nedodržiavanie zásad asepsy a bariérovej ošetrovateľskej techniky pri ošetrovaní pacienta, nesledovanie a nedôkladné ošetrovanie invazívnych vstupov, prekrývanie príznakov infekcie antibiotikami bez hľadania príčinnej súvislosti, nedostatočná informovanosť a edukácia zo strany personálu mierená pacientovi a rodine, nedodržiavanie hygienického režimu na oddeleniach, nedodržanie hygienických zásad pre návštevy aj personál, nevyužívanie sterilných rukavíc sestrou, chýbanie pozitívneho vzoru na pracovisku, nedôsledné vedenie všetkého personálu k dodržiavaniu hygienických, protiepidemiologických zásad, zásad asepsy a bariérovej ošetrovateľskej techniky

Na poprednom mieste sú aj nozokomiálne nákazy krvného riečiska prostredníctvom invazívnych katétrov, tzv. **katétrové infekcie.**

Najčastejšie vznikajú katétrové infekcie prechodom mikroorganizmov z kože v mieste vpichu. Možnou príčinou je aj podanie kontaminovaných intravenóznych liekov a infúzií a kolonizácia katétrov.

Častá je kolonizácia stafylokokmi, enterokokmi, staphylokokmi, klebsielou, pseudomonádou.

Na klinikách anestéziológie a intenzívnej medicíny majú pacienti mnoho invazívnych vstupov. Zaraďujeme k nim centrálny venózny katéter, periférny venózny katéter, centrálny a periférny arteriálny katéter, intrakraniálny snímač, nasogastrickú alebo orogastrickú sondu, drény rôzneho charakteru, gastrostómiu, jejunostómiu, tracheostómiu, endotracheálnu kanylu, Swan-Ganzov katéter, dialyzačný katéter a noho iných invazívnych vstupov.

Chyby v práci sestry:

- nedodržiavanie beriérovej ošetrovateľskej techniky pri zavádzaní a ošetrovaní, nedostatočná dezinfekcia rúk personálu, používanie sterilných a nesterilných rukavíc, pravidelné preväzy vstupov, nedostatočná dezinfekcia miesta vpichu pri zavádzaní, expozícia dezinfekčného prípravku nedodržaná, nevhodný výber miesta vpichu, nepravidelné výmeny infúznych súprav, roztokov, rámp, nepoužívanie antibakteriálnych filtrov, nesledovanie kontraindikácie nekov.

Vo všeobecnosti môžeme rozdeliť zásady prevencie vzniku nozokomiálnych nákaz na Klinikách anestéziológie a intenzívnej medicíny do nasledujúcich bodov:

a) zásady osobnej hygieny zdravotníckych pracovníkov a návštev na KAIM

b) zásady prijímu pacienta na oddelenie
c) zásady správnej manipulácie s bielizňou
d) zásady manipulácie s biologickým materiálom
e) zásady osobnej hygieny
f) zásady manipulácie s biologickým materiálom pri odberoch
g) zásady hygieny pri rozvoze a manipulácii so stravou pacientov
h) zásady pri manipulácii a likvidácii odpadu podľa jeho druhu
i) zásady hygieny pri návštevách pacientov
k) zásady bariérovej ošetrovateľskej starostlivosti
l) zásady pri dekontaminácií, mechanickej očiste, dezinfekcií a sterilizácií pomôcok a prístrojov, mechanická očista a dezinfekcia prostredia a zariadenia
m) izolácia infekčných pacientov a pacientov osídlených multirezistentnými baktériami
n) zvýšená pozornosť okoliu pacienta
o) kontrola a sledovanie epidemiológie mikrobiológie a rezistencie na liečbu
p) monitoring bakteriálneho osídlenia

Záver

Boli by sme radi, keby sme mohli pracovať na zlepšovaní práce sestier na klinikách anesteziologie a intenzívnej medicíny, ale aj na ostatných oddeleniach v boji proti nozokomiálnym nákazám. A nielen na práci sestier, ale celého zdravotnického tímu.

Literatúra

ŠRÁMOVÁ, H.: Nozokomiální nákazy. 1.vyd., Praha: Maxdorf, 2001, 303 s. ISBN 80-85912-25-2
MAĎAR, R.:Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi. 1. Vyd., Praha: Grada, 2006, 180 s., ISBN 80-247-1673-9
KOLLÁROVÁ, H.,: Vybrané kapitoly z epidemiologie. 1. Vyd., Olomouc: Univerzity Palackého, 2011, 206s. ISBN 978-80-244-2715-7

Kontaktní adresa:

PhDr. Eva Hrenáková
Univerzita Tomáše Bati v Zlíne
Fakulta humanitných štúdií
Mostní 5139
760 01 Zlín

Univerzitná nemocnica Bratislava
Klinika anesteziologie a intenzívnej medicíny
Pracovisko Ružinov
Pažítkova 4
Bratislava
Slovenská republika

PEČOVATELSKÉ CHOVÁNÍ CHIRURGICKÝCH SESTER NEMOCNIC KRAJE VYSOČINA

Lenka Drahošová, Darja Jarošová
Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta, Ústav ošetřovatelství a porodní asistence

Souhrn:
Pečování v ošetřovatelství je popisováno jako aktivita směrem k jedinci nebo skupině, která usnadní plnění evidentních nebo předpokládaných potřeb. Cíl: Cílem prezentovaného výzkumu bylo zmapovat pečovatelské chování sester v nemocnicích, jejichž zřizovatelem je Kraj Vysočina z hlediska jejich věku a pracovních zkušeností. Metodika: do výzkumu, který byl realizován od dubna do června 2012, bylo zařazeno 133 sester chirurgických oddělení všech nemocnic Kraje Vysočina. Jejich průměrný věk byl 37,5 let a délka praxe 15,6 let. Pro sběr dat byl zvolen dotazník CBI-24 a dotazník pro zjištění socio-demografických údajů. Data byla zpracována SPSS programem (deskriptivní statistika). Výsledky: Za nejdůležitější pečovatelská chování považovaly sestry konkrétně pomáhání při tišení bolesti pacienta (dimenze Jistota), včasné provádění léčebných výkonů a podávání léků (dimenze Jistota), rychlé reagování na volání pacienta (dimenze Znalosti a dovednosti), dovednost podávání injekcí, nitrožilních léků a jiných (dimenze Znalosti a dovednosti) a mírnění příznaků onemocnění u pacienta (dimenze Jistota).

Klíčová slova: *Pečovatelské chování; Sestry; Chirurgická oddělení; CBI-24*

Úvod

Pečování v ošetřovatelství je obtížné přesně definovat. Je to aktivita směrem k jedinci nebo skupině, která usnadní plnění evidentních nebo předpokládaných potřeb s cílem zlepšit stav příjemce péče. Probíhá formou procesu, který vzniká v okamžiku střetnutí sestry a pacienta. Rámec, ve kterém vztah probíhá, je ovlivněn pocity, tělesnými vjemy, myšlenkami, přesvědčením, cíli, očekáváním a okolím. Péčí může sestra pomoci najít pacientovi pocit vlastní důstojnosti tím, že mu pomůže najít smysl v nemoci a utrpení. Tím umožní obnovení či podporu osobní harmonie. Jako obtížnější cíl pečovatelského chování je uváděna propojenost, kdy díky vzájemnému sdílení konkrétního momentu dochází k vytvoření společného zážitku sestry a pacienta, který pak pomáhá pacientovi se více otevřít (Watson, 1999 s. 30, 2012, s. 83 - 84).
Morse et al. (1991, s. 3 - 4) uvádí, že péče zdůrazňuje nadoborovost a profesionalitu ošetřovatelství. Identifikuje pět domén péče, které definují ošetřovatelskou teorii a praxi: péči jako univerzální lidská vlastnost, péči jako morální imperativ nebo ideál, péči jako starání se, působení, péči jako mezilidský vztah a péči jako ošetřovatelskou intervenci.
Má-li být ošetřovatelská péče o pacienty kvalitní, sestry potřebují mít jistotu, že skutečně poskytují pacientům to, co od nich pacienti očekávají a chtějí (Bassett, 2002). Pečovatelské chování sester a především to, jak je vnímají pacienti, je velmi důležitou složkou v hodnocení spokojenosti pacientů s celkovou péčí ve zdravotnických zařízeních (Larrabee, 2004, s. 254).

Cíl práce

Cílem studie je zjistit, jaké pečovatelské chování upřednostňují chirurgické sestry nemocnic Kraje Vysočina a jaké ošetřovatelské intervence považují za nejdůležitější.

Metodika

Pro sběr dat byl použit standardizovaný dotazník CBI – 24 (Wolf et al., 1998), který reflektuje Transpersonální teorii péče J. Watson a přispěl k potvrzení této teorie (Watson, 2008, s. 65). Obsahuje ve své verzi celkem 24 položek sestavených do čtyř dimenzí: Znalosti a dovednosti, Jistota, Respektování a Propojenost, které zjišťují rozsah a míru péče poskytované sestrami. Pečovatelské chování sester je hodnoceno položkami bodovanými na Likertově škále (od 1 = nikdy po 6 = stále).

Sběr dat probíhal od dubna do června 2012 na chirurgických odděleních pěti nemocnic, jejichž zřizovatelem je Kraj Vysočina (Havlíčkův Brod, Jihlava, Nové Město na Moravě, Pelhřimov, Třebíč). Dotazníky společně s průvodním dopisem byly rozdávány všem sestrám pracujícím na sledovaných odděleních. Sestry vkládaly obálky s vyplněnými dotazníky do zapečetěných boxů umístěných na každé jednotce. Návratnost dotazníků byla 76 %.

Data získaná z dotazníků byla převedena do elektronické podoby a zpracována statistickým programem SPSS v. 20. Demografické údaje byly vyhodnoceny deskriptivní statistikou (průměr, směrodatná odchylka, absolutní a relativní četnost).

Soubor

Soubor tvořilo 133 sester pracujících na standardním chirurgickém oddělení s minimální celkovou délkou praxe 1 rok (tab. 1). Jejich průměrný věk byl 37,5 let (SD 9,63), s věkovým rozpětím od 23 do 63 let. Žen bylo významně více (96,2 %) než mužů (3,8 %). Průměrná délka praxe činila 15,6 let, většina z nich (90,2 %) pracovala v plném pracovním poměru, převažovalo středoškolské vzdělání (tab. č. 2).

Tab. 1 Demografické charakteristiky sester

Vzdělání sester	n	%
střední zdravotnická škola	95	72,5
vyšší zdravotnická škola	29	22,1
bakalářské studium	5	3,8
magisterské studium	2	1,5
doktorské studium (PhD.)	0	0
Pracoviště sester (nemocnice)		
Nemocnice Havlíčkův Brod, příspěvková organizace	30	23,3
Nemocnice Jihlava, příspěvková organizace	30	23,3
Nemocnice Nové Město na Moravě, příspěvková organizace	22	17,1
Nemocnice Pelhřimov, příspěvková organizace	20	15,5
Nemocnice Třebíč, příspěvková organizace	27	20,9
Pracovní poměr sester		
hlavní	13	90,2
částečný	120	9,8
Pohlaví sester		
ženy	128	96,2
muži	5	3,8

n – absolutní četnost, % - relativní četnost

Výsledky

Pro každou hodnocenou položku dotazníku bylo vypočítáno průměrné skóre (tab. 2). Otázky pak byly seřazeny do kategorií podle čtyř dimenzí dotazníku (Znalosti a dovednosti, Jistota, Respektování, Propojenost). Za nejdůležitější považovaly sestry

aktivity spadající do dimenze Znalosti a dovednosti (průměrné skóre M = 5,38), které zahrnují činnosti jako ovládání profesních znalostí a dovedností, dovednost používání přístrojů a pomůcek, podávání injekcí nebo důvěrné nakládání s informacemi. Následovala dimenze Jistota (M = 5,30) zastoupena položkami zaměřenými na komunikování s pacientem, včasné provádění léčebných výkonů, projevování zájmu o pacienta a jistotu sester v péči o něj. Dimenze Respektování, zaměřená na podporování pacienta, projevování empatie, individuální přístup k nemocnému, byla hodnocena průměrným skóre 4,83. Nejnižší průměrná hodnota byla naměřena u dimenze Propojenost (M = 4,74) sledující trávení času s pacientem, projevování trpělivosti, edukování pacienta a jeho zapojení do péče. Tabulka 2 také prezentuje pořadí otázek tak, jak jednotlivé položky sestry považovaly za důležité. Za nejdůležitějších pět složek chování pak uvádí sestry pomáhání při tišení bolesti pacienta, včasné provádění léčebných výkonů a podávání léků, rychlé reagování na volání pacienta, dovednost podávání injekcí, nitrožilních léků a mírnění příznaků onemocnění u pacienta. Mezi činnosti, které sestry hodnotí nejnižším skóre, pak patří trávení času s pacientem (M = 4,20), pomáhání pacientovi v jeho rozvoji (M = 4,31), docházení za pacientem na pokoj ze své vůle - bez vyzvání či ordinace (M = 4,55), projevování empatie a ztotožnění se s pacientem (M = 4,73) a podporování pacienta (M = 4,79).

Tab. 2 Hodnocení pečovatelského chování sestrami

Dimenze	Položky	M	Pořadí v dimenzi	Celkové pořadí
Jistota	Pomáhání při tišení bolesti pacienta.	5,67	1	1
	Včasné provádění léčebných výkonů a podávání léků.	5,64	2	2
	Mírnění příznaků onemocnění u pacienta.	5,47	3	5
	Projevování zájmu o pacienta.	5,37	4	7
	Jistota v jednání a pečování o pacienta.	5,34	5	10
	Komunikování s pacientem.	5,20	6	11
	Vyzývání pacienta k tomu, aby se hlásil své problémy.	5,16	7	13
	Docházení za pacientem na pokoj ze své vůle. (bez vyzvání či ordinace)	4,55	8	22
Znalosti a dovednosti	Rychlé reagování na volání pacienta.	5,53	1	3
	Dovednost podávání injekcí, nitrožilních léků a jiných.	5,52	2	4
	Důvěrné nakládání s informacemi o pacientovi.	5,36	3	8
	Ovládání profesních znalostí a dovedností.	5,35	4	9
	Dovedné používání a ovládání přístrojů a pomůcek.	5,20	5	12
Respektování	Jednání s pacientem jako s jednotlivcem. (individuální přístup)	5,14	1	14
	Pozorné naslouchání pacientovi.	5,03	2	15
	Umožnění pacientovi vyjádřit své pocity o onemocnění a léčbě.	5,01	3	16

	Plnění vyslovených i nevyslovených potřeb pacienta.	4,89	4	18
	Podporování pacienta.	4,79	5	20
	Projevování empatie a ztotožnění se s pacientem.	4,73	6	21
Propojenost	Podávání pokynů a edukování pacienta.	5,40	1	6
	Projevování trpělivosti a vytrvalosti v péči o pacienta.	5,01	2	17
	Zapojení pacienta do plánování jeho péče.	4,83	3	19
	Pomáhání pacientovi v jeho rozvoji.	4,31	4	23
	Trávení času s pacientem.	4,20	5	24

M = průměrné skóre

V tabulce 3 je pak zobrazeno, jakých hodnot bylo dosaženo v jednotlivých dimenzích podle věku sester.

Tab. 3 Pečovatelské chování a věk sester

věk sester	n	Dimenze			
		Jistota (M)	Znalosti a dovednosti (M)	Respektování (M)	Propojenost (M)
23 - 29 let	32	5,38	5,51	5,02	4,92
30 - 39 let	42	5,38	5,43	4,98	4,68
40 - 49 let	38	5,28	5,24	4,84	4,55
50 a více	17	5,20	5,02	4,83	4,67

n – absolutní četnost, M – průměrné skóre

Diskuze

Porovnáním průměrných skóre dosažených v jednotlivých dimenzích pečovatelského chování sester s výzkumem Papastavrou (2011) bylo zjištěno, že chirurgické sestry z nemocnic Kraje Vysočina hodnotily své ošetřovatelské intervence přibližně o 0,5 bodu výše než řecké a kyperské sestry. V pořadí důležitosti dimenzí byly u našeho výzkumu zaznamenány stejné výsledky. V čem se ale sestry z Kraje Vysočina liší od sester řeckých a kyperských, je pořadí pečovatelských aktivit. Sestry v naší studii uváděly jako tři nejdůležitější aktivity pomáhání při tišení bolesti pacienta, včasné provádění léčebných výkonů a podávání léků, rychlé reagování na volání pacienta. Řecké a kyperské sestry na prvních třech místech uvedly dovednosti při podávání injekcí, nitrožilních léků, včasné provádění léčebných výkonů a vyzývání pacienta k tomu, aby hlásil své problémy. Mezi tři pečovatelské aktivity, které české sestry provádějí nejméně často, patří trávení času s pacientem, pomáhání pacientovy v jeho rozvoji a docházení za pacientem ze své vůle. Tato skutečnost může reflektovat současný stav organizování ošetřovatelské péče a systému její dokumentace. Od sester zaznívá názor, že jsou zatěžovány administrativou, která jim čas, po který by mohly a chtěly být u pacienta na pokoji, ubírá.

Závěr

V dnešní době je kladen důraz na hodnocení kvality zdravotnických zařízení z nejrůznějších hledisek. Pečovatelské chování sester může být jedním z indikátorů kvality ošetřovatelské péče zdravotnických zařízení. Důležité pak je porovnat toto hodnocení

s hodnocením pacientů, o které tyto sestry pečovaly. Jak vyplývá z našich i již zmíněných zahraničních výzkumů (Jarošová, 2010, Papastavrou, 2010, 2011, 2012), sestry obecně hodnotí své pečovatelské chování vyššími průměrnými hodnotami než jejich pacienti.

Studie byla realizována za podpory SGS 1/LF/2012

Literatura

BASSETT, CH. (2002) Nurses´ perceptions of care and caring. *In International Jurnal of Nursing practice,* 2002 no 8, s. 8 – 15.

JAROŠOVÁ, D., TOMÁŠKOVÁ, H, PAPASTAVROU, E. (2010) Vnímání pečovatelského chování sestrami a pacienty chirurgických oddělení. *In Kontak*t vol.3/2010. p. 281 – 287. ISSN 1804-7122

LARRABEE, J.H., OSTROW, C.L.,WITHROW, M.Let al. (2004) Predictor of patient satisfaction with inpatienthospital nursing care. In Research in Nursing & Health,2004, vol.27, s. 254 – 268.

MORSE, J. M., SOLBER, S. M., NEANDER, W. L., BOTTORFF, J. L., & JOHNSON, J. L. (1990). Concepts of caring and caring as a concept. *In Advanced Nursing Science, 13*(1), 1-

14. Retrieved October 6, 2005 from ILL (12951245).

PAPASTAVROU, E., et al. (2012) Patients' and Nurses' Perceptions of Respect and Human Presence through Caring Behaviours: A Comparative Study. *In Nursing Ethics*, vol. 19, no. 3, pp. 369-79 ProQuest Central. ISSN 09697330.

PAPASTAVROU E , EFSTATHIOU G. Instruments measuring the concept of caring (in Greek). *In Nurs Care Res* 2010; 26:25–35.

PAPASTAVROU, E., KARLOU, C., TSANGARI, H., EFSTATHIOU, G., SOUSA, V., MERKOURIS, A., & PATIRAKI, E. (2011). Cross-cultural validation and psychometric properties of the Greek version of the Caring Behaviors Inventory: a methodological study. *Journal Of Evaluation In Clinical Practice*, *17*(3), 435-443. doi:10.1111/j.1365-2753.2010.01445.x

WATSON, J. (2008) *Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Science*. 2nd ed. NY. Springer, 2008.

WATSON, J. (1996) Watson's theory of transpersonal caring. *In P. H. Walker and B. M. Neuman (Eds.). Blueprint for use of nursing models: Education, research, practice, and administrativ.* National League for Nursing. 1996, s. 141-184.

WATSON, J. (1999) Nursing: Human science and human care. A theory of nursing. *In National League for Nursing.* 1999. 115 s. ISBN O-7637-1111-X.

WATSON, J. (2012) *Human caring science. A theory of nursing.* Jones and Bartlett Learning., Sunbury, 2012, 122 s.

Colorado.

WOLF, Z. R., COLAHAN, M., COSTELLO, A.: Relationship between nurse caring and patient satisfaction. *Medsurg Nursing,* 1998, vol 7, no 2, s. 99 – 105.

WU, Y., LARABEE, J. H. & PUTMAN, H. P. (2006) Caring Behaviors Inventory: a reduction of the 42-item instrument. *Nursing Research*, 55 (1), 18–25.

Kontaktní adresa:

Mgr. Lenka Drahošová
VŠPJ, KZS
Tolstého 16
586 01 Jihlava
Email: lenka.drahos@gmail.com

VYUŽITÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNOSTIKY NANDA INTERNATIONAL V ŽIVOTNÍM STYLU SENIORŮ

Hana Lukšová, Yvetta Vrublová
Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta, Ústav ošetřovatelství a porodní asistence

Souhrn:
Článek prezentuje roční výzkumný projekt, kterému byl udělen grant SGS. Výzkumný projekt je zaměřen na využití ošetřovatelské klasifikace NANDA International v životním stylu seniorů. Cílem výzkumu je ověřit použitelnost vybraných mezinárodních ošetřovatelských diagnóz dle NANDA International ve vybraných prvcích životního stylu (výživa, pohybová aktivita) seniorů v institucionální péči a zjistit jejich frekvenci výskytu. Dalším cílem je testovat standardizované měřící nástroje k hodnocení vybraných oblastí životního stylu seniorů v institucionální péči. Výzkum je proveden v rámci praktické části disertační práce, která bude hlavním výstupem práce. Další výstup bude souviset s praktickým využitím výsledků výzkumu. S vytvořeným jednotným souborem, obsahující ověřené ošetřovatelské diagnózy dle NANDA- International a měřící škály a techniky vztahující se k životnímu stylu seniorů, bude seznámen management zařízení, ve kterých bude probíhat výzkumné šetření.

Klíčová slova: *životní styl - senior - ošetřovatelská diagnostika - NANDA International*

Úvod

Definování životního stylu je obtížné, sociologický slovník jej definuje jako komplex psaných a nepsaných norem, identifikačních vzorců a souhrn životních podmínek, na které jedinci berou ohled ve vzájemných vztazích a chování (Jandourek, 2001, s. 243).
Životní styl má zásadní vliv na zdraví, je jednou ze základních determinant zdraví. Mezi hlavní složky životního stylu patří pohyb, stres, výživa, kouření, alkohol, sexuální chování. Životní styl je ve spojitosti se způsobem života, vzděláváním, socioekonomickým statusem (Vrublová, 2005, 13-18 s.).
Z důvodů demografických změn, jako je prodlužování střední délky života a zvyšující se počet seniorů je aktuální mluvit o problematice životního stylu seniorů. Stáří s sebou přináší mnoho faktorů, měnící životní styl seniora (tělesné, psychické, sociální změny). Jednou a zcela zásadní změnou, bezpochyby vedoucí ke změně životního stylu seniora je úbytek schopností, multimorbidita, které mohou vyvrcholit změnou prostředí - např. institucionální péči (Vágnerová, 2000, 495-496 s.).
V kontextu s ošetřovatelstvím je podstatné stanovení ošetřovatelské diagnózy u seniora a to v oblasti životního stylu - konkrétně výživy a pohybové aktivity. Jelikož v ČR není jednotný standardizovaný diagnostický systém, může být nápomocen mezinárodní klasifikační systém NANDA International. I když je tento systém zevrubný a uplatnitelný ve specifických situacích a u různých typů pacientů, je důležité využít pouze ty komponenty, které k dané problematice odborně náleží. (Marečková, Tománková, 2007).
Po stanovení ošetřovatelských diagnóz následuje vybrání vhodných intervencí, například podle klasifikace NIC, které budou korespondovat s diagnostickým závěrem systému NANDA International.

Současný stav poznání

Porucha výživy vede k závažným zdravotním problémům, proto je důležité stav výživy u seniorů hodnotit. Problematice výživy se věnuje řada domácích i zahraničních autorů ve

studiích a odborných článcích. Provedená literární rešerše dokládá mnoho poznatků týkající se výživy.

- Klienti s demencí vykazují vysoké procento podvýživy, zvláště evidentní je u jedinců s hlubší poruchou kognitivních funkcí (Magri, et al., 2003).
- Deprese je častou příčinou hubnutí v institucích pro seniory. Nedostatečná výživa vede k úbytku vitaminů a důležitých látek. Nedostatek vitaminu D je spojen se zlomeninami krčku kosti stehenní. Nedostatek zinku zhorší imunodeficienci a pomalé hojení ran. Neadekvátní příjem tekutin vede k hypotenzi a dehydrataci seniorů (Morley, Silver, 1995).
- Švédská studie prováděná u seniorů v institucionální péči dokazuje, že podle MNA trpí podvýživou 36 % účastníků studie. Klienti, kteří potřebovali významnou pomoc během stravování, snědli méně jídla, než ti, kteří přijímání potravy zvládali bez pomoci (Saletti, et al., 2000).
- Nutriční stav seniorů byl horší u pacientů trpících infekční chorobou, mrtvicí, demencí a traumatickým zraněním. Podle této studie je jednoduchým a ideálním a přesným způsobem hodnocení stavu výživy MNA - Mini Nutritional Assessment (Compan, et al., 1999).
- Podvýživa je častá a má spojitost s dlouhodobou hospitalizací. Výzkum dále odhalil, že pohlaví není rizikovým faktorem u vzniku podvýživy (Ben-Ishay, et al., 2010).
- Podle výzkumu, prováděném v domovech s pečovatelskou službou v Helsinkách bylo zjištěno, že 29 % zkoumaných obyvatel trpí podvýživou a 60 % je jí ohroženo. Hlavní příčiny jsou poruchy polykání, poruchy ADL, demence, zácpa a přijímání méně jak $^{1}/_{2}$ nabízených potravin (Pitkala, 2004).
- Výsledky studie Medical College of Wisconsin ukazují vysoký výskyt prevalence podvýživy (11,8 %) a hypoalbuminémie (22,5 %) u klientů domovů s pečovatelskou službou. Výsledky také odhalily nedostatečné dokumentování sester a lékařů o těchto skutečnostech (Bbasi, Rudman, 1993).
- Z 311 obyvatel pečovatelský domů bylo podvyživených 38,6 % (na základě BMI). Bylo zjištěno, že podvýživa negativně ovlivňuje kvalitu života. Významný vztah byl mezi BMI a funkčním stavem klientů (stravování, osobní hygiena, použití toalety) a psychosociálním stavem (Crogan, Pasvogel, 2003).
- U více jak 10.000 starších osob, průměrná prevalence podvýživy je 1 % v komunitě - zdravých starších osob, 4 % u ambulantních pacientů užívajících domácí péče, 5 % u pacientů Alzheimerovou chorobou v domácí péči, 20 % u hospitalizovaných pacientů a 37 % u institucionalizovaných starších osob. Autoři poukazují na významnost MNA a jeho jednoduchého využití k screeningu stavu výživy. MNA je jednoduchý, neinvazivní, dobře ověřitelný nástroj pro hodnocení stavu výživy. Časná detekce malnutrice je důležitá pro včasné zahájení intervencí a měla by být hlavní složkou geriatrického hodnocení (Guigoz, Lauque, Vellas, 2002).
- Z výsledků prováděného výzkumu v Ostravě a ve Vsetíně bylo zjištěno, že vyšší hodnoty BMI mají senioři žijící v domácím prostředí, než senioři institucionalizovaní. Výsledky ukázaly, že senioři žijící v domovech pro seniory měli pravidelnou tělesnou aktivitu, měli více chodů jídla v průběhu dne a mají vyšší příjem tekutin, než senioři žijící v domácím prostředí (Vrublová, Machalcová, 2005).

Pohyb stejně jako výživa představuje jednu z nejvýznamnějších determinant zdraví a komponentů životního stylu. Nutričně vyvážená výživa, tak i přiměřená pohybová aktivita má pozitivní vliv na zdravotní stav seniora. Pohybová aktivita představuje rozhodující význam pro zachování autonomie a nezávislost seniora.

- Marjolein Visser, Phd. uvádí, že starší osoby, které jsou schopny fyzické aktivity, ale nevykonávají jí, mají zvýšené riziko budoucích problémů s chůzí, nebo s chůzí do schodů. Na počátku této studie neměl nikdo problémy s chůzí, nebo s chůzí do schodů. Po 4,3 letech 34 % mužů a 47 % žen měla problém s mobilitou. 1,5 - 2 hodiny chůze týdně může pomoci ke snížení ztráty mobilit ve stáří. Studie ukazuje, že nikdy není pozdě začít s pohybem. Výsledky poukazují na význam aktivního životního stylu (Visser, 2005).
- Správné intervence životního stylu (strava, fyzická aktivita a užívání antihypertenziv) vedou k výraznému snížení systolického krevního tlaku. Výzkum také ukazuje významnost a smysluplnost provádění edukací - group counseling (Senaida, et al., 2008).
- Výzkum prováděn u 805 seniorů popisuje vztah pravidelného cvičení a tělesné hmotnosti ke zdravotnímu postižení. Aktivní účastníci výzkumu s nadváhou měli méně zdravotních postižení než jedinci neaktivní s nadváhou, i bez ní. Fyzická aktivita zmírňuje rozvoj zdravotního postižení a to do značné míry bez vlivu BMI. Významný vliv má edukace v oblasti pohybové aktivity (Bruce, Fries, Hubert, 2008).
- Srovnávací studie (Clarkson, Hartley, 1989) ukázala, že tělesná zdatnost má kladný vliv na kognitivní funkce (např. paměť, rozhodování se), ale i odolnost psychiky.
- Ze závěru výzkumu o ovlivňování zdraví seniorů pohybovou aktivitou vyplývá, že dlouhodobě řízené pohybové programy o relativně nízkém objemu a intenzitě mají zřejmě pozitivní roli ve zdravotní prevenci (pozitivní ovlivnění hmotnosti a lipidového spektra) a kvalitě života seniorů. Při pohybovém programu došlo k nárůstu spokojenosti a pohody a také se zvýšil pocit zodpovědnosti seniorů za své zdraví. Podle prováděného výzkumu je účinnější skupinové cvičení, než cvičení individuální (Fialová, Vlastníková, 2010).

Cíle projektu

1. Ověřit použitelnost vybraných mezinárodních ošetřovatelských diagnóz dle NANDA International ve vybraných prvcích životního stylu (výživa, pohybová aktivita) seniorů v institucionální péči.
2. Zjistit frekvenci výskytu vybraných mezinárodních ošetřovatelských diagnóz dle NANDA International.
3. Testovat standardizované měřící nástroje k hodnocení vybraných oblastí životního stylu seniorů v institucionální péči.

Výzkumné otázky

- Jaké ošetřovatelské diagnózy dle NANDA International klasifikace je možné nalézt v oblasti životního stylu seniorů v institucionální péči?
- Jaké měřící nástroje je možné využít k posouzení stavu životního stylu seniorů v institucionální péči?

Metodika

Soubor

Výzkumný vzorek tvoří senioři institucionální péči. Probandi jsou vybíráni ve spolupráci s vrchními a staničními sestrami. Do výzkumu jsou zařazeni pacienti/klienti, kteří splňují následující kritéria: věk nad 60 let (seniorský věk dle WHO), klient institucionální péče v Moravskoslezském kraji (léčebny dlouhodobě nemocných, nemocniční zařízení, domov pro seniory se zvláštním režimem), ochota a zájem ke spolupráci, podepsání informovaného souhlasu. V případě nesvéprávnosti probanda, informovaný souhlas je

podepsán zákonným zástupcem osoby. V případě neschopnosti podpisu informovaného souhlasu probandem (u klientů/pacientů bez kognitivní poruchy) je nutný podpis 2 svědků (zdravotníci instituce). Předpokládaný soubor probandů je 200.

Metody sběru dat

Jedná se o kvantitativní výzkum, zahrnující systematické shromažďování a analýzu informací. Záznamový arch obsahuje výběr ošetřovatelských diagnóz dle NANDA International – Definice a klasifikace 2009-2011 a standardizované měřící nástroje korespondující s problematikou výživy a pohybové aktivity seniorů.

K ověření využití ošetřovatelské diagnostiky je využit diagnostický algoritmus dle NANDA International. U aktuálních ošetřovatelských diagnóz je nutné nalezení alespoň jednoho určujícího znaku a souvisejícího faktoru a potvrzení definice, zda diagnóza odpovídá situaci, ve které se jedinec nachází. U potencionální ošetřovatelské diagnózy je postup obdobný, je nutné nalézt alespoň jeden rizikový faktor a potvrdit diagnózu definicí. U diagnóz k podpoře zdraví je nezbytné nalezení alespoň jednoho určujícího znaku a potvrzení diagnózy definicí.

Analýzou významu definic ošetřovatelských diagnóz NANDA International byly pro tento projekt vybrány ošetřovatelské diagnózy dvou domén a tří tříd. Z těchto diagnóz byly vyloučeny pouze ty, které nemají vztah ke klientům ve věkové kategorii nad 60 let a k dlouhodobé institucionální péči.

V rámci vytvoření souboru ošetřovatelských diagnóz byla provedena pilotní studie u 20 probandů.

Tab. 1 Soubor ošetřovatelských diagnóz NANDA Int. pro pilotní studii

2. DOMÉNA - VÝŽIVA

Třída 1	Příjem potravy
Ošetřovatelsky diagnózy	Nevyvážená výživa: méně, než je potřeba organismu (00002)
	Nevyvážená výživa: více než je potřeba (00001)
	Porucha polykání (00103)
	Riziko nevyvážené výživy: více, než je potřeba organismu (00003)

4. DOMÉNA - AKTIVITA/ODPOČINEK

Třída 2	Aktivita/cvičení
Ošetřovatelské diagnózy	Riziko syndromu nepoužívání (00040)
	Nedostatek zájmových aktivit (00097)
	Sedavý způsob života (00168)
	Zhoršená pohyblivost na lůžku (00091)

	Zhoršená tělesná pohyblivost (00085)
	Zhoršená pohyblivost na vozíku (00089)
	Zhoršená schopnost přemísťování se (00090)
	Zhoršená chůze (00088)
	Prodloužení pooperačního zotavení (00100)
Třída 5	Sebepéče
Ošetřovatelské diagnózy	Snaha zlepšit sebepéči (00182),
	Deficit sebepéče při koupání (00108),
	Deficit sebepéče při oblékání (00109),
	Deficit sebepéče při stravování (00102),
	Deficit sebepéče při vyprazdňování (00110)

Na podkladě pilotáže doplněné studiem literárních zdrojů byl soubor ošetřovatelských diagnóz redukován a byl vytvořen finální soubor ošetřovatelských diagnóz připravený k empirickému šetření. Konkrétně byly vyloučeny tyto ošetřovatelské diagnózy:

- Nedostatek zájmových aktivit (00097),
- Sedavý způsob života (00168),
- Prodloužení pooperačního zotavení (00100),
- Zhoršená tělesná pohyblivost (00085)
- Snaha zlepšit sebepéči (00182).

Finální záznamový arch obsahuje soubor 13 ošetřovatelských diagnóz NANDA Int. týkající se životního stylu seniorů.

Tab. 2 Finální soubor ošetřovatelských diagnóz NANDA Int.

2. DOMÉNA - VÝŽIVA

Třída 1	Příjem potravy
Ošetřovatelsky diagnózy	Nevyvážená výživa: méně, než je potřeba organismu (00002)
	Nevyvážená výživa: více než je potřeba (00001)
	Porucha polykání (00103)
	Riziko nevyvážené výživy: více, než je potřeba organismu (00003)

4. DOMÉNA - AKTIVITA/ODPOČINEK

Třída 2	Aktivita/cvičení
Ošetřovatelské diagnózy	Riziko syndromu nepoužívání (00040)
	Zhoršená pohyblivost na lůžku (00091)
	Zhoršená pohyblivost na vozíku (00089)
	Zhoršená schopnost přemísťování se (00090)
	Zhoršená chůze (00088)
Třída 5	Sebepéče
Ošetřovatelské diagnózy	Deficit sebepéče při koupání (00108),
	Deficit sebepéče při oblékání (00109),
	Deficit sebepéče při stravování (00102),
	Deficit sebepéče při vyprazdňování (00110)

Výzkum je doplněn o testování standardizovaných měřících nástrojů. Konkrétně se jedná o Škálu pro hodnocení stavu výživy - zkrácená verze (MNA - Mini Nutritional Assessment - Short Form) a Test základních všedních činností podle Barthelové. Jelikož v případě dosažení 11 a méně bodů v MNA, je nutné provést další šetření, je součástí výzkumu i Škála pro hodnocení stavu výživy (Mini Nutritional Assessment) a Test instrumentálních všedních činností.
Data empirického šetření budou zpracovány statisticky a vybrané statistické metody budou konzultovány se statistikem. Budou vytvořeny tabulky a grafy popisující výskyt daného jevu (diagnózy) v sledované populaci seniorů, kde výsledky budeme porovnávat na základě skupinových charakteristik (věk, pohlaví, vzdělání, druh instituce).

Způsob získávání dat
Výzkumnému šetření předcházelo schválení výzkumu etickou komisí Ostravské univerzity a etickou komisí ve Fakultní nemocnici v Ostravě. Následně bylo nutné získat schválení výzkumu ředitelem instituce, nebo náměstkyní ošetřovatelské péče.
V první části sběru dat je ověřováno využití ošetřovatelské diagnostiky, kde je využit diagnostický algoritmus dle NANDA International. V druhé fázi výzkumu sběr dat probíhat pomocí standardizovaných dotazníků - Škála pro hodnocení stavu výživy - zkrácená verze (MNA - Mini Nutritional Assessment - Short Form) a Test základních všedních činností podle Barthelové. Data jsou zaznamenány do záznamového archu. Každý pacient/klient je individuálně poučen o záměru a významu výzkumného šetření, je informován o zachování anonymity a vlastní šetření probíhá po vyslovení a podepsání souhlasu probanda (případně zákonného zástupce).

Očekávané výsledky a význam projektu
Na základě výsledků bude vytvořen soubor ošetřovatelských diagnóz a k nim korespondující standardizované měřící nástroje. Ověřené ošetřovatelské diagnózy a měřící

nástroje budou východiskem pro vytvoření jednotného souboru, který bude navýšen o vybrané NIC v českém znění. To vše by mohlo přispět k efektivnější ošetřovatelské péči a usnadnit práci sester při provádění ošetřovatelského procesu v ústavní péči. Vytvořený jednotný soubor by mohl být prakticky využit na geriatrických odděleních, v léčebnách dlouhodobě nemocných a také v domovech pro seniory. S vytvořeným jednotným souborem, obsahující ověřené ošetřovatelské diagnózy dle NANDA - International a měřící techniky vztahující se k životnímu stylu seniorů, bude seznámen management zařízení, ve kterých bude probíhat výzkumné šetření.

Doplňující informace:
Projektu byl udělen grant SGS. Výzkum poskytne podklady pro praktickou část dizertační práce interní doktorandky Hany Lukšové.

Literatura

BBASI, A. A.; RUDMAN, D. (1993) Observations on the prevalence of protein-calorie undernutrition in VA nursing homes. [online]. 1993, 2, 41, [cit. 2011-01-21]. Dostupný na <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8426031?dopt=Abstract&holding=npg>.

BEN-ISHAY, O. et al. (2010) Malnutrition in SurgicalWards: A Plea for Concern. In Gastroenterology Research and Practice [online]. 2010, [cit. 2011-02-21]. Dostupný na <downloads.hindawi.com/journals/grp/2011/840512.pdf>.

BRUCE, B.; FRIES, J. F.; HUBERT, H. (2008) Regular Vigorous Physical Activity and Disability Development in Healthy Overweight and Normal-Weight Seniors: A 13-Year Study. *In* American Journal of PUBLIC HEALTH [online]. 2008, [cit. 2011-02-21]. Dostupný na <http://ajph.aphapublications.org/cgi/content/short/98/7/1294>.

COMPAN, B. et al. (1999) Epidemiological study of malnutrition in elderly patients in acute, sub-acute and long-term care using the MNA. [online]. 1999, 3, 3, [cit. 2011-02-21]. Dostupný na <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10823981?dopt=Abstract&holding=npg>.

CROGAN, N. L.; PASVOGEL, A. (2003) The influence of protein-calorie malnutrition on quality of life in nursing homes. *In J Gerontol A Biol Sci Med Sci* [online]. 2003, 2, 58, [cit. 2011-01-20]. Dostupný na <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12586854?dopt=Abstract&holding=npg>.

FIALOVÁ, D.; VLASTNÍKOVÁ, V. (2010) *Ovlivnění zdraví seniorů pohybovou aktivitou*. In Aktivní v každém věku IV.: Odborný seminář zaměřený na aplikované pohybové aktivity seniorů. První. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. s. 53-57. ISBN 978-80-244-2536-8.

GUIGOZ, Y.; LAUQUE, S.; VELLAS, B. J. (2002) Identifying the elderly at risk for malnutrition. The Mini Nutritional Assessment. *In Clin Geriatr Med* [online]. 2002, 4, 18, [cit. 2011-02-21]. Dostupný na <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12608501?dopt=Abstract&holding=npg>.

JANDOUREK, J. (2001) *Sociologický slovník*. 1. vyd. Praha : Portál, 2001. 285 s. ISBN 80-7178-535-0.

HERDMAN, T. H. překlad Kudlová, P. (2010). Ošetřovatelské diagnózy: definice & klasifikace 2009 - 2011. 1. české vyd. Praha : Grada. 2010. 456 s. ISBN

MAREČKOVÁ, J.; TOMÁNKOVÁ, I. (2007) Diagnostické prvky NANDA - International u pacientů s poruchou vědomí. In Ošetřovatelská diagnostika a praxe založená na důkazech. Ostrava : OSU, ZSF, 2007. s. 58 - 64. ISBN 978-80-7368-230-9.

MARGI, F. et al. (2003) Nutritional assessment of demented patients: a descriptive study.[online]. 2003, 2, 15, [cit. 2011-01-10]. Dostupný na <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12889847?dopt=Abstract&holding=npg>.

MORLEY, J. E.; SILVER, A. J. (1995) Nutritional issues in nursing home care. [online]. 1995, 11, 123, [cit. 2011-01-21]. Dostupný na <URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7486469?dopt=Abstract&holding=npg>.

PITKALA, K. H. (2005) Malnutrition and associated factors among aged residents in all nursing homes in Helsinki. *In* EJCN [online]. 2005, [cit. 2011-01-11]. Dostupný na: <http://www.nature.com/ejcn/journal/v59/n4/full/1602111a.html>.

SALETTI, A. et al. (2000) Nutritional status according to mini nutritional assessment in an institutionalized elderly population in Sweden. *In Gerontology* [online]. 2000, 3, 46, [cit. 2011-01-21]. Dostupný na <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10754371?dopt=Abstract&holding=npg>.

SENAIDA, F. et al. (2008) A Senior Center–Based Pilot Trial of the Effect of Lifestyle Intervention on Blood Pressure in Minority Elderly People with Hypertension. [online]. 2008, 10, 56, [cit. 2011-02-21]. Dostupný na <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18721222>.

VÁGNEROVÁ, M. (2000) *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří.* 1. vyd. Praha : Portál, s.r.o., 2000. s. 443-508. ISBN 80-7178-308-0.

VISSER, M. (2005) Physical activity in old age is beneficial for physical, cognitive and psychological health. *In News Medical* [online]. 2005[cit. 2011-02-21]. Dostupný na <http://www.news-medical.net/news/2005/06/09/10838.aspx>.

VRUBLOVÁ, Y. (2005) Zdravý životní styl. Ostrava : Ostravská univerzita v Ostravě, 2005. 61 s.

VRUBLOVÁ, Y.; MACHALCOVÁ, A. (2005) Současný stav výživy u seniorů. *In* **9.** Gerontologické dny Ostrava a Dny seniorů. Ostrava : Dům techniky, 2005. s. 107-108. ISBN 80-02-01757-9.

Kontaktní adresa

Mgr. Hana Lukšová
Ústav ošetřovatelství a porodní asistence
Lékařská fakulta, Ostravská univerzita v Ostravě
Syllabova19
703 00 Ostrava-Zábřeh
Email: hankaluksova@seznam.cz

REHABILITAČNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ NA ODDĚLENÍCH FN MOTOL

Eliška Zemková, Tereza Loučná
Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství UK 2. LF a FN Motol

Souhrn:
Autorky příspěvku prezentují výsledky průzkumu na odděleních FN Motol a seznamují účastníky se změnami na neurologické klinice, které se udály na základě tohoto průzkumu.

Klíčová slova: *Rehabilitační ošetřovatelství; Multidisciplinární tým; Plán péče; Proškolený personál*

Úvod

Jednou z podmínek úspěšné léčby je týmová spolupráce lékaře, zdravotní sestry, fyzioterapeuta, ergoterapeuta, psychologa, sociální pracovnice, dalších odborníků a rodiny. Na neurologické klinice se v největší míře vyskytují pacienti po cévní mozkové příhodě, kteří potřebují multidisciplinární péči. Jedním z důležitých aspektů péče u těchto pacientů je kvalitní rehabilitační ošetřovatelství, které může urychlit či umožnit pacientovi co největší míru soběstačnosti a vylepšit kvalitu života.

Cíl práce

Cílem této práce bylo ověřit teoretické znalosti rehabilitačního ošetřovatelství zdravotnického personálu, a nakolik se tyto znalosti promítají do běžné praxe ve FN Motol. Na základě výsledků jsme dále měli za cíl vytvořit projekty, které na daných odděleních usnadní a zlepší kvalitu péče o pacienta a multidisciplinární spolupráci.

Rehabilitační ošetřovatelství je využití základních rehabilitačních postupů v ošetřovatelských úkonech s cílem zkvalitnit základní péči o pacienta. Je prevencí vzniku komplikací z imobility, vzniku sekundárních změn (svalové kontraktury, ankylózy, dekubity, atd…) a slouží k obnovení, zlepšení nebo udržení poškozených či ztracených funkcí.
Cílem je, aby sestra byla schopna identifikovat nutnost spolupráce s fyzioterapeutem, zajišťovat jednotlivé intervence doporučené fyzioterapeutem v rámci komplexní ošetřovatelské péče a společně s fyzioterapeutem hodnotit jejich efekt.
Jejich spolupráce je vyvážená, nikdo není nikomu nadřízen ani podřízen. Jejich společným cílem je zlepšení stavu pacienta.
Rehabilitační ošetřovatelství na Neurologické klinice zahrnuje především pravidelné polohování v 3hodinových intervalech, funkční polohování končetin, pasivní pohyby, přesuny na lůžku i mimo lůžko, podpora a nácvik sebeobsluhy (oblékání, hygiena, jídlo).

Závěr

Rehabilitační ošetřovatelství může kvalitně provádět pouze zaškolený a zainteresovaný personál.
Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství 2. LF UK a FN Motol nabízí a pořádá semináře pro zdravotní sestry a ošetřovatelský personál zaměřené na jednotlivé body rehabilitačního ošetřovatelství s ohledem na spektrum pacientů jednotlivých klinik.

Literatura

KOLÁŘ, Pavel, et al. *Rehabilitace v klinické praxi.* 1. vydání. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-657-1.
KLUSOŇOVÁ, Eva, et al. *Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti.* 1. vydání. Brno: IDVPZ, 2000. ISBN 80-7013-319-8.
FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetřovatelské péči*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1314-4.

Kontaktní adresa

Bc. Eliška Zemková
Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství UK 2. LF a FN Motol
Fakultní nemocnice v Motole
V Úvalu 84
150 06 Praha 5
Email: lisinka@seznam.cz

TÝMOVÁ SPOLUPRÁCE V PÉČI O PACIENTA S JÍCNOVÝMI VARIXY

Gabriela Skoncová
Chirurgická klinika UK 2.LF a FN Motol

Souhrn:
Krvácení z jícnových varixů se v mnoha případech výrazně podílí na vysoké mortalitě nemocných. Nejčastější příčinou krvácení v oblasti jícnu jsou jícnové varixy, které vznikají v důsledku progresivního onemocnění jater a portální hypertenzí. Důkladné vyšetření vytvoří základ pro další intervence, které musí být provedeny rychle, aby se minimalizovaly všechny životu nebezpečné okolnosti. Podle závažnosti stavu klienta je nejčastěji hospitalizován na jednotce intenzivní péče. Cílem všech diagnostických a terapeutických opatření je: resuscitace oběhu, rychlá lokalizace zdroje krvácení, zastavení krvácení.

Klíčová slova: *Jícnové varixy; Ošetřovatelská péče; Pacient; Týmová spolupráce; Sestra*

Cíl

Cílem přednášky je, aby posloužila jako zdroj informací nejen ošetřujícímu týmu, ale i pacientům, kterých se tato nemoc týká.

V první části přednášky jsou rozpracované teoretické poznatky o jícnových varixech, přičinách vzniku, příznacích, medicínským managementem. V druhé části se zaměříme na ústavní ošetřovatelskou péči o pacienta s jícnovými varixy, kde je důležité uspokojování všech potřeb pacienta, následná péče, prevence, kde je v neposlední řadě podstatná i edukace pacienta. Ošetřovatelská péče na svá specifika a vyžaduje týmovou spolupráci specializovaných sester a lékařů. Sestra je v těchto těžkých stavech pro pacienta velmi podstatnou osobou. Musíme také věnovat pozornost i náročnosti ošetřovatelské profese, která může být zdrojem psychické i fyzické zátěže.

Literatura

ADAMS, B. – HAROLD, C.E.1999. Sestra a akutní stavy. 1. vyd. Praha: Grada, 1999.893 s. ISBN 80-7169- 8.
DOENGES, M. – MOORHOUSE, M. 2001. Kapesní průvodce zdravotní sestry. 7.vyd. Praha: Grada, 2001. 568 s. ISBN 80-247-0042-8.
KAPOUNOVÁ, G. 2007.Ošetřovatelství v intenzivní péči. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 350 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
KUBICOVÁ, Ľ.2005. Chirurgické ošetrovateľstvo. 1. vyd. Martin: Osveta, 2005.151 s. ISBN 80-8063-176-X.
LUKÁŠ, K. 2005. Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 288 s. ISBN 80-247-1283-0.
VOROSOVÁ, G. 2005. Interné ošetrovateľstvo. 1.vyd. Martin: Osveta, 2005. 197 s. ISBN 80-8063-192-1.

Kontaktní adresa:
Mgr. Gabriela Skoncová
Chirurgická klinika UK 2. LF a FN Motol
V Úvalu 84
15006 Praha 5
Email: gabrielaskoncova @seznam.cz

PACIENT S ANTIKOAGULAČNOU LIEČBOU Z POHĽADU SESTRY

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

Súhrn:
Cieľom príspevku je podať prehľad o špecifikách starostlivosti o pacientov s antikoagulačnou liečbou z pohľadu sestry hlavne z toho dôvodu, pretože sestry sa môžu zapájať do procesu informovania ešte stále nedostatočne edukovaných pacientov vo väčšej miere ako doteraz. Pre správny prístup sestry edukujúcej pacienta s antikoagulačnou liečbou je nutné, aby najprv sama zvládla princípy antikoagulačnej liečby: umelého navodenia poruchy krvného zrážania s cieľom zabrániť vzniku trombózy, resp. zastaviť progresiu už vzniknutého trombu. Následne by mala vhodnou a účinnou komunikáciou a dostatočným časovým priestorom informovať pacientov o priebehu a podmienkach liečby a o rizikách, ktorým sú vystavení napr. pri úrazoch a poraneniach, ako aj pri invazívnych diagnostických a liečebných zákrokoch vykonaných počas účinnej liečby warfarínom.

Kľúčové slová*: Antikoagulačná liečba; Edukácia; Diétne zásady*

Úvod

Informovanosť pacientov liečených kumarinovými antikoagulanciami je základnou podmienkou efektívnej liečby bez komplikácii. Príspevkom chceme podať prehľad o špecifikách starostlivosti o pacientov s antikoagulačnou (AK) liečbou z pohľadu sestry hlavne z toho dôvodu, lebo sestry sa môžu zapájať do procesu informovania ešte stále nedostatočne edukovaných pacientov vo väčšej miere ako doteraz. Správnu a účinnú edukáciu pacienta s antikoagulačnou liečbou robí sestra ovládajúca princípy a metodiku liečby poruchy krvného zrážania s cieľom zabrániť vzniku trombózy, resp. zastaviť progresiu už vzniknutého trombu. Dĺžka podávania závisí od príčiny, pre ktorú bol warfarin indikovaný - od niekoľko týždňov až po doživotné užívanie. Pred započatím liečby, ako aj počas obdobia liečby je nutné oboznámiť pacienta so všetkými okolnosťami ovplyvňujúcimi účinok, či už v zmysle jeho zvýšenia alebo zníženia: o interakcii s inými liekmi a niektorými potravinami, o zásadách diéty a životospráve, pretože odpoveď na liečbu warfarínom je variabilná pre mnohé farmakokinetické a farmakodynamické faktory. Pri nesprávnej liečbe hrozí riziko krvácavých a embolických komplikácií. Toto riziko sa zvyšuje pri absencii základných informácií o účinku lieku, pri nedostatočnej edukácii a následne zlou compliance pacienta. (Kessler, 2000)
Sú pacienti, ktorí sa zaujímajú o priebeh liečby, avšak ich otázky nie sú vždy zodpovedané. Väčšina sa o problematiku zaujíma aktívne. Všetkým však treba vysvetliť riziká, ktorým sú vystavení pri úrazoch a poraneniach, ako aj pri invazívnych diagnostických a liečebných zákrokoch vykonávaných počas účinnej liečby warfarínom, ak na užívanie neupozornia ošetrujúceho lekára.

Antikoagulačná liečba Warfarínom

Warfarín je antagonista vitamínu K - bráni tvorbe aktívnej formy vitamínu K, dochádza k zásahu do jemnej rovnováhy zaisťujúcej na jednej strane zástavu krvácania a na druhej strane zabraňuje tvorbe trombózy. Účinok je úmerný dávke lieku a nastupuje až po niekoľkodňovej latencii.

Optimálne hodnoty

- INR 2,0-3,0 väčšina indikácií
- INR 2,5-3,5 pacienti s umelou chlopňou

Správne dávkovanie antikoagulačnej liečby sa kontroluje laboratórnymi krvnými testami. Najpoužívanejší je test vyšetrenia protrombínového času (aj Quickov test), ktorý monitoruje aktivitu faktorov protrombínového komplexu (II., V., VII. a X.) a fibrinogénu. Výsledok testu je udávaný ako INR = International Normalized Ratio (medzinárodný normalizovaný pomer), čo je násobok pomeru protrombínového času pacienta a kontroly s koeficientom protrombínu použitého k vyšetreniu (je tak zabezpečená možnosť porovnania výsledkov zo všetkých laboratórií navzájom).
Dĺžka podávania závisí od príčiny, pre ktorú bol warfarin indikovaný - od niekoľko týždňov až po doživotné užívanie. (Kessler, 2000)

Indikácie krátkodobej liečby

- Plánovaná kardioverzia pri fibrilácii predsiení (3-4 týždne pred a 3-4 týždne po výkone)
- Rekonštrukčné výkony na hlbokých žilách (3-6 týždňov)
- Profylaxia žilovej trombózy po ortopedických operáciách (6-8 týždňov)
- Bioprotéza chlopne (3 mesiace)

Indikácie trvalej liečby Warfarinom

- Recidivujúce trombózy hlbokých žíl
- Recidivujúce pľúcne embólie
- Permanentná fibrilácia predsiení
- Primárna pľúcna hypertenzia (resp. skrytá sukcesívna pľúcna embólia)
- Náhrady srdcových chlopní (Kessler, 2000)

Faktory ovplyvňujúce AK liečbu

Farmakokinetické faktory ovplyvňujúce AK liečbu sú absorbcia zo zažívacieho traktu**,** enterohepatálny obeh, väzba na albumín, väzba na receptor a biodegradácia.

Enzymatické (liekové) faktory

Induktory – účinok warfarinu oslabujú

- Zvyšujú odbúravanie antikoagulancií
- Majú pomalý nástup účinku
  (barbituráty, dicloxacilin, metformin, diuretiká, vitamin E, antacidá)

Inhibítory – účinok warfarinu zosilňujú

- Zabraňujú odbúravaniu antikoagulancií
- Majú okamžitý účinok, blokujú konkrétny izoenzym (co-trimoxazol, metronidazol, doxycyklin, makrolidy, amiodaron, chinidin, propafenon) (Kessler, 2000)

Metabolické (neliekové) ovplyvnenie účinnosti AK liečby

Účinok zvyšuje: vek, nadváha, alkoholový exces, stres, horúčka, hnačka, malnutrícia, malabsorbcia, kardiálna dekompenzácia, thyreotoxikóza, ...

Účinok znižuje: listová zelenina ...

Všeobecne je potrebné vyvarovať sa v priebehu antikoagulačnej liečby všetkým náhlym zmenám v jedálničku i jednorazovým stravovacím výkyvom.
Pri užívaní perorálnych antikoagulancií odporúčame pacientovi dodržiavať také diétne zásady, ktoré minimalizujú riziko kolísania účinku liečby. A tak jednak zabezpečujú dostatočné trvanie času, v ktorom sa pacient nachádza v terapeutickom rozpätí lieku a zároveň zásadne redukujú možnosť komplikácií základného ochorenia. Správne zostavená

diéta by mala vychádzať zo zásad správnej výživy, mala by zohľadniť prípadné ďalšie diétne odporúčania, prihliadať na stravovacie návyky pacienta a zabezpečiť pravidelný prísun vitamínu K bez výraznejších výkyvov v jeho príjme. Platí pravidlo: **Všetko, ale s mierou!** (Kohout, 2007)

Potraviny s vysokým obsahom vitamínu K je možné zaradiť do jedálnička pravidelne, ale v primeranom množstve

- Listová zelenina: kapusta, kyslá kapusta, šalát, zelená paprika, brokolica, špenát, nezrelé paradajky, petržlenová vňať, pažítka, pór, avokádo
- Bylinkové čaje
- Červená repa
- Olivy a olivový olej

Potraviny so stredným obsahom vitamínu K treba zaraďovať do stravy pravidelne v množstve podľa zvyklostí.

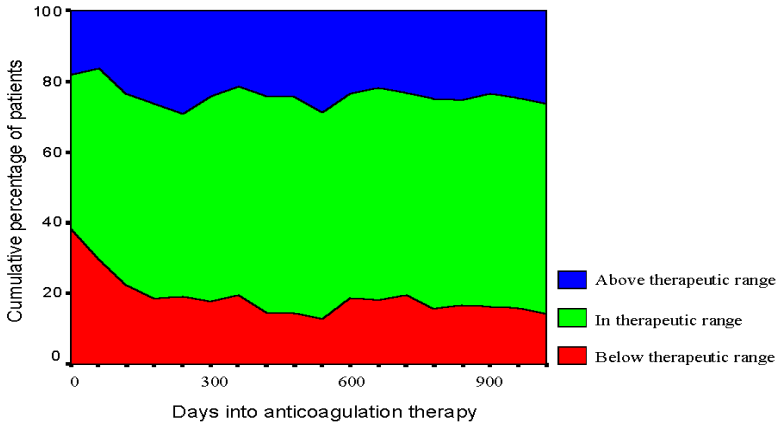
- Červené papriky a rajčiny
- Uhorky, cibuľa, strukoviny, karfiol, kaleráb
- Kiwi, nezrelé ovocie
- Ostatné rastlinné oleje (Matýšková, 2010)

Ďalším faktorom ovplyvňujúcim antikoagulačnú liečbu môže byť z**dravotník,** a to absenciou základných informácií o účinku, chýbajúcimi skúsenosťami (časté zmeny dávky), náhodnými zriedkavými kontrolami PTČ (z dôvodu šetrenia), polypragmáziou, ktorú nikto nekoordinuje a chybami v metodike odberu a transportu krvi.

Pacient tiež môže ovplyvňovať liečbu: svojvoľnou redukciou dávky, nedodržiavaním dietetických opatrení a nedostatočnou frekvenciou kontrol.

Kvalita AK liečby sa hodnotí percentom času stráveného v terapeutickom rozpätí.

Obr. 1. Čas strávený v terapeutickom rozpätí



(Jones, 2005)

Analýza rizika príhod

Krvácavé príhody: vysoké INR (nad 4,6)
vysoká variabilita INR
prvé 3 mesiace liečby
tri a viac komorbidít

Ischemické (embolické): nízke INR (pod 1,9) (Fihn, 1993)

Nutnou súčasťou antikoagulačnej liečby je pravidelné sledovanie protrombínového času. V ambulantnej praxi je veľkou pomocou prenosný prístroj Coaguchek, na ktorom je možné vyšetriť hodnotu INR z kvapky krvi (vpichom do prsta) priamo na ambulancii, a to s okamžitým výsledkom. Táto metóda je vhodná nielen pre pacientov so zlým stavom periférnych žíl, ale je prínosom pre všetkých pacientov hlavne z dôvodu úspory času, ako aj pre možnosť okamžite korigovať dávku lieku, a tak aktívne a pružne predchádzať možnému predávkovaniu a poddávkovaniu AK liečby so všetkými sprievodnými rizikami ohrozujúcimi zdravie a život pacienta.

Záver

Pre optimálnu antikoagulačnú liečbu pacienta v ambulantných podmienkach je nutné využiť všetky edukačné postupy aj technické novinky, ktoré zlepšia efekt liečby a znížia riziko jej komplikácii. Možnosti v oblasti prevencie a liečby ešte stále nie sú využívané dostatočne, v spojení s modernou technológiou môže byť prínos edukácie sestier podstatne väčší.

Odporúčania pre pacienta

- Užívať ordinovanú dávku lieku
- Informovať každého ošetrujúceho lekára o užívaní antikoagulancií.
- Pred každým chirurgickým zákrokom, extrakciou zuba, injekčnou liečbou sa treba poradiť s lekárom, ktorý liečbu naordinoval
- O každom krvácaní, výskyte hematómov alebo iných nežiaducich účinkoch informovať lekára
- Dodržiavať diétne opatrenia
- Dodržiavať termíny kontrol

Literatúra

Kessler, P. (2000) *Léčba orálními antikoagulancii,* 2. vyd. Praha: Orion Pharma, 2000, 64 s. ISBN 80-238-6017-8.
Kohout, P., Kessler, P., Růžičková , L. (2007) *Dieta při antikoagulační léčbě,* 1. vyd. Praha: Forsapi, 2007, 59 s. ISBN 978-80-903820-1-5
Matýšková, M. (2010) *Warfarin, potrava a potravinové doplňky.* In Vaskulárna medicína, 2010, roč. II, č. 3, 127 – 129. ISSN 1338-0206
Jones M., McEwan P. , Heart 2005; 91:472–477. doi: 10.1136/hrt.2004.042465.
Palareti G., *Thrombosis and Haemostasis* 2009; 102“ 268- 278
Fihn, S.D., et al.: Risk factors of complications of chronic anticoagulation. Ann. of Intern. Med 1993, 118, pp. 511-520

Kontaktná adresa:

Mgr. Monika Labudová
Kardiologická ambulancia, Benimed s.r.o.
Centrum Medicus
Javorová 25
921 01 Piešťany
Slovenská republika
Email: labudovamonika@azet.sk

INFORMOVANOST ONKOLOGICKY NEMOCNÝCH O MOŽNOSTI VYUŽITÍ INTRAVENÓZNÍHO PORTU

[1]Kateřina Lisová, [2]Ludmila Neumanová, [1]Vendula Paulínová
[1, 3] Interní klinika UK 2.LF a FN Motol
[2] Radioterapeuticko-onkologické oddělení FN Motol

Souhrn:
V našem sdělení je posouzena informovanost nemocných s nádorovým onemocněním o možnosti zavedení intravenózního portu pro podávání chemoterapie. V den zavedení intravenózního portu byl vyplněn připravený dotazník 126 nemocnými. Před zahájením chemoterapie bylo o možnosti zavedení portu informováno pouze 47 nemocných (37%). Zdravotnický personál (lékař nebo sestra) poskytl informaci nemocnému v 98 případech (78%), většinou ale až po zahájení léčby. Navíc v 28 případech (22%) získal poznatek o možnosti zavedení intravenózního portu nemocný jinak – od jiných pacientů, od známých. Na podkladě získaných odpovědí lze tedy konstatovat, že informovanost pacientů je nedostatečná před zahájením chemoterapie, často je nemocný informován až po vzniku komplikací periferního žilního řečiště, kam je léčba od počátku podávána.

Klíčová slova : *Intravenózní port; Informovanost nemocných; Onkologické onemocnění*

Úvod

Intravenózní porty jsou využívány pro aplikaci chemoterapie u nemocných s onkologickým onemocněním (Fricová, 2006, s.34). Ve vyspělém světě je nemocnému, před zahájením chemoterapie, nabídnuto zavedení dlouhodobého vstupu s možností aplikace léku do centrální žíly. Aplikace do periferní žíly je považována za velmi nevhodnou, protože je spojena se značnou frekvencí komplikací, které nemocnému přináší další potíže (Kaplan,2007, s.270).
Na našem pracovišti zavádíme intravenózní porty již 19 let. Nicméně u řady nemocných je zaváděn, dle našich zkušeností, port až v průběhu chemoterapie, po vzniku komplikací na periferním řečišti, a nebo v případech, že periferní řečiště není dostupné(Charvát, 2007, 328).
Cílem naší práce bylo posouzení informovanosti pacientů s onkologickým onemocněním o možnosti využití intravenózního portu pro aplikaci chemoterapie.

Metodika

V letech 2010 až 2011 jsme požádali pacienty před zavedením intravenózního portu o vyplnění dotazníku, který měl 9 otázek. Otázky byly koncipovány tak, aby bylo možné posoudit kdy a kým byl pacient o možnosti zavedení intravenózního portu informován, dále jak dlouho již byla podávána chemoterapie před zavedením portu a konečně jak často a jaké problémy měli nemocní při aplikaci chemoterapie do periferního řečiště.

Výsledky

Celkem jsme získaly odpovědi na náš dotazník anonymně u 126 pacientů.Všichni nemocní měli v den vyplnění dotazníku zaveden intravenózní port.
Před zahájením podávání chemoterapie bylo o možnosti zavedení intravenózního portu informováno pouze 47 respondentů (37%). Ostatních 79 (63%) získalo informaci až poté, co nejméně jedna dávka chemoterapie byla podána do periferní žíly. Přitom ze 47 nemocných souhlas bez váhaní vyslovilo 34 nemocných (72%), s určitým váháním souhlasilo dalších 12 nemocných a jen 1 nesouhlasil a souhlas poskytl až po zkušenosti

s aplikací chemoterapie do periferního řečiště. Ze 79 nemocných, kteří byli informováni až v průběhu léčby souhlas vyslovilo bez váhání 68 respondentů (86%), 8 po určitém váhání, 1 nejprve nesouhlasil a k zavedení portu dal souhlas pro absolutní nemožnost zajištění aplikace chemoterapie přes periferní řečiště a 2 respondenti na dotaz neodpověděli.
O možnosti zavedení intravenózního portu informoval nemocného ošetřující lékař celkem v 66 a zdravotní sestra v 32 případech. Od jiných pacientů byli nemocní informováni v 15 případech a od známých v 13 případech.
Před zahájením chemoterapie byl port zaveden pouze u 4 nemocných. Jedna až 3 dávky byly podány do periferie před zavedením portu 59 nemocným (47%). U 77 nemocných (62%) byl port zaveden relativně časně - tj. 1 až 3 měsíce po zahájení chemoterapie. U ostatních bylo období podávání chemoterapie do periferního řečiště delší než 3 měsíce a počet dávek byl větší než tři.
Ve všech případech byla před zavedením portu chemoterapie aplikována do periferních žil horní končetiny. U 2 nemocných byl pro aplikaci zaveden centrální žilní katétr, který byl využit pro podání jedné dávky.
93 nemocných (75%) uvádělo potíže při zavedení periferní kanyly a aplikaci chemoterapie do periferní žíly 87 nemocných (70%) uvedlo, že aplikace chemoterapie do periférie byla komplikována – prasklá žíla, bolest, otok nebo zarudnutí. Kanylu bylo nutné přepíchnout v průběhu podávání chemoterapie u 69 nemocných (56%).

Diskuze
Z našich výsledků je zřejmé, že informovanost pacientů o možnosti zavedení intravenózního portu před zahájením chemoterapie není uspokojivá. U naprosté většiny nemocných je chemoterapie zahájena do periferního řečiště, což je praxe, která je již dlouho ve vyspělých zemích opuštěna. O možnosti intravenózního portu, nebo v současné době i periferně zavedeného centrálního katétru - PICC (u krátkodobějšího trvání plánované chemoterapie) se nemocní dovídají až tehdy, kdy mají komplikace při podání chemoterapie do periférie nebo tehdy, kdy jejich periferní řečiště není přístupné a chemoterapie se touto cestou podat nedá. Dochází k situaci kdy má pacient mnohdy zbytečné komplikace, které mohou i přerušit léčebný proces. Zavedení portu, v době, kdy již část chemoterapie proběhla není příliš rentabilní.
Z hlediska ekonomického zatížení je přitom zavedení intravenózního portu případně periferně zavedeného centrálního katétru v porovnání s celkovou cenou chemoterapie nepatrné. Navíc je třeba si uvědomit, že i komplikace na periferním řečišti musí být léčeny, mohou vést k oddálení podávané léčby. Ve svých důsledcích pracoviště zatíží po stránce organizační i ekonomické.

Závěr
Domníváme se, že podobná situace je ve většině českých nemocnic. Jednou z cest, jak tuto situaci změnit, je zlepšení informovanosti pacientů tak, aby nemocný o možnostech zavedení vhodného vstupu pro chemoterapii věděl před jejím zahájením. Pacient má být informován vhodným způsobem. Takovou cestou může být například poskytnutí písemných informací všem nemocným, kteří s chemoterapií mají začít. Nicméně nezbytný je osobní kontakt lékaře nebo sestry s pacientem, při kterém jsou zodpovězeny všechny jeho dotazy. V tomto úsilí je účast zdravotní sestry zcela zásadní.

Literatura

FRICOVÁ,J.,STŘÍTESKÝ,M. (2006) Implantabilní porty u onkologických pacientů. *Bolest:časopis pro studium a léčbu bolesti,* s.34,vyd. Praha :TIGRIS, 2006, ISNN 1212-0634

CHARVÁT,J., CHLUMSKÝ,J. (2007) Intravenózní implantabilní portkatétry v klinické praxi. *Praktický lékař,* 2007, roč.87, č.6,s.328-333. ISSN 0032-6739

KAPLAN,Z., ONDRÁK,M.,FAIT,V.at al. (2007) Intravenózní portové systémy u onkologických pacientů Masarykova onkologického ústavu. *Klinická onkologie,*2007, roč.30, č.3, s.269-71, ISSN 1802-5307

Kontaktní adresa:

Mgr. Lisová Kateřina
Interní klinika UK 2. LF a FN Motol
V Úvalu 84
15006 Praha 5
Email: katerina.lisova@lfmotol.cuni.cz

PERFUZIOLOGIE V KOSTCE

Hedvičák Pavel
Klinika kardiovaskulární chirurgie 2. LF UK a FN Motol

Souhrn:
Klinický perfuziolog samostatně poskytuje, organizuje a metodicky řídí ošetřovatelskou péči, včetně vysoce specializované ošetřovatelské péče, podílí se na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči v souvisloti s řízením mimotělního oběhu.

Klíčová slova: *Klinický perfuziolog; Mimotělní obě; Ošetřovatelství*

Úvod

Ošetřovatelství je dynamicky se rozvíjející obor. Jako vědní disciplína klade velký důraz na celoživotní vzdělávání, protože medicína, a v ruku v ruce i ošetřovatelství, jdou stále kupředu. Jedná se především o specializace v různých oborech, ze kterého vzešel i klinický perfuziolog. Dříve kompetence spadali jen pod lékaře, avšak postupem času se dostal nelekařský zdravotnický pracovník do role perfuziologa. S nárůstem počtu srdečních operací se proto v USA již na začátku 60. let minulého století začala profilovat nová skupina profesionálů, kteří se zabývali pouze prací s mimotělním oběhem a jeho součástmi. Tito pracovníci se rekrutovali z odborníků s různým typem vzdělání, a tak bylo jasné, že je nezbytné profesi perfuziologa určitým způsobem definovat, uzákonit její provozování i její místo v systému zdravotní péče a také přesně definovat požadavky na jejich přípravu i postgraduální vzdělávání. Již v roce 1968 byla proto založena celostátně fungující organizace – American Society of Extra-Corporeal Circulation Technology (AmSECT), která má jasně definovaný statut odborné organizace se zákonnou pravomocí kontrolovat úroveň vzdělávání perfuziologů. Podobným procesem postupně prošly všechny státy západní Evropy.

Je módním, ale hlavně praktickým trendem, se slučovat v různých spolcích. Společnost pro mimotělní oběh a podpůrné systémy byla v České republice založena v roce 1991, která sdružuje specialisty, zabývající se problematikou mimotělního oběhu při operacích na otevřeném srdci, mechanickou podporu selhávajícího srdce, ochranou myokardu a dlouhodobou podporu plic a srdce při jejich selhávání. Až v roce 2004 začala specializace klinický perfuziolog v systému českého zdravotnictví oficiálně konečně existovat. V České republice je cca 100 registrovaných perfuziologů. V motolské nemocnici jsou pro dospělou část 3 a pro dětskou také 3 perfuzionisti. Kromě mateřského pracoviště kooperujeme i s dalšími jako jsou transplantační chirurgie, koronární jednotky, traumatologické sály a jiné. Cílem je zajistit a zkvalitnit péči o pacienty se srdeční vadou nebo onemocněním v předoperačním období, peroperačně zajistit základní životní funkce a v pooperačním období pokračovat v případné intervenci. Jde o velmi vysoce specializovanou ošetřovatelskou péči, která klade velké nároky na znalosti, psychickou odolnost, dovednosti a týmovou spolupráci. Zdokonalení úrovně této profese a její propagace mají zajistit školení, konference, kontakty mezi odborníky, spolupráce s dalšími společnostmi a také mezinárodní spolupráce.

Důležitá je prevence, která spočívá v řádné přípravě před uskutečněním vlastní práce perfuziologa. K tomu slouží kontrolní list úkonů, avšak někdy jde skutečně o život pacienta, tudíž perfuzionista si musí být jistý svým pracovním postupem i v případech

improvizace. Z tohoto vyplývá pracovní náplň, kterou mají všechny obory, včetně kompetencí. Začíná se vybráním vhodného typu oxygenátoru a velikostí kanyl pro vypočtený minutový průtok krve, přístrojové vybavení, funkčnost a nasetování. Řízení mimotělního oběhu při operacích na otevřeném srdci, plnění okruhu pro mimotělní oběh náhradními roztoky, krevními deriváty a léčivými přípravky a jeho odvzdušnění. Kontrola dostatečné antikoagulace krve před a během mimotělního oběhu, zabezpečováni hemodiluce, systémové perfuze a výměny krevních plynů, řízení tělesné teploty včetně hypotermie. Aplikace léčivých prostředků, krevní hyperkalemické kardioplegie do kořene aorty nebo selektivně do koronárních arterií. Technicky zabezpečuje podpůrné cirkulace při srdečním selhávání a také s membránovou oxygenací. Obsluha autotransfuzních systémů, řízení podpůrného mimotělního oběhu a ohřívání při akcidentální hypotermii v rámci resuscitace. Technicky zabezpečit izolované hypertermické perfuze končetin cytostatiky. Naše kompetence jsou dány zákonem nebo vyhláškou. Většina úkonů je na základě indikace lékaře, ale specifikace je taxativně vymezena ve vyhlášce 55/2011.

Cíl práce

Cílem tohoto sdělení bylo alespoň na bazální úrovni informovat o specializaci jako je klinický perfuziolog. Přestože jde o obor, který je rozsáhlý co do informací, tak praktického využití, čeká ho zajisté mnoho pozitivního, míněno metodou vedení mimotělního oběhu, nové materiálové vybavení či složení a bezpečnosti, které bude ku prospěchu péče o pacienty.

Literatura

LONSKÝ V. (2004) *Mimotělní oběh v klinické praxi,* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0653-9
Dostupné na internetu < http://www.czesect.cz/Text/o-spolecnosti?MenuItemId=94>

Kontaktní adresa

Mgr. Pavel Hedvičák
Klinika kardiovaskulární chirurgie 2. LF UK v Praze
Fakultní nemocnice v Motole
V Úvalu 84
15006 Praha 5
Email: Pavel.Hedvicak@fnmotol.cz
Tel.: 224 438 491

PERFUZIOLOG V KLINICKÉ PRAXI

Petr Meruňka
Klinika kardiovaskulární chirurgie 2. LF UK a FN Motol

Souhrn:
Autor příspěvku představuje činnost perfuziologa v klinické praxi jako nedílného člena kardiochirurgického týmu nejen při kardiochirurgických operacích prováděných za použití mimotělního oběhu (MO). V úvodu konstatuje, že mimotělní oběh je používán již více jak 59 let a v současnosti se za jeho pomoci uskuteční celosvětově více než 700 000 operací srdce ročně. Klinický perfuziolog je specialista, jehož hlavní pracovní náplní je vedení mimotělního oběhu. Je to komplexní metoda, která přímým spojením s krevním řečištěm nemocného nahrazuje po určitou dobu funkci srdce a plic. Autor popisuje princip mimotělního oběhu a činnosti perfuziologa během operace srdce i mimo ni. Jsou vyjmenovány jednotlivé součásti celého systému pro mimotělní oběh a popsána jejich funkce. Je zmíněna technika hemodiluce, druhy podávané kardioplegie a úroveň antikoagulace během MO. V další části jsou popsány mechanické podpory selhávajícího krevního oběhu. V poslední části příspěvku nebyly opomenuty ani další indikace použití MO v klinické praxi.

Klíčová slova: *Perfuziolog; Mimotělní oběh; Srdeční podpory; IABP; ECMO.*

Úvod

Dnes je již skutečně velmi těžké přesně zjistit, kdo první vyslovil myšlenku odvést krev ze žilního systému nemocného mimo jeho tělo do oxygenátoru, zde ji okysličit a okysličenou ji čerpadlem vrátit zpět do jeho tepenného systému proto, aby bylo možno zastavit srdce a provést chirurgickou úpravu srdečního onemocnění. Je jisté, že tato myšlenka je stará již nejméně dvě století. Víme, že v roce 1812 předpověděl francouzský lékař Julien-Jean LeGallois, že bude možno nahradit srdce pumpou, která by byla schopna zabezpečit průtok krve všemi orgány a zachovat je tak vitální (Kay, 1992, s. 33-41). Další vývoj zařízení se ubíral souběžně s vývojem zařízení pro náhradu plic. Aby však bylo možné tato zařízení zavést do klinické praxe, bylo nutné počkat ještě déle než jedno století na rozvoj celé řady dalších vědních oborů (moderní anesteziologie, diagnostických i chirurgických metod) a dále na nové vědecké objevy v oboru farmakologie (heparin, McLean, r. 1916), ale i organické chemie (plastické materiály) apod.

První úspěšné experimentální práce s přístrojem pro mimotělní oběh provedl na zvířatech na konci třicátých let minulého století John Gibbon se spolupracovníky v Massachusetts General Hospital v Bostonu (Gibbon, 1939, s. 602). Převážně jeho zásluhou byl také tento přístroj v roce 1953 poprvé úspěšně použit v klinické praxi (Kirklin, 1993, s. 61-127).

Na Mayo Clinic v Rochesteru použil MO poprvé v březnu 1955 Kirklin se spolupracovníky. Provedli úspěšný uzávěr defektu komorové přepážky a poté uskutečnili v krátké době po sobě dalších sedm operací v MO, při nichž použili oxygenátor, který vyvinul Gibbon. (Kirklin, 1955, s. 201).

V květnu 2012 uplynulo 59 let od první úspěšné operace srdce, při které byl v USA použit mimotělní oběh. Jen s malým časovým odstupem byly úspěšně provedeny první operace srdce v mimotělním oběhu i v bývalém Československu. První provedl Navrátil v Brně v únoru 1958, téhož roku v červenci pak Procházka v Hradci Králové a o málo později i Kafka v Praze. V průběhu následujících téměř šedesáti let se potom operace srdce s použitím MO staly zcela běžnými výkony a v současnosti se jich na celém světě ročně uskuteční kolem 700 000.

Souběžně s rozvojem oboru kardiochirurgie se začala vyvíjet i zcela nová specializace současné medicíny – klinický perfuzionista (perfuziolog). Je to odborník, který během srdeční operace obsluhuje přístroj pro mimotělní oběh a provádí i další úkony s ním spojené.

Princip mimotělního oběhu; perfuziolog na kardiochirurgickém pracovišti

Přístroj pro mimotělní oběh nahrazuje po dobu vlastního chirurgického výkonu na srdci funkci srdce a plic. Zajišťuje tedy jak cirkulaci krve, tak i její okysličování a odvětrávání oxidu uhličitého (CO2) a v neposlední řadě i odvod zplodin látkové výměny.

Žilní, tedy odkysličená krev operovaného, je odváděna jednou žilní (odvodnou) kanylou z pravé síně nebo dvěma kanylami zavedenými do horní a dolní duté žíly do žilního (venózního) rezervoáru. Odtud je žilní krev vedena rotační válečkovou pumpou, která zajišťuje většinou nepulsní průtok krve celým systémem, do výměníku tepla. Zde se podle plánovaného typu operace ochladí – výkony prováděné za snížené teploty nemocného (hypotermie) nebo se teplota krve udržuje na teplotě kolem 36°C (výkony prováděné v normotermii). Tato stále ještě odkysličená krev dále protéká kapilárním (membránovým) oxygenátorem, kde je zbavena CO2 a současně okysličena. K vlastní výměně dýchacích plynů (CO2 a O2) dochází přes polopropustnou (semipermeabilní) membránu kapilár, kterými je oxygenátor tvořen. Uvnitř kapilár protéká směs kyslíku se vzduchem, z vnější strany jsou kapiláry oxygenátoru „omývány" odkysličenou krví, která protéká v opačném směru než směs obou plynů v kapilárách. Na základě tlakových gradientů tak dochází k přestupu CO2 z odkysličené krve, kde je ho nadbytek, do kapilár – zde není žádný. Naopak O2 přestupuje z kapilárního prostoru, kde je ho nadbytek, přes stěnu kapilár do krve. Po průchodu oxygenátorem je již okysličená krev vedena tepennou linkou do tepenné (přívodné) kanyly, která je téměř vždy zavedena do vzestupné aorty. Jen při operacích pro výdutě (aneurysmata) hrudní aorty se tepenná kanyla zavádí do stehenní (femorální) tepny v místě pravého či levého třísla. Před zavedením kanyl do srdce a zahájením mimotělního oběhu je nutno podat nitrožilně lék heparin, který zabrání sražení krve v celém systému pro mimotělní oběh, zejména pak v mezikapilárním prostoru oxygenátoru (sražení krve v oxygenátoru by znamenalo jeho totální nefunkčnost).

Mimotělní oběh musí zajistit po dobu srdeční zástavy dostatečné prokrvení všech tkání a orgánů okysličenou krví. Při normotermii je za přiměřený považován průtok (flow) 2,4 – 3,0 ([1]CI) litru na 1 m² povrchu těla ([2]BSA) za minutu. Se snižováním tělesné teploty operovaného lze snižovat průtok vzhledem ke sníženým energetickým nárokům tkání a menším požadavkům na spotřebu kyslíku.

Perfuziolog během operace srdce řídí mimotělní oběh, který zajišťuje nejdůležitější tělesné funkce po dobu zástavy srdce. Rozhoduje o úpravě vnitřního prostředí, provádí řízenou hemodiluci, hypotermii (její hloubka závisí na typu prováděného výkonu), pracuje s krevními deriváty, autotransfúzními systémy, aplikuje různé léky, které bezprostředně ovlivňují oběh. V indikovaných případech provádí hemofiltraci nebo hemodialýzu. Obsluhuje také podpůrné systémy oběhu (kontrapulzace apod.). Technicky zajišťuje a podílí se na řízení podpůrné mimotělní membránové oxygenace. V indikovaných případech rovněž řídí podpůrný mimotělní oběh při léčbě akcidentální hypotermie.

Technika MO se v současnosti využívá i v jiných oborech medicíny:

- onkologie – izolovaná perfuze končetin cytostatiky;

[1] CI – Cardiac Index (srdeční index)

[2] BSA – Body Surface Area (tělesný povrch v m²)

Obě tyto hodnoty jsou důležité pro výpočet kalkulovaného průtoku (flow) v $l.min^{-1}$ během MO (flow = CI x BSA). Flow na MO odpovídá srdečnímu výdeji (CO – Cardiac Output), což je množství krve, které levá komora přečerpá za jednotku času (minutu). Klidová hodnota CO je asi 4 – 8 $l.min^{-1}$.

- transplantace plic – náhradní částečné nebo úplné mimotělní oběhy;
- urologie – exstirpace nádorových trombů z dolní duté žíly a srdce;
- neurochirurgie – využití hluboké hypotermie a zástavy oběhu při operacích velkých intrakraniálních aneuryzmat.

Perfuziolog musí ovládat základy celé řady oborů, např. anatomie, fyziologie a patofyziologie krevního oběhu, klinické biochemie, hematologie, farmakologie apod. Musí detailně znát principy funkce jednotlivých součástí přístroje pro MO. Na základě svých znalostí a zkušeností musí umět včas předcházet možným komplikacím při řízení MO a rychle a správně reagovat v kritických okamžicích operace. Vedení MO vyžaduje i velkou manuální zručnost. V některých fázích operace musí zvládnout ovládat 5 – 6 otáčejících se čerpadel, z nichž má každé jinou funkci.
Během operací prováděných bez použití MO je trvale připraven v případě komplikací MO okamžitě napojit.

Základní součásti systému pro mimotělní oběh
Základní funkcí systému pro mimotělní oběh je zachovat krevní oběh a oxygenaci organismu v době srdeční zástavy při chirurgickém výkonu na srdci nebo velkých cévách.
Okruh pro mimotělní oběh se skládá z následujících základních součástí:

- žilní (venózní, odvodná) kanyla/y
- žilní (venózní) linka hadicového systému
- žilní (venózní) a kardiotomický rezervoár, sání z operačního pole (koronární sání)
- pumpy (čerpadla) pro vedení MO, pomocné pumpy pro sání a podávání kardioplegie
- okysličovací zařízení – oxygenátor + výměník tepla
- tepenná (arteriální) linka hadicového sytému
- tepenný (arteriální) filtr
- tepenná (arteriální, přívodná) kanyla
- dekompresní systémy srdeční (venty)
- přídatná zařízení (hemokoncentrátory, systémy pro krevní kardioplegii)

Většina kardiochirurgických pracovišť na světě dnes používá okruhy pro mimotělní oběh ošetřené bioaktivním (hemokompatibilním) povrchem. Jde o snahu přizpůsobit umělý povrch systému pro MO co nejvíce povrchu cév. Látkou, kterou jsou systémy MO ošetřeny, je nejčastěji heparin. V současnosti je do praxe zavedeno několik různých systémů, které se od sebe liší způsobem vazby heparinu na stěnu umělého materiálu. Kromě haparinu existují i jiné biologické materiály, které je možné na povrch systému navázat, jako např. syntetické, ve vodě rozpustné polymery nebo látky na bázi fosfolipidů (Lonský, 2004, s. 182 - 184).
Je možné konstatovat určitý pozitivní vliv všech těchto metod na snížení negativních účinků MO na organismus, např. snížení systémové zánětové odpovědi organismu – SIRS (Systemic inflammatory response syndrome). Jejich úplnou eliminaci ale zatím současný stav neumožňuje.

Žilní (venózní, odvodné) kanyly
Žilní krev může být sváděna pomocí gravitace kanylou zavedenou do pravé síně srdeční nebo kanylami, které jsou přes pravou síň zavedeny do horní a dolní duté žíly. Žilní drenáž je možné zajistit i kanylací dutých žil cestou femorální žíly.

Žilní (venózní) linka hadicového systému
Žilní linka má obvyklý vnitřní rozměr ½″, je modře značená a přivádí krev ze žilní kanyly do žilního rezervoáru.

Žilní (venózní) a kardiotomický rezervoár, odsávání z operačního pole

Žilní (venózní) rezervoár je umístěn před arteriální pumpou a plní funkci zásobárny krve celého systému. Zároveň slouží jako velkokapacitní, ale nízkoodporová „předsíň" pro žilní návrat. Nízké uložení rezervoáru oproti poloze nemocného na operačním stole umožňuje gravitační drenáž krve z dutých žil nebo pravé předsíně srdeční.

Dále je nutno během MO odsávat krev z celého operačního pole (koronární sání), aby bylo trvale dokonale přehledné. Koronární sání je nejprve vedeno do tzv. kardiotomického rezervoáru (obsahuje filtr) a teprve po filtraci se krev vrací do systému MO. Filtrace je nezbytná proto, že společně s krví jsou z perikardiální dutiny nasávány i částečky tkání, tuku, kostí, kostní dřeně, fibrin, krevní koagula, shluky bílkovin apod.

Pumpy (čerpadla) pro vedení MO, pumpy pro sání a podávání kardioplegie

V současné klinické praxi jsou pro standardní vedení MO používány rutinně dva typy čerpadel:

a. **Rotační válečková pumpa**
   Základem je elektromotor, jenž pohání rotor se dvěma válečky, které jsou proti sobě v opačné poloze (180°). Válečky rotují v pevné kleci – statoru, k jejímž stěnám komprimují vloženou hadici, kterou protéká krev. Vlastní mechanická část zařízení nepřichází do styku s krví.
b. **Centrifugální (odstředivé) pumpy**
   Centrifugální pumpy pracují na zcela odlišném principu než pumpy válečkové. Kinetickou energii udělují krevním elementům odstředivé síly, které jsou generovány buď rotujícími kužely, různými typy rotujících lopatek – radiální pumpy nebo pracují na principu turbíny – axiální pumpa.
   Rotor centrifugální pumpy je hermeticky uzavřen v průhledné komoře a otáčí se pomocí magnetického spojení s elektricky poháněným motorem. Elektromotor je umístěn přímo na ovládacím panelu. Některé přístroje jsou navíc vybaveny externím motorem, který umožňuje umístit komoru s rotorem pumpy (hlavu) kamkoli do blízkosti nemocného. Hlavy pump jsou výhradně na jedno použití.

Okysličovací zařízení – oxygenátor a výměník tepla

V současnosti existují dva typy oxygenátorů dle druhu použitého materiálu, ze kterého jsou vyrobeny:

a. **tzv. „pravý" membránový oxygenátor** – materiálem pro výrobu jeho membrány je silikon;
b. **oxygenátory z dutých vláken (kapilární oxygenátory, hollow fibre oxygenators)** – materiálem pro výrobu membrán je zde nejčastěji mikroporézní polypropylen.

Při vedení mimotělního oběhu je teplota krve, která cirkuluje systémem a nemocným, regulována pomocí výměníku tepla, jenž je součástí každého oxygenátoru. Obvykle bývají umístěny v oxygenátoru v jeho žilní sekci, tedy ještě před okysličovací jednotkou. Je to z toho důvodu, aby bylo sníženo riziko uvolňování mikrobublin plynů z krve, ke kterému by mohlo docházet při ohřívání krve již dříve saturované kyslíkem.

Tepenná (arteriální) linka hadicového sytému

Tepenná linka má obvyklý vnitřní rozměr ⅜″, je značená červeně a přivádí okysličenou krev z oxygenátoru do tepenné (arteriální, přívodné) kanyly.

Tepenný (arteriální) filtr

Mikroembolizace a makroembolizace patří mezi největší problémy MO v současnosti. Zdrojem korpuskulárních mikroembolů mohou být hadicové systémy MO i operační pole. Za jejich nejzávažnější zdroj je považováno koronární sání. Plynové mikroemboly vnikají do systému nejčastěji při nesprávném použití koronárního sání, v důsledku nekvalitního odvzdušnění systému před operací, jako důsledek velkých teplotních gradientů při ohřívání apod. Používání různých typů filtrů patří v současnosti k nejefektivnějším způsobům, jak tento cizí materiál z krve eliminovat. Arteriální filtr se vkládá do tepenné linky hned za její výstup z oxygenátoru.

Tepenná (arteriální, přívodná) kanyla

Návrat okysličené krve do tepenného systému nemocného je zabezpečován tepennou (arteriální, přívodnou) kanylou. Obvyklým místem pro zavedení této kanyly je vzestupná aorta. Aorta je přímo v operačním poli a není tedy nutné provádět další incizi (např. třísloa – další možný vstup skrze stehenní tepnu).

Dekompresní systémy srdeční (venty)

Během operačního výkonu v MO nestačí odsávat krev pouze z dutých žil. Aby se zabránilo přílišné distenzi srdce, je často nutné odsávat i krev z ostatních srdečních dutin, kam může přitékat z plicních žil a z různých kolaterál. Tento způsob odsávání se nazývá srdeční dekomprese – „ventování“ (venting).

Cílem ventování je tedy zabránit nadměrné distenzi levé srdeční komory během MO (aortální insuficience, předoperační srdeční selhání), během srdeční zástavy nebo fibrilace a zabezpečit bezkrevné operační pole. Pomocí ventu je možno i odvzdušnit příslušnou část srdce, kde je vent zaveden. Zavedení ventu indikuje vždy chirurg.

Místa pro zavedení ventu:

- kořen aorty (výkon na koronárních tepnách);
- a. pulmonalis (dekomprese plicního řečiště);
- levá předsíň;
- hrot levé komory a levé srdeční ouško (v současnosti již málo používány).

Všechna tato pomocná sání („venty“) jsou nejprve opět vedena do kardiotomického rezervoáru.

Přídatná zařízení (hemokoncentrátory, systémy pro krevní kardioplegii)

Hemokoncentrátory

Hemokoncentrátory jsou během MO používány k okamžitému odstranění přebytečných krystaloidů z náplně a tím ke zvýšení hematokritu cirkulující krve. K nadměrné hemodiluci (hematokrit by neměl klesnout pod 20%) může dojít během MO z různých důvodů (nadměrný přívod krystaloidů anesteziologem, opakované podání kardioplegického roztoku, nadměrný přísun krystaloidů do systému MO perfuziologem, a to vše v kombinaci s předoperačním stavem nemocného, velikostí základní náplně systému pro MO a velikostí samotného nemocného). Bylo prokázáno, že nadměrná hemodiluce během MO má za následek zvýšený výskyt pooperačního selhání ledvin, pooperační zvýšení extravaskulární tekutiny, které vede k plicní nedostatečnosti i selhání funkcí jiných orgánů. Použití hemokoncentrace sníží objem intravaskulární tekutiny, což má za následek zvýšení koloidně osmotického tlaku a přesun tekutin z intersticia zpět (Gravlee, 1993, s. 93-123).

Zařízení pro aplikaci krevní kardioplegie

Ochrana myokardu před ischemickým poškozením během srdeční zástavy patří mezi největší problémy kardiochirurgie. V současnosti existuje celá řada různých metod, jak myokard ochránit, a záleží na zkušenostech a zavedené praxi jednotlivých pracovišť, které užijí (Gravlee, 1993, 155-206; Kay, 1992, s. 88-137).

Nejčastěji využívanou metodou je tzv. krevní kardioplegie, jež může být používána buď jako chladná (cold blood) s případnou teplou reperfuzí před obnovením koronárního průtoku (warm shot), nebo jako teplá, a to buď kontinuální nebo intermitentní (continuous warm, intermittent warm).

Antikoagulace během MO; heparin

Dostatečná úroveň antikoagulace je nezbytným předpokladem k tomu, aby nedošlo k tvorbě trombů a k sekundární fibrinolýze v systému MO poté, co se krev dostane do kontaktu s jeho umělým povrchem. K tomuto účelu se používá heparin, látka s mohutným protisrážlivým účinkem.

Obvyklé dávkování heparinu se pohybuje mezi 2 – 3 $mg.kg^{-1}$ váhy.

Adekvátní množství heparinu je podáno anesteziologem do centrálního žilního katétru ještě před zavedením kanyl pro MO.

Kontrola účinku heparinu – ACT (activated clotting time)

ACT test je v současnosti stále nejužívanější metodou kontroly bezpečné úrovně antikoagulace. Poprvé byl popsán Hattersleyem již v roce 1966 (Hattersley, 1966, s. 150-154). Do kardiochirurgické praxe byl zaveden v roce 1975 (Bull, 1975, s. 674-684). Metoda je také známa pod názvem Hemochron *(International Technidyne, Edison, NJ, USA.)*

Fyziologická hodnota ACT se uvádí v rozmezí 107±13 sekund (Hattersley, 1966, s. 150-154).

Adekvátní antikoagulace během mimotělního oběhu

Problematika adekvátní antikoagulace během MO byla diskutována od zavedení ACT do klinické praxe (Bull, 1975, s. 674-684). Na řadě pracovišť, kde nebyl ještě dlouho poté přístroj pro stanovení ACT k dispozici, se používala standardní dávka heparinu 3 – 4 $mg.kg^{-1}$ tělesné hmotnosti bez jakékoli kontroly a bez popisovaných komplikací (Gravlee, 1993, s. 340-406).

V současné době je za bezpečnou antikoagulaci během MO považována hodnota ACT v rozmezí 450– 480 s.

Dokud není znám výsledek vyšetření ACT, nesmí být spuštěn MO ani odsávána krev z operačního pole do kardiotomického rezervoáru. Hrozilo by pak velké nebezpečí okamžitého sražení krve v něm.

Po ukončení mimotělního oběhu a odstranění kanyl je protisrážlivý účinek heparinu zrušen podáním jeho antidota – protaminu. Jedná se o bílkovinu izolovanou z lososího mlíčí (Gravlee, 1993, s. 381-406).

Mechanické srdeční podpory

Možností, jak podporovat selhávající srdce existuje v současnosti celé spektrum. Kromě nepřímé podpory pomocí kontrapulzace je v současné době k dispozici řada různých para i intrakorporálních zařízení. V podmínkách českých pracovišť, vyjma IKEM Praha, však přichází v úvahu použití intraaortální balonkové kontrapulzace (IABP), popřípadě centrifugálních pump. Perfuziolog musí bezpodmínečně umět sestavit a následně i ovládat všechna tato zařízení, která jeho mateřské pracoviště vlastní.

IABP (Intra-Aortic Balloon Pump)
Jedná se o základní zařízení, které slouží k podpoře selhávající levé komory srdeční a k augmentaci (zvýšení) koronárního průtoku. Speciální balon umístěný v sestupné aortě těsně za odstupem levé a. subclavia je synchronně se srdeční akcí naplňován a vyprazdňován. Při jeho naplnění v srdeční diastole (kontrapulzace) dochází ke zpětnému toku krve do koronárních tepen i do periferie. Jeho vyprázdnění v srdeční systole snižuje periferní odpor. Uvádí se, že IABP je schopna zlepšit srdeční funkci přibližně o 10% nebo zvýšit srdeční výdej o 500 – 800 $ml.min^{-1}$. (Gravlee, 1993, s. 693-712). Používá se společně s léky s pozitivně inotropním účinkem.

Mechanické srdeční podpory (VAD – Ventricular Assist Device)
Mechanické srdeční podpory jsou zařízení, která po určitou dobu mohou částečně či zcela nahradit mechanickou funkci levé (LVAD), pravé (RVAD) nebo obou srdečních komor (biventrikulární - BiVAD).
Dle délky jejich použití rozlišujeme srdeční podpory krátkodobé (dny až týdny), střednědobé (několik týdnů až měsíců) a dlouhodobé (měsíce i několik let).
Krátkodobé srdeční podpory slouží převážně k překlenutí akutního fáze srdečního selhání do doby zotavení myokardu (bridge to recovery). Složení systému pro krátkodobou srdeční podporu je relativně jednoduché. Tvoří jej centrifugální pumpa s přívodnou a odvodnou hadicí spolu s kanylami (není zde vřazen oxygenátor jako u konvenčního mimotělního oběhu). Celý systém je opět ošetřen bioaktivním povrchem, což spolu s nepřítomností oxygenátoru v systému umožňuje použít minimální heparinizaci nemocného tak, aby se ACT pohyboval mezi 150 – 250 s.
V případě střednědobých či dlouhodobých srdečních podpor se jedná o plně implantibilní systémy, kdy mimo tělo zůstává jen řídící jednotka s bateriemi pro pohon daného systému. Tyto srdeční podpory pak slouží jako most k transplantaci srdce (bridge to transplant). Tento typ podpor krevního oběhu v současné době implantují lékaři pražského IKEM *(HeartMate II© Left Ventricular Assist System, Thoratec Corporation, CA, USA)*.

Další indikace použití mimotělního oběhu
V této kapitole je uveden přehled situací, při kterých může být mimotělní oběh využit k léčebným účelům i v jiných oborech než je kardiochirurgie.

Ohřívání kriticky podchlazených nemocných
K těžkému podchlazení organizmu obvykle dojde následkem nehodového mechanismu v kombinaci s intenzivní ztrátou tepla (pobyt poraněného ve vodě, zimní období). Postižený bývá obvykle nalezen nedýchající nebo pouze s naznačenou dechovou aktivitou bez znatelné srdeční akce nebo s fibrilací komor v různém stupni podchlazení (za hypotermii je považována již centrální teplota pod 35°C). Navenek tedy vypadá jako mrtvý. Rozlišení reverzibility stavu od definitivní smrti organismu je často základním problémem. Za rozhodující známku nevratné smrti buněk je považována hodnota kalia v plazmě, která přesahuje 9,0 mmol/l, pH $\leq$ 6,5 a ACT odebrané venózní krve > 400 s (Gravlee, 1993, s. 713-741; Nair, 2002, s. 161-166). Centrální tělesná teplota postiženého by neměla být nižší než 16°C. Je znám však případ úspěšného ohřátí nemocné, která byla nalezena ve studené vodě a měla teplotu 13,7°C (Brát, 2002, s. 279-281).
Za jediný účinný způsob, jak efektivně a rychle dosáhnout u takto podchlazeného nemocného navození normotermie, je pouze použití MO. Pro ohřívání se používá femoro-femorální MO (kanylována vena a arteria femoralis). Nemocný je plně heparinizován (ACT $\geq$ 450 s) a ohříván velmi pomalu, pouze o 4°C za hodinu. Mimotělní oběh je

ukončen až po homogenním ohřátí nemocného na teplotu 37°C a úpravě vnitřního prostředí (Nair, 2002, s. 161-166).

Mimotělní membránová oxygenace (ECMO)

Možnosti kontrolované výměny plynů (O2 a CO2) v oxygenátoru (mimotělní membránová oxygenace - ECMO) je možné po určitou dobu využít při stavech, kdy tuto funkci nejsou schopny vykonávat z různých příčin plíce. U dospělého nemocného byla uvedená metoda poprvé úspěšně použita v roce 1972, u novorozence pak v roce 1976. Indikace k tomuto způsobu léčby jsou ale mezi oběma skupinami odlišné. Zatímco u novorozenců jsou zcela přesně definovány (akutní respirační selhání, kardiální selhání, sepse, kongenitální diafragmatická hernie), u dospělých tomu tak není. Je to hlavně proto, že je velmi obtížné určit, je-li stav nemocného ještě zvládnutelný pomocí konvenční ventilace. V případě, že již není, je otázkou, zda bude jeho stav reverzibilní za předpokladu, že bude napojen na ECMO. Také příčiny těžké dechové nedostatečnosti (ARDS - Acute Respiratory Distress Syndrome) jsou u dospělých různé a jsou mnohdy pouze doprovodným jevem celé řady jiných onemocnění, mezi které patří např. primární plicní poškození (záněty, inhalace toxických látek apod.), těžké úrazové, septické a pooperační stavy (Lonský, 2004, s. 168-171).

Obecné indikace k ECMO:

- paO2 trvale < 50 mmHg nebo paCO2 trvale > 50 mmHg;
- RTG (event. CT) obraz difusního postižení plic;
- alespoň teoretická reverzibilita stavu (ne u trvalého úrazového postižení CNS, v případě pokročilých maligních chorob apod.).

Dle postižení nemocného rozlišujeme dva způsoby použití systému pro ECMO:

a. **veno – venózní**
   Používá se v případech, kdy je nemocný postižen pouze plicní nedostatečností. Jedná se o metodu, kdy se okysličovaná žilní krev vrací zpět do žilního systému. Jedná se o smyčku, v níž je odvodná kanyla zavedena do v. femoralis a okysličená krev je přiváděna do pravé síně skrze kanylu zavedenou do v. jugularis. Okruh dále tvoří oxygenátor a centrifugální čerpadlo.
b. **veno – arteriální**
   Tato metoda v sobě spojuje jak možnost výměny plynů, tak podporu oběhu a doporučuje se u nemocných, u nichž je plicní selhání komplikováno i selháváním krevního oběhu. Systém je shodný jako v případě veno – venózní ECMO. Rozdíl je pouze v kanylaci přívodné kanyly, jež je v tomto případě zavedena do a. femoralis.

Izolovaná perfuze končetin cytostatiky při maligních onemocněních

Použití techniky MO umožňuje na určitou dobu úplně izolovat cévní řečiště končetiny od systémového oběhu (centrálně se na končetinu nad místem zavedení kanyl pro MO nakládá ještě turniket) a proplachovat je léky, které jsou jinak pro organismus natolik toxické, že není možné jejich celkové parenterální podání. Pomocí oxygenátoru zajistíme okysličeni krve protékající končetinou. Krev můžeme navíc i ohřívat, neboť některé léčebné způsoby kombinují účinek chemoterapie s účinkem hypertermie. Indikací k tomuto způsobu léčby jsou melanomy, sarkomy a jiné nádory lokalizované na končetinách (Lonský, 2004, s. 171-172).

V ČR mají s touto metodou největší zkušenosti perfuziologové z CKTCH v Brně a v poslední době rovněž v pražské VFN.

Závěr

Vzhledem k shora uvedenému je možné konstatovat, že klinický perfuziolog je nedílnou a integrální součástí kardiochirurgického operačního týmu spolu s chirurgem a anesteziologem a má svou nezastupitelnou roli nejen v rámci celého kardiochirurgického pracoviště, ale i v řadě jiných oborů medicíny.

Literatura

BRÁT, R., SUK, M., BÁRTA, J., et al. (2002) Resuscitace hluboce podchlazeného nemocného s použitím mimotělního oběhu. *In Rozhl Chir*, 2002, roč. 81 (6), s. 279-281. ISSN 0035-9351

GIBBON, JH., Jr. (1936) The maintenance of life during experimental occlusion of the pulmonary artery followed by survival, *Surg Gynecol Obstet*, 1939, 69, p. 602.

GRAVLEE, GP., DAVIS, RF., UTLEY, JR., et al. (1993) *Cardiopulmonary Bypass. Principles and Practice,* 1st ed., Baltimore, Maryland, USA: Williams & Wilkins, 1993. ISBN 0-683-03720-X

HATTERSLEY, PG. (1966) Activated coagulation time of whole blood. *In J Am Med Assoc,* 1966, vol. 59, p. 150-154

KAY, PH. (1992) *Techniques in Extracorporeal Circulation,* 3rd ed. Oxford: Butter-worth – Heinemann Ltd., 1992. ISBN 0-750-61391-2

KIRKLIN, JW., BARRATT-BOYES, BG. (1993) *Cardiac Surgery,* 2nd ed., London: Churchill Livingstone Inc., 1993, Chapter 2, Hypotermia, circulatory arrest and cardiopulmonary bypass, p. 30-74. ISBN 0-443-08845-4

KIRKLIN, JW., DUSHANE, JW., PATRICK, RT., et al. (1955) Intracardiac surgery with the aid of a mechanical pump-oxygenator system (Gibbon type): report of eight cases. *In Mayo Clin Proc*, 1955, 30, p. 201

LONSKÝ V. (2004) *Mimotělní oběh v klinické praxi,* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0653-9

NAIR, KS., LAWRENCE, DR., PUNJABI, PP., et al. (2002) Indications for cardiopulmonary bypass in non-cardiac operations. *In Perfusion,* 2002, vol. 17 (3), p. 161-166. ISSN 0267-6591

Kontaktní adresa

Mgr. Petr Meruňka
Klinika kardiovaskulární chirurgie 2. LF UK v Praze
Fakultní nemocnice v Motole
V Úvalu 84
150 06 Praha 5
Email: Petr.Merunka@fnmotol.cz, Merunka.Petr@seznam.cz

TLAK KRVI A MOŽNOSTI JEHO MERANIA

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

Súhrn:
Artériová hypertenzia dnes patrí k najčastejším ochoreniam kardiovaskulárneho systému a to napriek veľmi vysokej vyspelosti zdravotníckych systémov, ktoré vynakladajú veľkú časť svojho rozpočtu na preventívne aktivity. Výskyt hypertenzie stúpa s vekom. V diagnostike a liečbe sa riadime odporúčaniami Európskej spoločnosti pre hypertenziu a Európskej kardiologickej spoločnosti pre diagnostiku a liečbu hypertenzie. Na správnu diagnostiku a efektívnu liečbu artériovej hypertenzie musí byť správne stanovená hodnota tlaku krvi. Na meranie tlaku krvi máme viacero možností a preto je dôležité aby sme poznali možnosti a správnu techniku merania tlaku krvi.

***Kľúčové slová**: Hypertenzi; Monitorovanie tlaku krvi*

Úvod

Za artériovú hypertenziu označujeme opakované zvýšenie TK – 140/90 mmHg nameraných pri dvoch rôznych meraniach. Merania opakujeme 3 – krát a riadime sa priemerom z druhého a tretieho merania pri dvoch rôznych návštevách (Widimský, 2008).

Text

Možnosti merania tlaku krvi:

Ambulantné meranie tlaku krvi

Kontrola tlaku krvi je stále založená na príležitostnom meraní TK. Táto metóda pritom prináša iba hodnotu TK v určitú dennú dobu a je najmenej presným indikátorom skutočnej kontroly tlaku krvi. Tieto hodnoty môžu viesť k falošne pozitívnemu alebo falošne negatívnemu hodnoteniu v závislosti na dobe merania (Morgan, 1998).
Technike merania TK je nutné venovať veľkú pozornosť. Meranie sa musí realizovať u sediaceho pacienta po 10 minútovom upokojení na ramene s voľne podloženým predlaktím vo výške srdca. Meranie realizujeme 3 krát a riadime sa priemerom druhého a tretieho merania pri dvoch rôznych návštevách. Pri kontrolných vyšetreniach meriame TK vždy na rovnakom ramene, na ktorom bol pri vstupnom vyšetrení nameraný vyšší TK. Meranie TK v stoji je pre častejšiu možnosť ortostatickej hypotenzie dôležité u starších pacientov a diabetikov s hypertenziou. Pri meraní tlaku je veľmi dôležité zvoliť správnu šírku manžety podľa obvodu ramena pacienta. Obvod ramena do 33 cm – šírka manžeta 12 cm, obvod ramena 33 - 41 cm šírka manžety – 15 cm, obvod ramena nad 41 cm – šírka manžety 18 cm (Widimský jr. 2008).

Domáce meranie tlaku krvi

Domáce meranie tlaku krvi je medzi hypertonikmi veľmi rozšírené. Pacienti, ktorí si sami merajú doma tlak krvi podľa odporúčaní, majú väčšiu možnosť sa podielať na optimálnej antihypertenzívnej liečbe. Môžu včas zistiť neočakávané výkyvy tlaku krvi. Domáce meranie tlaku krvi je lacná metóda, ktorá poskytuje dobre využiteľné informácie, ale nemôže plne nahradiť 24 hodinové monitorovanie. Aby doma merané hodnoty TK mali dobrú výpovednú hodnotu, musia byť dodržané určité pravidlá.

- Používať len validované prístroje s umiestnením manžety na ramene. Prístroje je nutné pravidelne kalibrovať autorizovaným pracoviskom.

- Je nutné dôkladne poučiť pacienta, ako si má správne merať TK. Merať TK v kľudovom prostredí, pred samotným meraním by mal pacient zostať v kľude aspoň 5 min.
- Je potrebné dohodnúť sa s pacientom koľkokrát denne a v ktorú dennú dobu si má merať TK. Hodnoty je nutné zapisovať.
- Tiež je nutné informovať pacienta o skutočnosti, že doma namerané hodnoty TK sú obvykle nižšie ako hodnoty namerané v ambulancii.

Hodnoty získané pri domácom meraní TK sú vždy nižšie ako hodnoty získané v klinickom prostredí. Z tohto dôvodu sú podľa odporúčania Spoločnosti pre hypertenziu hodnoty TK – 135/85 mmHg pri domácom meraní považované už za zvýšené (platí pre merania na ramene) (Widimský, 2008). Podobné odporúčania k domácemu meraniu TK vydala tiež Európska spoločnosť pre hypertenziu vo svojich guidelines (Parati, 2008).

Ambulantné monitorovanie tlaku krvi

Ambulantné (väčšinou 24 hodinové) monitorovanie tlaku krvi je v posledných rokoch právom považované za najobjektívnejšiu metódu merania TK v diagnostike a kontrole liečby hypertenzie, pretože umožňuje získať prehľad o absolútnych hodnotách i variabilite TK v časovo definovaných periódach. Pre túto metódu merania TK je často používaný výraz „tlakový holter“, ktorý je však nesprávny, lebo sa nejedná o meranie kontinuálne ale jednorazové v dopredu stanovenom intervale. K meraniu tlaku slúžia plne automatizované meracie prístroje, ktoré pracujú väčšinou na princípe oscilometrickom, ale aj auskultačnom využívajúcom Karotkovovu metódu. Prvé meranie TK po nasadení sa realizuje za súčasnej kontroly orťutovým tonometrom, rozdiel obidvoch meraní by nemal byť väčší ako 5 mmHg pre systolický aj diastolický TK. Pacient po celú dobu monitorovania nosí meracie zariadenie uložené v púzdre na trupe a manžetu nad a. brachialis. Frekvenciu merania nastavuje lekár, záznamy cez deň sa pohybujú v 15-30 minútových intervaloch, počas spánku sú 30-60 minútových intervaloch. Jednotlivé merania sú ukladané do pamäte, ktoré sa potom spracovávajú a vyhodnocujú. Pacient si zároveň vedie denník s časovými údajmi o dennom režime, subjektívnych ťažkostiach a liečbe. Podľa posledných odporúčaní diagnostických a liečebných postupov pri artériovej hypertenzie – verzia 2007 sa rozšírili indikačné oblasti monitorovania TK na indikácie:

a) diagnostické
b) terapeutické
c) prognostické

7 denné ambulantné monitorovanie tlaku krvi

Sedemdenné monitorovanie tlaku krvi spresňuje rozsah cirkadiánného kolísania TK a umožňuje stanovenie jeho patologických hodnôt a zhodnotenie prípadného rizika pre pacienta. Tento dlhší interval monitorovania zachytí nielen cirkadiánne zmeny, ale i 3,5 denné a týždenné cykly kolísania TK. Prístroj meria po dobu 7 dní opakovane krvný tlak a srdcovú frekvenciu v režime najčastejšie 30 minút od 6.00 – 22.00 hod., potom meria hodnoty jedenkrát za hodinu do 6.00 hod. rána. Namerané hodnoty sa automaticky ukladajú. Po ukončení sedemdenného režimu merania sú údaje prenesené do počítača, spracované a vyhodnotené.

Kontinuálne meranie tlaku krvi beat-to-beat

Dlhodobé sledovanie tlaku krvi tep po tepe je umožnené pletyzmograficky na princípe Penázovej metódy. Toto neinvazívne meranie prinieslo veľa cenných údajov, ako pre výskum regulácie tlaku krvi na zemskom povrchu tak aj v extrémnych podmienkach pri pobyte v beztiažovom stave a pod. Tieto sledovania boli realizované prenosným prístrojom

Portapres. Tieto jedinečne multifunkčné prístroje sú prevažne používané na klinických pracoviskách pre výskum.

Literatura

HOMOLKA, P. a kol., Monitorování krevního tlaku. Praha: Grada, 2010, 208s.,ISBN 978-80-247-2896-4.
MORGAN, T. 24-hour blood pressure control. England: Adis International Limited, 1998,52p., ISBN 1-898970-13-0.
NĚMCOVÁ, H. Měření krevního tlaku. Interní medicína pro praxi, 2006, 9, s. 396-400, ISSN 1212-7299.
PARATI, G. Continuos non-invasive finger intra-arterial blood recording. J. Hypertens.,1989,13,
ŠTEJFA, M. kol. Kardiologie. Praha: Grada, 1995, 557s., ISBN 80-7169-110-0.
WIDIMSKÝ, J.jr.,CÍFKOVÁ, R., ŠPINAR, J. a kol. Doporučení diagnostických a léčebných postupu a arteriální hypertenze – verze 2007. Doporučení České společnosti pro hypertenzi, cor et Vasa, 2008, 1, s. 5-22.

Kontaktní adresa

Mgr. Silvia Puteková
Katedra ošetrovateľstva
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce
Trnavská univerzita v Trnave
918 43 Trnava
Slovenská republika
Email: silvia.putekova@truni.sk

JIŽ NEOŠETŘUJEME ANGLICKÉHO KRÁLE
(Abstrakt)

Linda Franzová, Renata Všetečková
Oddělení urgentního příjmu dospělých FN Motol

Souhrn:
Autorky pracují přes dvě desetiletí jako sestry na úrovni urgentní medicíny a přednemocniční neodkladné péče. V minulém sdělení v roce 2010 „ošetřovaly anglického krále" reagovaly formou odborné eseje na vývoj ošetřovatelství v naší zemi v časech odborných i politických zvratů. Jak jde čas, zůstávají trvale aktuální právě a jen ony zvraty. Podloženo bohatými denními zkušenostmi se přetlačuje stále víc převaha na stranu ne vždy „indikovaně" ošetřených nemocných s banálními chorobami, ale o to více s jasnými známkami potencionální stížnosti při předpokladu, že jim nebude v plné míře vyhověno bez ohledu na denní či noční dobu a momentální vytížení OUPD závažnými stavy.

Klíčová slova: *Ošetřovatelství; Přednemocniční neodkladná péče; Nelékařská profese*

Autorky se domnívají, že již „ neošetřují anglické krále" a geometrický nárůst ne zcela urgentních a oprávněných požadavků občanů s banálními chorobami dokládají na příkladech jako t.č. nejzávažnější problém. Neblahý vliv médií, pacientských organizací a nekoncepční – spíš politická – snaha o /ne/vytvoření jakési komory nelékařských profesí vše umocňuje a staví zdravotníky první linie zhusta do momentů psychického i fyzického sebezničení.

Literatura

STRUNECKÁ, A., PATOČKA, J. (2012) *Doba jedová 2,* 1. vyd. Praha: Triton, 2012, ISBN 978-80-7387-555-8
ŠVARCOVÁ, E. (2009) *Vybrané kapitoly z etopedie a sociální patologie.* 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamu, Univerzita Hradec Králové, 2009, ISBN 978-80-7041-959-5

Kontaktní adresa:
Bc. Linda Franzová
OUPD FN Motol
V Úvalu 84
150 06 Praha 5 - Motol
Email: llinda@atlas.cz

POZNÁMKY K SOUČASNÉ PROFESI A PROFESIONALITĚ SESTER

Jaroslav Koťa
Univerzita Karlova v Praze, Filozofická fakulta, Katedra pedagogiky

Tahem k profesionalizaci prochází řada profesí, které si postupně vytvářejí a proměňují svůj profil. Tato cesta není ani jednoduchá, ani krátká, protože nelze rázem přeskočit určité historické vývojové etapy, což vyvolává značné napětí v prožívání času: jsme netrpěliví, protože osobní čas našich životů je daleko kratší, než ten druh času, který plyne jako čas historický.

Mluvíme-li o profesionalizaci sester, víme, že tak jako o ostatních odborných profesí, jde o dořešení odkládaných otázek vzdělávání budoucích sester, orientaci k zájmům veřejnosti, které profesionál nadřazuje osobnímu sebeuspokojení, vytváření etického kodexu a vnitřních kontrolních mechanismů; v neposlední řadě jde i vytvoření systému odměn či honorářů, které jsou primárně symbolickým vzorcem ocenění pracovních výkonů. Asi bych nosil sovy do Athén, kdybych připomínal, že v posledních desetiletích o dosažení plné profesionalizace v řadě zemí usilují učitelé, zdravotní sestry a sociální pracovnice, přičemž na své emancipační dráze narážejí na analogické problémy.

Prvním problémem, který chci dnes zmínit, je mýtus nízké prestiže povolání učitele či zdravotní sestry. V sociologických výzkumech veřejného mínění, které jsou k dispozici na webových stránkách sociologických agentur, jsou přes sto let na prvních místech lékaři ve veřejných nemocnicích, dvacet let jsou hned za nimi vysokoškolští učitelé a za nimi učitelé základních škol. Po protestních aktivitách lékařů se – a to díky svému vystupování – se na stejnou prestižní pozici, či někdy dokonce o nějaké to procentíčko vyšší než je postavení učitelů, dostaly zdravotní sestry. Pak v prestižním žebříčku následují všechny ostatní profese. Mluví-li se tedy o profesionalizujících se profesích učitele či zdravotní sestry jako o profesi s nízkou prestiží, jde o obrovské nedorozumění, vznikající z několika dobrých důvodů. Prvním je zaměňování prestiže za výši platu, přičemž nikdy a nikde na světě nemají vysokou prestiž nejlépe placená povolání. Dalším faktorem je subjektivní pocit nedocenění či chcete-li nedostatečného uznání. Necháte-li učitele nebo zdravotní sestru odhadovat, kde se nachází jejich pozice v žebříčku prestiže, vždy se budou sami sebe situovat daleko níž, než je bude pojímat široká veřejnost. Je proto také falešné při boji za vyšší mzdy argumentovat prestiží, protože se zatím žádné profesi nepodařilo na delší dobu předběhnout lékaře; v otázce prestiže není prostě kam dále postupovat.

Přesto nebo právě proto bych se dnes chtěl zamyslet nad tím, jak dál s emancipací profese. U nás bohužel přežívá model dělnického boje za platy z 19. století, který přebírají některé profese, opírající se o odborové hnutí. Skutečné profese se ve světě opírají o profesní komory. Vedle toho lze pozorovat primitivní metody boje za postavení a platy, které jsme měli možnost sledovat u lékařů v rámci aktivity označených sloganem: Děkujeme, odcházíme. Tuto iniciativu jsem od počátku považoval za naprosto otřesnou a kopírující v podstatě logiku třídního boje lokomotivních čet či tiskařských dělníků. A vždy, jak si možná ještě některé z mých posluchaček ošetřovatelství vzpomenou, jsem kritizoval obrat v lékařské komoře, který nastal po odchodu docenta Svobody z jejího čela, kdy se komora vydala na cestu k deprofesionalizaci a místo toho se začala intenzivně věnovat politickému čachrování. Možná udivuje, proč se opakovaně pouštím do ostré kritiky aktivit komory všeobecných lékařů, protože to je přece jejich věc, jak budou postupovat. Je a není. V podstatě jde o modely chování, které se z této komory šíří do společnosti a ovlivňují vývoj a formování těch povolání, pro které jsou tradičním vzorem. Lze jen doufat, že excesům, jichž jsme byli svědky, se i nadále podaří vyhnout sdružením sester, které si ve vřavě minulých let dokázaly přes nelehké problémy, udržet vysokou míru důstojnosti či

chcete-li nobility, což je výraz, který lze do češtiny přeložit jako šlechtictví. Myšleno samozřejmě šlechtictví ducha.

Nemá smysl plakat nad rozlitým mlékem, ale otázka zní, co dál a co podnikat na profesní dráze. Je evidentní, že i ve zdravotnictví se řada problémů kupí a odsouvá. Správci veřejného života - jak se někdy nazývá sféra politiky - očividně ztratili schopnost vizí, pozitivní motivace rozvoje národa a jeho bohatství duchovního i materiálního - a spoluvytvářejí permanentní vědomí krize a nouze, čímž získávají výmluvy pro odsouvání řešení celé řady naléhavých problémů. Dnes se také lze vždy vymluvit na nedostatek peněz, i když všichni víme, že školství podobně jako zdravotnictví jsou obrovské bezedné díry, v nichž lze utratil jakoukoliv částku, což nakonec v čase krize vede k nutnosti nastavit rozumná úsporná opatření.

Jak v této situaci zlepšovat postavení zdravotních sester? Dovolím si předložit několik námětů k zamyšlení. Zdravotní sestry – a to mám z řady poměrně čerstvých prací – pojímají svou profesi jako poslání. U profesí učitele i sestry, kde je vědomí poslání na prvním místě, hrozí nebezpečí, že člověk přestane očekávat jakékoliv ohledy od okolí, vyprázdní do značné míry osobní život, odloží postupně veškeré iluze a sny a stane se kolečkem soukolí, jehož smysl se mu začne postupně vytrácet. Ze sebereflexí zdravotních sester lze zcela bezpečně odvodit, že jsou to lidské bytosti jako každé jiné: trápí je otázky smyslu jejich života, jisté odcizení v provozu moderních nemocničních zařízení, konfrontují své nelehké životní podmínky s životními možnostmi a osobními perspektivami – a to v nich prohlubuje značnou životní nejistotu. Zvláště mladé sestry bývají otřeseny nejen kontakty s nemocí a smrtí, na které nebývají připraveny, ale i tím, jak vlastně končí své životní dráhy jejich starší a zkušené kolegyně, které celý systém jednoho dne brutálně vysadí na ulici. Je otázkou, zda v současné době není vhodné s naprostou vážností otevřít debatu o tom, jaké životné plány, iluze a výhledy hlodají v duších zdravotních sester. S tím samozřejmě souvisí i otázka zajištění života v práci i v soukromém životě.

Dále se budu věnovat *strategii stávek* či metodologii protestních hnutí, kterými prošla řada západních profesí v době, kdy jsme žili ještě v tzv. husákovské normalizaci. Stávkovat není jednoduché. V naší společnosti to po každé znamená porušit nepsaný sociální konsensus, tedy tichou dohodu o tom, že stávkovat se má krátce a pokud možno minimálně, protože dlouhodobé stávky nevedou k ničemu jinému než k postupně rostoucí inflaci. Dále: stávkující profese mají u nás tendenci vidět jenom sami sebe. Nakonec: Co je komu z nás do toho, že ta či ona profese chce větší plat apod. To by přece nakonec chtěl každý, kdo není mentálně retardovaný. Když si naši učitelé koncem 19. století uvědomili, že otázka emancipace je úzce spojena s otázkou vzdělání, napsal jeden z nich do Věstníku středoškolských profesorů: Dejte učitelům vašich dětí vzdělání, jaké dáváte lékařům vašeho dobytka. Podobně bychom mohli dnes parafrázovat: Vybudujme pro sestry takový systém vzdělávání a doškolování, který předčí vzdělávání těch, kteří se starají o vaše psy nebo křečky.

Jelikož řada stávek různých emancipujících se profesích nesplnila v minulosti mnohokrát očekávání, profesionálové provedli věcnou analýzu neúspěšných protestních aktivit a konstatovali, že v nich existuje skrytý emancipační potenciál. Pokusím se nyní shrnout výsledky těchto analýz a aplikovat je do roviny ošetřovatelství. Uvážliví a přesvědčení profesionálové nikdy nepociťují potřebu přesvědčovat veřejnost o důležitosti své profese. Proto se také nezabývají plytkostí masmédií a velkovýrobou nesmyslů, zkreslení, kýčů a braku, které produkují. Je také nesmyslné prohlubovat antagonismy mezi společností a profesí, protože profesionalizované profese jsou vždy profesemi služebnými, u nichž je na prvním místě zájem klientů – či chcete-li v tomto případě pacientů. Protestní hnutí je třeba v první řadě číst optikou, co vlastně přinesou pro sebepoznání a sebepojetí profese, protože

v konfliktech se formují a upevňují požadavky profesionálů, dochází k přechodu od živelným k plně reflektovaným fázím. Analýzy stávek ukazují, že řada profesí nedokázala včas využít možností, které přináší celostátní i lokální tisk. Málo pozornosti bylo věnováno trpělivému vysvětlování veřejnosti těch problémů, jejichž neřešení postihuje celou societu.

Otázka nezní, co vlastně sestry chtějí, ale co je třeba udělat pro to, aby se zlepšila zdravotní péče o pacienta. Neptejte se, co chcete vy, ale ptejte se, co chce veřejnost. Chcete lepší zdravotnictví? Myslíte, že stát zajistí lepší péči, když bude mít unavené, přetížené a k úsporným opatřením donucené zdravotníky – včetně sester, které zajišťují každodenní provoz nemocnic. Podobně je nešťastné se ptát, co chtějí učitelé. Ptejte, jaké vzdělání chce veřejnost pro své děti… a analogicky lze klást otázky, jakou chcete zdravotní péči, až se ocitnete ve stavu životní nouze či nemoci.

Profesionalizace sester je typickou profesionalizací „from below" – to znamená postupným tlakem zdola na státní správu usilují zlepšovat legislativní podmínky profese, změnit také postupně smlouvy a pracovní podmínky. V profesionalizaci nejde jen o nastolení vyšších forem odpovědnosti, standardizaci postupů a zavádění evaluačních principů, ale nastolení otázky „opravdové plnohodnotné profese". Co je zapotřebí k zajištění toho, aby nemocniční provoz fungoval na adekvátní evropské úrovni? S jakými předsudky lékařů, celé společnosti a fosilními tradicemi je třeba se vypořádat? Jak by měl vypadat moderně, civilizovaně a důstojně nastavený systém péče o pacienta? Má společnost zájem, aby se jí dostalo lepší péče, nebo je jí osud nemocných či trpících lhostejný?

Je asi potřeba podtrhnout, že problémy certifikace a debaty kolem nich vždy vyvolávají řadu otázek, co je vlastně třeba pro zlepšení profese učinit. Analýzy ukazují, že v řadě profesí je možné další zlepšení pouze za klíčové podmínky: *profesi lze plnohodnotně transformovat až tehdy, když je dosaženo plné kvalifikace*. To dnes znamená rozsáhlou restrukturalizaci strategií učení a výchovy budoucích sester. Stojíme tedy před otázkami: Jaká je vlastně strukturalizace celého systému? Jak se v něm uplatňují jednotlivé odbornosti? Které jsou na vzestupu a které naopak jsou již odsouzeny k postupnému zániku?

Je jisté, že se při formování profese sestry nemůžeme řídit jenom akademickými postoji a náhledy na tuto profesi. Je nešťastné se nechat fascinovat vědomostní základnou, kdy se nakonec vědomosti mění v pouhou technickou základnu profese. Sesterská profese se vždy bude pohybovat z hlediska vědy v interdisciplinárním poli: na jedné straně je nutné osvojit si základy ošetřovatelské zdravotní péče, na straně druhé znalosti ze sociální psychologie, komunikace či dokonce některých terapeutických postupů. A jak jsem se snažil naznačit na počátku dnešního vystoupení, pro řadu sester je setrvání v profesi na prvním místě spjato s řešení otázek životního smyslu a poslání, kterému hodlají svůj vlastní život obětovat.

Kontaktní adresa
Doc. PhDr. Jaroslav Koťa
Katedra pedagogiky FF UK
Celetná 20
Praha 1
Email: jaroslav. kota@ff.cuni.cz

DUCHOVNOSŤ A NÁBOŽENSTVO V OŠETROVATEĽSTVE

[1]Ladislav Šoltés, [2]Daniel Jirkovský
[1] Slovenská zdravotnícka univerzita Bratislava
[2] Ústav ošetřovatelství UK 2. LF a FN Motol

Súhrn:
Po rokoch totalitného režimu si mnohí otvorene stavajú základné životné otázky, ako žiť, odkiaľ som, kam smerujem aký má zmysel môj život. Zvlášť často je to v situácii vážnej choroby, utrpenia, smrti blízkeho človeka, ťažkej depresie a frustrácie apod. Viera a náboženské presvedčenie sú významné v živote niektorých ľudí. Môžu ovplyvniť spôsob života a osobitne prístup a postoj k vlastnej chorobe. Tiež spoluvytvárajú duševnú harmóniu s prírodou, vesmírom, nekonečnom a poskytujú trvalú orientáciu v osobnom i profesionálnom živote.

Kľúčové slová: *viera; náboženstvo; smrť; ošetrovateľstvo.*

Úvod

Duchovnosť má dve spolu súvisiace dimenzie, vertikálnu a horizontálnu. Vertikálna je vzťahom s transcendentom — Bohom, najvyššou mocou riadiacou život a horizontálna dimenzia predstavuje vzťah jedinca k iným, prostrediu i k sebe samému. Viera je univerzálna charakteristika života, ktorá je podložená nejakou autoritou. Mať vieru znamená veriť, dôverovať niekomu alebo niečomu. Náboženstvo je potom organizovaný systém vierovyznania, rituálov a praktík, ktorými si ľudia uspokojujú svoje duchovné potreby.
Viera a náboženstvo môžu nadobúdať vätší význam v čase choroby než inokedy v ľudskom živote. Niektorým ľuďom môžu pomôct zmieriť sa so svojou chorobou a dokonca využiť ju ako motiváciu a výzvu k zmene životných priorít.

Vlastný text

Často je to práve sestra, ktorá vníma duchovné potreby chorého a zabezpečuje mu požadovanú pomoc. Nemôžme predpokladať, že sestry budú oboznámené s praktikami všetkých náboženských skupín, avšak hlavné náboženské komunity odkiaľ prichádzajú pacienti by mohli poznať. Na druhej strane sú agnostici a ateisti. Agnostikom je osoba, ktorá pochybuje o existencii Boha ako najvyššej bytosti, lebo ju nemožno dokázať. Ateista popiera existenciu Boha. Teizmus je viera v jedného alebo viacerých bohov. Monoteizmus je viera v existenciu jedinného Boha napr. v judaizme, kresťanstve, islame.
Súhrne povedané duchovné presvedčenie pacienta nemusí, ale môže

- pomáhať ľuďom akceptovať svoju chorobu,
- posilňovať ich počas života,
- pripraviť ich na smrť,
- dokáže dať životu i smrti zmysel.

Niektoré náboženstva sú však v konflikte s bežnou medicínskou praxou a odmietajú niektoré liečebné postupy, napr. transfúziu krvi Svedkovia Jehovovi. Sestra môže získať informácie o duchovnom presvedčení pacienta v rámci ošetrovateľskej anamnézy a využíva to na jej konci, včítane pacientovej príslušnosti k cirkvi.

Stoll, R. navrhol úlohy sprievodcu duchovnej anamnézy na získanie kompletných informácii o pacientovi do štyroch oblasti:

- pacientova koncepcia Boha či božstva,
- jeho zdroje nádeje a sily,
- pre neho významné praktiky a rituály,
- vzťahy medzi zdravotným stavom a individuálym duchovným presvedčením.

To neznamená ich automaticky aplikovať u každého pacienta, pretože ide súčasne o povinnosť na právo všetkých ľudí na svoje vlastné hodnoty a názory, tiež o nich nehovoriť alebo ich neodkryvať.

Čo sa týka vplyvu času, je vhodnejšie sa k duchovej dimnenzii pacienta priblížiť, ak sa vôbec rozhodneme do nej vstúpiť v rámci ošetrovateľskej anamnézy až vtedy, keď sa vytvorí otvorená komunikácia a neformálny, otvorený a úprimný vzťah k pacientovi a jeho príbuzným či blízkymi ľuďom.

Ktorýkoľvek pacient, či jeho príbuzní, si môžu priať alebo priamo žiadať duchovného na duchovnú podporu. Názory príbuzných môžu byť podporné alebo aj odmietavé. Túto duchovnú podporu si prajú najmä pacienti osamelí, ktorí prejavujú úzkosť a strach, sú pred operáciou, majú pocity viny a túžia po odpustení a sami potrebujú odpustiť, ktorí by chceli zmeniť svoj život. Sestra sa správa citlivo, nenásilne a plne rešpektuje pacienta.

Súčasná mentalita i keď chápe, že život všetkých živých bytostí končí ich zánikom, teda smrťou, považuje smrť za najhoršiu situáciu, s ktorou sa môžeme stretnúť. Preto sa uvažovaniu a rozhovorom o smrti človek vyhýba. Moderné ošetrovateľstvo zahrnuje do učebných osnov i starostlivosť o zomierajúcich a mrtvého, dokonca i pozostalých. Treba otvorene priznať, že starostlivosť o zomierajucého človeka a ľudí prežívajúcich ťažký dlhotrvajúci žiaľ a smútok predstavujú jednu z najťažších a najkomplexnejších povinnosti sestry.

Smútok je prirodzená subjektívna emocionálna reakcia a odpoveď na stratu. Umožňuje jedincom sa vyrovnať so stratou a akceptovať novú realitu. Smútok ako proces sociálny sa lepšie znáša za spoluúčasti iných. Smútok môže negatívne pôsobiť na zdravie telesné a najmä duševné. Ak by sme hľadali nejaké pozitívne stránky smútku, mohli by sme u niektorých objaviť podnety na iný, nový pohľad na seba a iných, zastaviť sa a prehodnotiť osobné hodnoty, stať sa vnímavejším, úprimnejším, empatickejším. Ide najmä o pozostalých, ale i chorých, ktorí majú príležitosť emocionálne a duchovne dozrieť v čase, ktorý im ešte zostáva. Tu sa dajú uplatňovať známe štádia podľa Kübler-Rossovej. Tieto potrebuje sestra poznať či rozoznať tak u chorého ako i pozostalých. Sem patrí i správne posudzovanie príznakov blížiacej sa smrti. Charakteristickým príznakom je strata svalového tonusu, spomalenie krvného obehu, zmeny vitálnych funkcii a narušenie zmyslových orgánov. Sluch býva zo všetkých zmyslov pravdepodobne posledný. Pred smrťou **môže** fungovať vedomie na rôznej úrovni, niektorí pacienti sú bdelí, iní ospalí alebo dokonca v kóme. Koncové časti končatín sú studené, cyanotické, najprv na nohách, potom na rukách a studený pot na čele. Dýchanie je plytké a nepravidelné, pulz spomalený a zoslabený, objavujú sa ťažkosti pri rozprávaní i prehltaní apod.

Diagnóza smrti spojená so zástavou dýchania a srdcovej činnosti sa dnes doplňuje mozgovou smrťou, ktorá dovoľuje transplantáciu orgánov. Je spojená s trvalým bezvedomím, zástavou dýchania, vyhasnutím reflexov, nulovým EEG záznamom a zástavou krvného obehu mozgu. Ide o smrť celého mozgu, niektoré štáty sa riadia klasickou diagnózou smrti, pre určité výhrady k diagnóze mozgovej smrti.

Zomieranie *pre* pacienta a jeho príbuzných môže byť sprevádzané beznádejou a bezmocnosťou. Barbus ešte v roku 1974 definoval práva zomierajúceho:

- mám právo na to, aby sa so mnou zaobchádzalo ako so živým človekom až do mojej smrti;
- mám právo udržiavať si nádej, nech už sa zameriava na čokoľvek;
- mám právo na poskytovanie starostlivosti ľuďmi, ktorí dokážu udržiavať moju nádej, nech už sa situácia zmení akokoľvek;
- mám právo vyjadriť svoje city, týkajúce sa blížiacej sa smrti a to svojim vlastným spôsobom;
- mám právo zúčastniť sa na rozhodnutiach, ktoré sa týkajú starostlivosti o mňa samého;
- mám právo, aby som nezomrel osamotený;
- mám právo na zbavenie a zmiernenie bolesti;
- mám právo na čestné odpovede na moje otázky;
- mám právo, aby ma nikto neklamal;
- mám právo na to, aby mi vo chvíli, keď si uvedomím hroziacu smrť pomohla moja rodina a pomoc bola poskytnutá aj mojim príbuzným;
- mám právo zomrieť v pokoji a dôstojne;
- mám právo ponechať si svoju identitu a nebyť súdený za moje rozhodnutia, ktoré môžu byť v rozpore so stanoviskami iných);
- mám právo na rozhovory o svojich náboženských alebo duchovných názorov, bez ohľadu čo znamenajú pre iných;
- mám právo očakávať, že neporušiteľnosť ľudského tela sa bude rešpektovať po mojej smrti;
- mám právo na to, aby sa o mňa starali citliví, starostliví a skúsení ľudia, ktorí sa budú snažiť porozumieť mojim potrebám.

Záver

Náš príspevok sa snažte pochopiť ako podnet k úvahám, ktoré si každý rozhodne sám či mu budú užitočné a zaujme k nim vlastný postoj. O svojej práci potrebujeme hovoriť a tak motivovať seba aj iných k pozitívnym postojom, i vtedy, keď práca v ošetrovateľstve nie je primerane hodnotená a odmeňovaná. Sestra potrebuje iste profesionálne vedomosti, komunikačné zručnosti, potrebuje odvahu, ale i určitú pokoru. Potom môže poskytovať pacientovi a jeho príbuzným jedinečné a neoceniteľné služby a sama pritom formuje svoj charakter. Potom od svojho profesionálneho života nepotrebuje žiadať viac a ani byť spokojná s niečím menej. Lebo niet väčšej príležitosti, povinnosti a zodpovednosti, ktoré dostal človek, ako pomáhať inému, odkázanému na našu pomoc. Každý si osvojuje pre seba vhodnú motiváciu, včítane motivácie duchovnej.

Literatura

u autorů

Kontaktní adresa

Prof. MUDr. Ladislav Šoltés, DrSc., Dr.h.c.
PhDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA
Ústav ošetřovatelství UK 2. LF a FN Motol
V Úvalu 84
150 06 Praha 5 – Motol
Email: d.jirkovsky@lfmotol.cuni.cz

SPECIALIZAČNÍ VZDĚLÁVÁNÍ SESTER V ČR A JEHO REALIZACE VE FN MOTOL

Daniel Jirkovský, Hana Nikodemová
Ústav ošetřovatelství UK 2. LF a FN Motol

Souhrn:
Příspěvek přináší informace o specializačním vzdělávání všeobecných sester v rámci systému dalšího profesního vzdělávání ČR a jeho realizaci ve FN Motol. Porovnává vzdělávací programy oborů specializačního vzdělávání platné v ČR s doporučeními Stálého výboru sester při Evropské komisi (dále též PCN). Z obsahové analýzy dosavadních i nových českých vzdělávacích programů, vyplývá nesoulad při naplňování některých minimálních požadavků a doporučení PCN.

Klíčová slova:
Všeobecná sestra; Postkvalifikační vzdělávání; Specializační vzdělávání; Intenzivní péče.

Úvod

V posledních letech se stále častěji hovoří o kompetencích všeobecných sester a jejich naplňování v praxi. Podle Akademického slovníku cizích slov se pod pojmem kompetence rozumí předpoklady (tj. znalosti a dovednosti) či schopnost zvládat určitou funkci, činnost nebo situaci. Do jaké míry skutečně vede realizace jakéhokoliv oboru specializačního vzdělávání k získání předpokladů či schopností k získání reálné způsobilosti k poskytování specializované nebo vysoce specializované ošetřovatelské péče, nebude v tomto příspěvku analyzováno. Pozornost bude věnována zejména základním doporučením Stálého výboru sester při Evropské komisi na specializační vzdělávání sester a jejich respektování, resp. naplňování v současných vzdělávacích programech.

Specializační vzdělávání v systému dalšího profesního vzdělávání v ČR

Specializační vzdělávání je jednou z forem postkvalifikačního celoživotního vzdělávání všeobecných sester. V obecné rovině však v ČR (s výjimkou některých profesí) neexistuje žádný propracovaný systém dalšího profesního vzdělávání tak, jak jej známe například ve Skandinávii (2). Jak vyplývá ze zprávy Parlamentního institutu ČR, nemá naše země jasný právní rámec pro systém dalšího profesního vzdělávání obecně a neexistuje ani jeho jednotná organizace. V tomto smyslu je systém celoživotního vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků stanovený zák. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, v platném znění, a souvisejícími prováděcími právními předpisy, na podmínky ČR v kladném slova smyslu výjimečný.

Obory specializačního vzdělávání v ČR a jejich realizace ve FN Motol

Obory specializačního vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků v ČR stanoví Nařízení vlády ČR č. 31/2010 Sb. ze dne 11. ledna 2010, o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí, které nahradilo předchozí vládní nařízení č. 463/2004 Sb. Tento právní předpis stanoví 9 oborů specializačního vzdělávání pro všeobecné sestry, 4 obory pro porodní asistentky, 3 obory pro ergoterapeuty, 11 oborů pro zdravotnické laboranty, 3 obory pro zubní techniky, 1 obor pro asistenty ochrany a podpory zdraví, 4 obory pro farmaceutické asistenty, 2 obory pro zdravotnické záchranáře, 3 obory pro nutriční terapeuty, 3 obory pro biomedicínské techniky, 3 obory pro psychology ve zdravotnictví, 2

obory pro logopedy, 6 oborů pro fyzioterapeuty, 2 obory pro radiologické fyziky, 11 oborů pro odborné pracovníky v laboratorních metodách a v přípravě léčivých přípravků, 3 obory pro biomedicínckě inženýry, 2 obory pro odborné pracovníky v ochraně a podpoře veřejného zdraví a 4 obory pro radiologické asistenty. Všeobecné sestry mohou v ČR získat specializovanou způsobilost v následujících oborech specializačního vzdělávání:

TAB. 1: Doporučení PCN a vzdělávací programy v oboru Intenzivní péče v ČR

OBOR SPECIALIZAČNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ	AKREDITACE FN MOTOL	
	teoretická část	praktická část
Intenzivní péče	ano	ano
Perioperační péče	ano	ano
Ošetřovatelská péče v pediatrii	ano	ano
Intenzivní péče v pediatrii	ano	ano
Komunitní ošetřovatelská péče	ne	ne
Ošetřovatelská péče v interních oborech	ne	ano
Ošetřovatelská péče v chirurgických oborech	ne	ano
Ošetřovatelská péče v psychiatrii	ne	ne
Perfuziologie	ne	ne
Organizace a řízení ve zdravotnictví	ne	ano

Fakultní nemocnice v Motole má dále udělenu akreditaci k uskutečňování praktické části specializačních vzdělávacích programů také pro zdravotní laboranty (6 oborů), radiologické asistenty (2 obory), fyzioterapeuty (2 obory) a pro psychology ve zdravotnictví (2 obory).

Specializační vzdělávání všeobecných sester v ČR a doporučení PCN

Podle platného doporučení Permanent Committee of Nurses of the Europen Council (dále jen PCN) (1), na které odkazují také evropské směrnice 89/48 EEC a 92/51 EEC, by vzdělávací programy oborů specializačního vzdělávání sester měly splňovat celou řadu požadavků. Některé z těchto požadavků se staly základními kritérii pro obsahovou analýzu stávajících i nových vzdělávacích programů specializačního vzdělávání všeobecných sester v oboru Ošetřovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a v intenzivní péči, resp. v oboru Intenzivní péče (podle Nařízení vlády ČR č. 31/2010 Sb.). Dílčí výsledky obsahové analýzy jsou uvedeny v následujícím tabelárním přehledu.

TAB. 2: Doporučení PCN a vzdělávací programy v oboru Intenzivní péče v ČR

Doporučení PCN (1)	Rámcový vzdělávací program podle NV č. 463/2004 Sb.	Vzdělávací program podle NV č. 31/2010 Sb.
Specializační studium má mít oficiálně stanovený program schválený akreditační komisí.	Vzdělávací instituce musí projít akreditačním řízením podle zák. č. 96/2004 Sb., v pl. znění. Akreditační komise posuzuje vzdělávací program, personální a materiální předpoklady pro realizaci vzdělávání.	Vzdělávací instituce musí projít akreditačním řízením podle zák. č. 96/2004 Sb., v pl. znění. Akreditační komise posuzuje personální a materiální předpoklady pro realizaci vzdělávání.

Doporučení PCN (1)	**Rámcový vzdělávací program podle NV č. 463/2004 Sb.**	**Vzdělávací program podle NV č. 31/2010 Sb.**
Studium musí probíhat v akreditované vzdělávací instituci vyššího typu nebo na univerzitě, kde mají vlastní pedagogický sbor a vyučujícími jsou sestry-specialistky.	Studium probíhá v akreditované instituci, ta však nemá charakter vzdělávací instituce vyššího typu ani univerzity. Pedagogický sbor tvoří sestry – specialistky a další odborníci.	Studium probíhá v akreditované instituci, ta však nemá charakter vzdělávací instituce vyššího typu ani univerzity. Pedagogický sbor tvoří sestry – specialistky a další odborníci.
Výběr studujících podléhá přijímacímu řízení.	Výběr účastníků v ČR nepodléhá přijímacímu řízení.	Výběr účastníků v ČR nepodléhá přijímacímu řízení.
Studující má před přijetím alespoň 1 rok praxe.	Pro zařazení ke vzdělávání se požaduje nejméně 12 měsíců výkonu povolání všeobecné sestry.	Pro zařazení ke vzdělávání se praxe nepožaduje. Při přihlášení k atestační zkoušce musí účastník vzdělávání absolvovat nejméně jeden rok výkonu povolání v oblasti své specializace v rozsahu nejméně ½ stanovené týdenní pracovní doby.
Délka studia je minimálně 12 měsíců.	Délka vzdělávání je sice stanovena na min. 36 měsíců, vzdělávací program však umožňuje zkrácení doby studia, ale nestanoví nepodkročitelné minimum 12 měsíců.	Doporučená délka vzdělávání je stanovena na 18 - 24 měsíců.
Studium obsahuje nejméně 720 hodin, z toho minimálně 50% praxe ve specializačním oboru.	Vzdělávání obsahuje 640 hodin, z toho minimálně 320 hodin praxe ve specializačním oboru.	Vzdělávání obsahuje pouze 560 hodin, z toho minimálně 280 hodin praxe ve specializačním oboru (min. 80 hodin praxe v akreditovaném zařízení)
Absolvování studia je zakončeno získáním diplomu	Absolvování vzdělávání je zakončeno atestační zkouškou a vydáním diplomu	Absolvování vzdělávání je zakončeno atestační zkouškou a vydáním diplomu

Z tabelárního přehledu vyplývají následující hlavní rozdíly mezi doporučeními PCN a vzdělávacími programy specializačního vzdělávání v ČR:

1) specializační vzdělávání v ČR neprobíhá v akreditované vzdělávací instituci vyššího typu nebo na univerzitě;
2) výběr účastníků specializačního vzdělávání nepodléhá přijímacímu řízení;
3) vzdělávací program neobsahuje informaci o nepodkročitelném minimu 12ti měsíčního studia – pouze doporučenou délku vzdělávání;

4) vzdělávací program podle NV č. 463/2004 Sb. (dobíhající vzdělávání) obsahuje pouze 640 hodin (je požadováno 720 hodin), z toho 320 hodin praxe ve specializačním oboru (PCN je požadováno nejméně 360 hodin). Vzdělávací program podle NV č. 31/2010 Sb. obsahuje jen 560 hodin, z toho 280 hodin praxe.

Nové vzdělávací programy podle Nařízení vlády ČR č. 31/2010 Sb., snižují celkovou hodinovou dotaci teoretické i praktické výuky na 560 hodin, tedy o 160 hodin méně než obsahuje doporučení PCN.

Závěr

Specializační vzdělávání sester v ČR v žádném oboru specializačního vzdělávání plně neakceptuje doporučení stanovená Permanent Committee of Nurses of the Europen Council, přičemž nově vydané vzdělávací programy se od těchto doporučení spíše vzdalují. Specializovanou způsobilost, kterou získá všeobecná sestra na území ČR nemusí jiný členský stát EU uznat. Kromě formálních požadavků na vzdělávání, se v jednotlivých zemích liší také požadavky na výstupní znalosti a dovednosti absolventů specializačního vzdělávání a tím i jejich nově získané kompetence a to nejen mezi jednotlivými členskými státy EU, ale dokonce i v rámci některých zemí. Typickým příkladem je Spolková republika Německo, kde jsou podmínky pro specializační vzdělávání a jeho průběh definovány jednotlivými spolkovými zeměmi. Ve většině případů však jako základ akceptují doporučení PCN.

Literatura

1) JIRKOVSKÝ, D., ARCHALOUSOVÁ, A. *Kvalifikační a postkvalifikační vzdělávání všeobecných sester v Evropské unii.* Vojenské zdravotnické listy, 2004, roč. 73, č. 1, s. 316 - 319, ISSN: 0372-7025
2) JIRKOVSKY, D., ŠVARCOVÁ, E. Další profesní vzdělávání ve Skandinávii - se zaměřením na komunikaci. In. *Pedagogická komunikace v didaktických, sociálních a filozofických souvislostech - sborník z konference konané dne 14. května 2009,* s. 110 - 114, 1. vyd. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové - Gaudeamus, ISBN 978-80-7435-016-0 a 978-80-7435-030-6
3) JIRKOVSKÝ, D. Specializační vzdělávání všeobecných sester v České republice v zrcadle evropských doporučení. In. *Mezinárodní kongres sester pracujících v oboru ARIM Praha 2010 – sborník přednášek*, 1. vyd. Praha, 2010, s. 52 -55 ISBN 978-80-254-8632-0

Kontaktní adresa:

PhDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA
Ústav ošetřovatelství UK 2. LF a FN Motol
V Úvalu 84
150 06 Praha 5 – Motol
Email: d.jirkovsky@lfmotol.cuni.cz

NEŽÁDOUCÍ UDÁLOSTI - NESHODY V LABORATOŘÍCH FN MOTOL

[1]Martin Matějček, [2]Lenka Doischerová, [3]Anna Skalická
[1]Fakultní nemocnice v Motole - Oddělení krevní banky
[2]Fakultní nemocnice v Motole - Oddělení klinické hematologie
3Fakultní nemocnice v Motole - Ústav imunologie

Souhrn:
Autoři příspěvku předkládají prezentaci, která je zaměřena na nežádoucí události a neshody z pohledu laboratorní praxe.

Klíčová slova: *kořenová analýza nežádoucí události; neshod; nežádoucí událost; kazuistika*

Úvod

Nežádoucí událost je důležitá z pohledu managementu rizik. V této přednášce jde o nastínění nežádoucích událostí, tzv. "skorochyb" a neshod, vyskytujících ve Fakultní nemocnici v Motole, které souvisejí s poskytováním laboratorních služeb. Z pohledu laboratoře jde o záměnu vzorků, neoznačené vzorky, znehodnocení materiálu, který lze znovu odebrat jen velmi obtížně anebo již vůbec (likvor, tkáň), transfuzní přípravky atd. Udává se, že v preanalytické fázi dojde více než k 45% neshod vztahujících se k pacientům z pohledu poskytování laboratorních služeb.[3]

Cíl práce

Cílem tohoto příspěvku je seznámit zúčastněné s možnými nežádoucími událostmi v laboratoři, tzv. „skorochybami". Navrhnout možná řešení, která by vedla ke snížení počtu nežádoucích událostí a neshod, se kterými je možné se setkat v laboratorní praxi.

Vlastní text:

Důvodem hlášení a analýz nežádoucích událostí je zvyšování bezpečnosti pacientů. Mimo jiné tím pomáhá předcházet vzniku dalším NU, čímž dochází ke snížení jejich výskytu. Je nutné připomenout, že celý tento systém nevede k žádným represivním opatřením nebo sankcím a nelze tento systém považovat za represivní či byrokratický nástroj. Naopak, cílem je snižování již tak minimálního počtu neshod, v poměru k celkovému počtu laboratorních vzorků.

Ve Fakultní nemocnici Motol je hlášení nežádoucích událostí ošetřeno interní směrnicí. Pro hlášení NU je vytvořen elektronický systém, který garantuje anonymitu. Hlášení je povinné pro každého zaměstnance, který NU způsobil nebo zjistil jako první. Jejím řešením je pověřen náměstek nebo jeho pověřený zástupce ve lhůtě do 14 dnů. Celý tento systém je spravován Oddělením řízení kvality.

Ve chvíli, kdy je zjištěna při příjmu nebo analýze biologického materiálu záměna materiálu, jedná se o závažnou nežádoucí událost. Z interních předpisů FN Motol vychází,

[3] PLEBANI, Mario. Errors in laboratory diagnostics. In: *Errors in laboratory diagnostics* [online]. Parma, 2011. Dostupné z: http://www.preanalytical-phase.org/parma2011

že laboratoře FN Motol jsou povinny hlásit každou záměnu vzorků pacienta jako nežádoucí událost. Toto důsledné lpění na standardizovaných postupech je založeno na snaze o větším bezpečí pro pacienty.

Jako nástroj pro minimalizaci rizik nežádoucích událostí je za základní nástroj považována kořenová analýza. Jde o proces, který identifikuje příčinné faktory, které jsou odchýlením od standardizovaného postupu. Hlavní zásadou analýzy je zjištění příčiny události a stanovení preventivních opatření.

V laboratorní praxi se můžeme setkat s řadou záměn, které jsou považovány za vážnou nežádoucí událost, ale i tzv. "skorochybami", které sice pacienta přímo neohrožují, ale dotýkají se ho (nový odběr materiálu apod.). Z tohoto důvodu mají pracovníci laboratoře za povinnost hlásit i tyto události.

V následujících třech kazuistikách jsou jejich příčiny vzniku popsány.

Kazuistika I upozorňuje na případ, kdy byl do laboratoře dodán vzorek krve, který se shodoval s žádankou na rozsáhlé biochemické vyšetření pacientky z JIP. U některých biochemických vyšetření pacientky byly stanoveny výrazně patologické výsledky biochemických vyšetření.

Na základě hlášeného akutního příjmu z operačního sálu byl urgentně vyklízen box na JIP a původní pacient byl přestěhován. U nově přijaté pacientky bylo požadováno statimové biochemické vyšetření, které nebylo dostupné v přiměřené době (do 120 minut). Na základě domněnky sestry byly prověřeny laboratorní výsledky původního pacienta a to z důvodu pravděpodobné záměny pacienta.

Díky kořenové analýze došlo objasnění vzniklé nežádoucí události V nastalé situaci časové tísně, způsobené akutním přestěhováním pacienta na jiný box a příjmem jiného, jedna ze sester označila vzorky nově přijatého pacienta štítky, které byly připraveny pro odběry předchozí pacientky a odebírající sestra již nezkontrolovala správnost identifikace pacienta na odběrovkách.

Kazuistika II popisuje záměnu vzorků na předtransfuzního vyšetření. Do laboratoře byl dodán vzorek krve, který se shodoval se žádankou na předtransfuzní vyšetření pacienta. Oddělení indikovalo 4 TU erytrocytů jako statimové vyšetření. Personál transfuzního oddělení při kontrole zjistil jinou krevní skupinu ve vzorku pacienta, než kterou měl již vyšetřenou při předchozí hospitalizaci. Pracovník laboratoře požadoval kontrolní odběr pacienta, který ukázal, že šlo záměnu vzorku, kdy byl odebrán jiný pacient. V tomto případě by mohlo dojít k závažné a životu nebezpečné hemolytické potransfuzní reakci, ke které by mohlo dojít i ve chvíli, pokud by došlo k náhodné shodě krevních skupin u obou pacientů a přítomnosti protilátek proti erytrocytům u jednoho z nich. Na základě kořenové analýzy bylo zjištěno, že na oddělení, kde byli pacienti zaměněni, jsou zkumavky a žádanky na plánované odběry biologického materiálu připravovány a kontrolovány večer předchozího dne. Zkumavky a žádanky se ukládají do kelímku, který je vždy primárně určen pro jednoho pacienta. Kelímky nejsou označeny jmény, ale pouze číslem pokoje/číslem lůžka (např. 7/2). V tomto případě hrozí opomenutí při stěhování do jiného pokoje nebo na jiné lůžko ve stejném pokoji. Příčinou nežádoucí události je chyba sestry, která připravovala zkumavky a kontrolovala shodu identifikace a vložila zkumavku pacienta do kelímku patřícímu jinému pacientovi. Za druhou příčinu byla stanovena absence kontroly shody identifikace zkumavky a pacienta odebírající sestrou, která nezkontrolovala identifikaci pacienta dotazem.

U Kazuistiky III jsou kořenové příčiny nežádoucí události následující: Do laboratoře byl dodán vzorek krve shodující se s žádankou na vyšetření krevního obrazu. Na oddělení byly telefonicky nahlášeny výsledky krevního obrazu s patologickými hodnotami. Bezprostředně po odběru vzorku byla pacientka přeložena na jiné, chirurgické pracoviště. Po dotazu chirurgického pracoviště na chybějící výsledek krevního obrazu pacientky si uvědomila odebírající sestra záměnu biologického materiálu.

Důvodem, proč k nežádoucí události došlo je, že odebírající sestra, která měla na starost v jeden okamžik tři přítomné pacientky, jejichž data si zobrazovala v nemocničním informačním systému, omylem označila v nemocničním informačním systému jinou pacientku a připravila štítky pro jiného pacienta. Odebírající sestra polepila zkumavku a žádanku štítky a již si nezkontrolovala identifikaci pacienta dotazem a odebrala pacientku do chybně označené zkumavky, kterou odeslala do laboratoře.

Aby bylo možné předcházet a snižovat výskyt nežádoucích událostí, je nutné stanovit nápravná opatření, která jsou součástí kořenové analýzy. V FN Motol se jedná o kořenovou analýzu události, kdy je formou pohovoru se všemi zúčastněnými analyzována událost a hledána kořenová příčina události.

Analýzy události jsou přítomni:

- odebírající sestra a vrchní, eventuelně staniční sestra,
- náměstek pro ošetřovatelskou péči,
- vedoucí Odd. řízení kvality,
- manažer kvality laboratoří,
- zástupce laboratoře, která událost nahlásila

Důležitým faktorem je, že jde vždy o řešení, které v sobě neobsahuje žádnou represivní složku.

Mezi další nejdůležitější typy neshod v laboratoři patří neoznačený odběrový materiál. Neoznačený biologický materiál představuje pro laboratoř důvod k odmítnutí biologického materiálu. Znemožňují zpracování biologického materiálu a to z důvodu, že laboratoř nemůže ručit za validitu výsledku. Jediným možným řešením je nutný další odběr pacienta. Jsou situace, kdy jde o problematický odběr (likvor, hemokultura, tkáň apod.)

V laboratoři je možné setkat se i s dalšími typy neshod jako jsou chybné odběry, kdy není dodržen správný postup odběru a přijatý odběr nelze zpracovat. Důvodem může být sražený vzorek, nebo vzorek, který nebyl odebrán pod vakuem. Mezi další nehody se řadí: chybějící údaje na žádance, biologický materiál je dodán do laboratoře po době zpracovatelnosti, biologický materiál je vylitý nebo je dodána nevhodná odběrová zkumavka na biologický materiál. Mezi nejvážnější neshodu lze považovat situaci, kdy je v laboratoři přijat vzorek pacienta, který se neshoduje s údaji na žádance.

I tato situace musí být řešena laboratoří způsobem, kdy po spolupracujícím oddělení bude požadovat nový odběr pacienta. Dalším řešením by měla být vstřícná a konstruktivní komunikace mezi klinickými pracovišti a laboratořemi, vzájemné pochopení a včasné a adresné řešení problémů a především je nutné pochopit důležitost týmové spolupráce v nelékařských zdravotnických oborech.

Na závěr je nutné navrhnout řešení, kterým by se snížil jak výskyt závažných nežádoucích událostí (záměna vzorku), tak i neshod v laboratořích. Řešením by měla být vstřícná a konstruktivní komunikace mezi klinickými pracovišti a laboratoří. Důležitý moment je vzájemné pochopení, kdy obě strany pochopí, že nejde o zbytečnou byrokracii, ale že při

dodržení standardních postupů chrání sebe, ale i zdraví pacienta. Neposlední řadě by mělo jít o včasné a adresné řešení problémů, kdy je nutná týmová spolupráce jak v nelékařských zdravotnických, tak ve zdravotnických oborech.

Závěr:

I když je počet neshod ve vztahu k celkovému počtu laboratorních vyšetření zcela minimální, je ve Fakultní nemocnici v Motole enormní snaha i tento zanedbatelný počet za použití různých nástrojů nadále snižovat.

Literatura:

Organizační směrnice FN Motol č. ISM_24/2007-3 Hlášení nežádoucích událostí ve Fakultní nemocnici v Motole

Kontaktní adresa:

Mgr. Martin Matějček
Oddělení krevní banky
Fakultní nemocnice v Motole
V Úvalu 84
150 06 Praha 5
Email: martin.matejcek@fnmotol.cz