

SLEZSKÁ UNIVERZITA V OPAVĚ
FAKULTA VEŘEJNÝCH POLITIK V OPAVĚ
ÚSTAV OŠETŘOVATELSTVÍ



Sborník vědecké a odborné konference
s mezinárodní účastí s názvem
Pacient je naší prioritou

24. listopadu 2016

Opava

Konference konaná pod záštitou děkana Fakulty veřejných politik v Opavě,
Slezské univerzity v Opavě

24. listopadu 2016

Opava

Slezská univerzita v Opavě
Fakulta veřejných politik v Opavě
Ústav ošetrovatelství

Roman Adamczyk, Jana Kačorová, Jana Haluzíková, eds.

Pacient je naší prioritou

Sborník příspěvků

vědecké a odborné konference s mezinárodní účastí

Recenzovaný sborník

Opava

2017

Shrnutí:

'Pacient je naší prioritou' představuje recenzovaný sborník ze stejnojmenné konference s mezinárodní účastí, pořádané Ústavem ošetrovatelství Fakulty veřejných politik v Opavě dne 24. 11. 2016. Sborník obsahuje celkem 40 příspěvků řady přispěvatelů na 211 stranách a je předkládán v uspořádání zajištěném hlavním editorem a dvěma ko-editorkami.

Klíčová slova: pacient, prioritita, ošetrovatelství.

Summary:

'The patient as our priority' represents a peer-reviewed proceedings publication from an identically named conference attended by a national and international audience and organized by the Institute of Nursing, Faculty of Public Policies in Opava on November 24, 2016. The proceedings publication comprises a total of 40 papers by many contributors, covering 211 pages and being presented as arranged by an editor-in-chief and two co-editors.

Keywords: patient, priority, nursing.

Recenze:

PhDr. RNDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA

doc. PhDr. Tatiana Rapčíková, Ph.D.

Mgr. Jana Kačorová, Ph.D.

Mgr. Jiřina Hosáková, Ph.D.

Mgr. Zuzana Hlubková

Mgr. Pavlína Rabasová, Ph.D.

Mgr. Lenka Špirudová, Ph.D.

PhDr. Jana Haluzíková, Ph.D.

©Slezská univerzita v Opavě, 2017

©Autoři příspěvků, 2016

BEZPLATNÝ VÝTISK
ISBN 978-80-7510-226-3

Tato publikace neprošla jazykovou úpravou. Za jazykovou úpravu odpovídají autoři textu jednotlivých příspěvků.

Konference se konala pod záštitou děkana Fakulty veřejných politik v Opavě, Slezské univerzity.

2016 – rok 25. výročí vzniku Slezské univerzity v Opavě

2016 – rok 10. výročí vzniku Ústavu ošetrovatelství

Vědecký výbor konference:

Prof. PhDr. Rudolf Žáček, Dr., děkan (Slezská univerzita v Opavě, ČR)
Doc. MUDr. Radovan Malý, Ph.D. (Slezská univerzita v Opavě, FN Hradec Králové, ČR)
Doc. MUDr. Jan Dostálík, CSc. (Slezská univerzita v Opavě, ČR)
Doc. Ing. Viera Jakušová, Ph.D., MPH. (Jesseniova lekárska fakulta v Martině, SR)
Doc. MUDr. Rastislav Maďar, Ph.D. (Očkovací centrum Ostrava, ČR, JLFUK Martin, SR)
Doc. PhDr. Tatiana Rapčíková, Ph.D. (SZU Bratislava, SR)
Doc. PhDr. Gabriela Vörösová, Ph.D. (Univerzita Konštantína Filozofa, Nitra, SR)
Doc. PhDr. Yveta Vrublová, Ph.D. (Slezská univerzita v Opavě, ČR)
PhDr. Jana Haluzíková, Ph.D., RN (Slezská univerzita v Opavě, ČR)
PhDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA (Univerzita Karlova Praha, ČR)
PhDr. Miroslava Líšková, Ph.D. (Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, SR)
Mgr. Lenka Špirudová, Ph.D. (Slezská univerzita v Opavě, ČR)
Mgr. Jiřina Hosáková, Ph.D. (Slezská univerzita v Opavě, ČR)
Mgr. Jana Kačorová, Ph.D. (Slezská univerzita v Opavě, ČR)
Mgr. et Bc. Roman Adamczyk, Ph.D. (Slezská univerzita v Opavě, ČR)

Organizační výbor konference:

PhDr. Jana Haluzíková, Ph.D. (Ústav ošetrovatelství FVP SU v Opavě) předseda
Mgr. Jana Kačorová, Ph.D. (Ústav ošetrovatelství FVP SU v Opavě)
Mgr. Pavlína Rabasová, Ph.D. (Ústav ošetrovatelství FVP SU v Opavě)
Mgr. Lenka Špirudová, Ph.D. (Ústav ošetrovatelství FVP SU v Opavě)
Mgr. Jiřina Hosáková, Ph.D. (Ústav ošetrovatelství FVP SU v Opavě)
Mgr. et Bc. Roman Adamczyk, Ph.D. (Ústav ošetrovatelství FVP SU v Opavě)
PhDr. Zdeňka Římovská, Ph.D. (Ústav ošetrovatelství FVP SU v Opavě)
Mgr. Zuzana Hlubková (Ústav ošetrovatelství FVP SU v Opavě)
Mgr. Michaela Skořupová (Ústav ošetrovatelství FVP SU v Opavě)
Ing. Jiří Zemánek (Ústav ošetrovatelství FVP SU v Opavě)
Bc. Iva Kajnarová (Ústav ošetrovatelství FVP SU v Opavě)

OBSAH

	PŘEDMLUVA	7
	PŘÍSPĚVKY – ČLÁNKY A PŘEDNÁŠKY	
	Jana Haluzíková ÚSTAV OŠETŘOVATELSTVÍ SI PŘIPOMENUL 10 LET SVÉ EXISTENCE NA SLEZSKÉ UNIVERZITĚ V OPAVĚ	8
	Karmen Cieslarová, Pavlína Rabasová KOMUNIKACE S DĚTMI S AUTISMEM BĚHEM HOSPITALIZACE V NEMOCNICI	10
	Jana Cinová, Iveta Ondriová, Dagmar Magurová, Lívia Hadašová HODNOTENIE PSYCHICKEJ PRACOVNEJ ZÁŤAŽE SESTIER POSKYTUJÚCICH OŠETROVATELSKÚ STAROSTLIVOSŤ DETSKÝM PACIENTOM	16
	Zuzana Červenková, Eva Hlaváčková, Michal Kopecký KVALITNÍ A BEZPEČNÝ MAGEMENT BOLESTI – VÝCHODISKA DO PRAXE	21
	Barbora Faltová, Zdeněk Čermák, Martina Coufalová REMINECENČNÍ TERAPIE V REZIDENČNÍCH ZAŘÍZENÍCH PRO SENIORY	24
	Jana Holoubková, Jiří Frei, Petra Kulhánková POJETÍ OSOBNOSTI SESTRY A MUŽE V OŠETŘOVATELSTVÍ	29
	Michaela Harabišová, Tatiana Rapčíková DETERMINANTY SPECIFICKÉ HAPTICKÉ KOMUNIKACE	32
	Zuzana Hlubková, Jana Haluzíková, Hana Heiderová, Petr Korviny, Jan Škorvánek DIGITALIZACE VÝUKY NA ÚSTAVU OŠETŘOVATELSTVÍ – RETROSPEKTIVNÍ POHLED	36
	Viera Jakušová, Zuzana Bielená ZDRAVOTNÍCKE SLUŽBY A SPOKOJNOSŤ PACIENTOV NA VYBRANOM NEMOCNIČNOM ODDELENÍ	38
	Eva Joanovič, Helena Kisvetrová KVALITA ŽIVOTA V SENIORSKÉM VĚKU	44
	Jana Kačorová, Jiřina Hosáková, Zuzana Hlubková VZTAH MEZI SPIRITUALITOU A OBOREM OŠETŘOVATELSTVÍ	49
	Michal Kopecký, Zuzana Červenková VÝSKYT STRESU A ÚZKOSTI U PACIENTŮ S KARDIOVERTER- DEFIBRILÁTOREM (ICD)	52
	Erika Křištofová, Ľuboslava Pavelová PRÁVNÁ OCHRANA A POTREBY DIEŤAŤA V PROFESIONÁLNEJ RODINE	55
	Tat'ána Kršíková, Renáta Zeleníková VÝZKUM ZÁTĚŽE PEČOVATELŮ V ČESKÉ A SLOVENSKÉ REPUBLICE	62
	Pavla Kudlová EDUKACE A SAMOSTATNÁ KONTROLA DIABETU	68
	Míroslava Lišková, Alica Slamková, Ľubica Poledníková ONKOLOGICKÝ PACIENT V KONTEXTE RODINY	73
	Jozefína Mesárošová OŠETROVATELSKÉ INTERVENČIE V PROSPECH PRACIENTA	81
	Ľuboslava Pavelová, Erika Křištofová OŠETROVATELSTVO ZALOŽENÉ NA DÔKAZOCH V KONTEXTE S E-HEALTH	86
	Helena Petržílková, Markéta Moravcová ADNÁTNÍ SEPSE U NOVOROZENCŮ	91
	Ľubica Poledníková, Alica Slamková, Ľuboslava Pavelová, Dana Zrubcová INFORMAČNO KOMUNIKAČNÉ TECHNOLOGIE V EDUKÁCI A PORADENSTVE	98
	Tatiana Rapčíková REŠPEKTOVANIE AUTONÓMIE A DÔSTOJNOSTI AKO ZÁKLAD ETICKÉHO PRÍSTUPU ZDRAVOTNÍCKÝCH PRACOVNÍKOV K PACIENTOM	107
	Daniela Rybárová, Ingrid Labašková, Ľubica Rybárová	114

	BEZPEČNOST PACIENTA V RÁMCI PERIOPERAČNEJ STAROSTLIVOSTI Z POHĽADU ANESTEZIOLOGICKÝCH SESTIER	
	Miriám Szókeová POTŘEBY, NADĚJE A ZDROJE PACIENTA Z POHĽADU NEMOCNIČNÍ KAPLANKY	124
	Tatiana Šantová, Ľubica Derňárová, Andrea Šuličová, Jana Činová, Zuzana Šimová, Zuzana Novotná KVALITA ŽIVOTA PACIENTOV S DIABETES MELLITUS S INZULÍNOVOU PUMPOU	128
	Andrea Ševčovičová PÔRODY VÄZENKÝŇ V KONCENTRAČNOM TÁBORE OSVIENČIM	134
	Zuzana Šimová, Andrea Šuličová, Tatiana Šantová, Zuzana Novotná SKÚSENOSTI SESTIER S AGRESIOU PACIENTOV NA JEDNOTLIVÝCH KLINICKÝCH PRACOVISKÁCH	139
	Lenka Špirudová PSYCHOSOCIÁLNI PODPŮRNÝ SYSTÉM PRO SESTRY 1-6	146
	Lenka Špirudová ÚVOD DO PROBLEMATIKY PODPŮRNÉHO DOPROVÁZENÍ V OBORU OŠEŤROVATELSTVÍ	151
	Lenka Špirudová, Marie Vavrečková MENTOROVÁNÍ PRAXE STUDENTŮ OBORU VŠEOBECNÁ SESTRA V MEZNÍCH SITUACÍCH ŽIVOTA PACIENTŮ	155
	Andrea Šuličová, Tatiana Šantová, Zuzana Šimová, Jana Činová VNÍMANIE ZDRAVIA AKO VÝZNAMNÝ DETERMINANT ŽIVOTNEJ SPOKOJNOSTI SENIOROV	161
	Yveta Vrublová MOČOVÁ INKOTINENCE U ŽEN	168
	Jiřina Weisová ŽENA PO SAMOVOLNÉM POTRATU	171
	Eva Zacharová PERCEPCE PSYCHOLOGICKÝCH ČINITELŮ U PACIENTŮ V CHIRURGICKÉM OŠEŤROVATELSTVÍ	175
	Renáta Zeleníková, Jana Stroková SPIRITUÁLNE POTREBY PACIENTOV S ONKOLOGICKÝM OCHORENÍM	180
	POSTEROVÁ SEKCE	
	Zuzana Hlubková, Jana Kačorová, Jiřina Hosáková, Mária Ferenčíková CELIAKIE V POPULACI ŽEN	189
	Jiřina Hosáková, Zuzana Hlubková, Jana Kačorová, Aneta Mervová FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ INTERAKCI PŘI OŠEŤROVÁNÍ GERONTOPSYCHIATRICKÝCH PACIENTŮ	193
	Romana Hrubá, Michaela Skořupová KVALITA ŽIVOTA A PROBLEMATIKA PACIENTŮ S ONEMOCNĚNÍM CELIAKIE	196
	Jana Mílková, Jana Haluzíková POSTOJ NEMOCNÝCH S HYPERTENZÍ K DODRŽOVÁNÍ REŽIMOVÝCH OPATŘENÍ	198
	Zdeňka Římovská, Hana Heiderová, Jana Haluzíková IMPLEMENTACE ERGOTERAPIE DO VÝUKY VŠEOBECNÝCH SESTER SLEZSKÉ UNIVERZITY V OPAVĚ	205
	ABSTRAKTOVÁ SEKCE	
	Pavčina Rabasová EDUKACE ŽÁKŮ ZÁKLADNÍCH ŠKOL V PROVÁDĚNÍ ZÁKLADNÍ KARDIOPULMONÁLNÍ RESUSCITACE	209

PŘEDMLUVA

Vážené kolegyně, vážení kolegové, do rukou se Vám dostává recenzovaný sborník příspěvků, které byly předneseny na vědecké a odborné konferenci s mezinárodní účastí „Pacient je naší prioritou“, kterou dne 24. listopadu 2016 uspořádal Ústav ošetrovatelství v prostorách Auly Fakulty veřejných politik Slezské univerzity v Opavě. Konference se zúčastnili pedagogové z České republiky a ze slovenských univerzit, odborníci z praxe a studenti. Konference byla pořádána k příležitosti 25. výročí založení Slezské univerzity v Opavě a 10. výročí založení Ústavu ošetrovatelství.

V předkládaném sborníku je publikováno celkem 34 příspěvků, které byly prezentovány v rámci konference, příspěvek z historie Ústavu ošetrovatelství a rozšířené znění 5 posterů, které byly na konferenci vystaveny.

Na konferenci zazněly příspěvky zaměřené především na vybrané klinické problémy v ošetrovatelství a porodní asistenci, pozitivní zdraví, psychologické a spirituální aspekty ošetrovatelství, kvalitu života, speciální otázky komunikace, zátěž pečujících a další praktické a teoretické problémy oboru. Příspěvky ve sborníku byly hodnoceny odbornými recenzenty. Účastníci konference diskutovali o klinických a teoretických otázkách ošetrovatelské péče a komplexní péče o pacienta a vyměnili si své zkušenosti. K zajímavým sdělením patřily poznatky z progresivní oblasti e-health, šetření spokojenosti pacientů či pojednání o managementu bolesti.

Všem aktivním účastníkům konference a jejím organizátorům, bez jejichž přispění by nebylo možné konferenci uspořádat, patří upřímné poděkování.

Poznámka: Příspěvky v jednotlivých sekcích sborníku jsou řazeny abecedně dle příjmení autora/autorky. Editori.

ÚSTAV OŠETŘOVATELSTVÍ SI PŘIPOMENUL 10 LET SVÉ EXISTENCE NA SLEZSKÉ UNIVERZITĚ V OPAVĚ

Jana Haluzíková

Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik v Opavě, Ústav ošetřovatelství

Shrnutí: Autorka v příspěvku charakterizuje desetileté období činnosti Ústavu ošetřovatelství, na Slezské univerzitě v Opavě, který garantuje výuku v oboru Všeobecná sestra od akademického roku 2006/2007.

Klíčová slova: Ústav ošetřovatelství, studijní program Ošetřovatelství, studijní obor Všeobecná sestra.

Výuka bakalářských studijních programů v oboru všeobecná sestra na vysokých školách byla zahájena v České republice v roce 1993.

Na Slezské univerzitě v Opavě, to bylo v akademickém roce 2006/2007. Ústav ošetřovatelství zahájil svou činnost 1. září 2006 a lze konstatovat, že vznikl tzv. na zelené louce.

První prostory, které využíval Ústav ošetřovatelství (kanceláře na Hauerově ulici a seminární místnosti na Bezručově nám. 14, nebyly zrovna lákavé, ale byli jsme ujištěni, že je to pouze na přechodnou dobu a za dva roky se budeme stěhovat do zrekonstruované budovy Bezručovo nám. 14. Léta plynula a my jsme přivykli prostorům, které nám byly přiděleny. Po pěti letech se začalo blýskat na lepší časy a po deseti letech od zahájení provozu jsme uviděli světlo na konci tunelu, kdy jsme se dočkali nově zrekonstruované budovy, krásných a novotou zářících kanceláří a posluchárnách.

Za dobu své existence zorganizoval ústav několik vědeckých konferencí a odborných konferencí. Hlavním cílem konferencí bylo navázat a v následujících letech prohloubit spolupráci nejen s akademickou obcí v České republice, v zahraničí (Slovensko, Polsko, Nizozemí, Slovinsko), ale i s poskytovateli zdravotních a sociálních služeb především v Moravskoslezském kraji. Organizací odborných konferencí jsme navázali spolupráci s praxí a se zahraničními odborníky. Na těchto odborných mezinárodních setkáních se diskutovaly změny dotýkající se legislativy, vzdělávání, ošetřovatelské praxe i výzkumu. Některé závěry byly diskutovány i na úrovni ministersta, některé z nich se podařilo naplnit.

V průběhu deseti let jsme se zapojili do řešení projektů FRVŠ, MŠMT a ESF. Díky těmto projektům jsme vybavili simulační centrum nejmodernějšími simulačními modely, které slouží k nácviku praktických dovedností. V rámci dalších projektů byly napsány studijní opory a skripta, natočeny videofilmů. Zajistili jsme propagaci oboru v médiích.

Ústav ošetřovatelství si plně uvědomuje význam akcí pořádaných pro veřejnost, a proto od svého počátku realizuje Dny prevence pro opavskou veřejnost, kdy letošní rozměr akce předčil naše očekávání a zúčastnilo se jí 1500 občanů a dětí. Tato akce vzhledem k velkému zájmu obyvatel a institucí byla rozšířena o edukační program pro ZŠ Otická. K významným aktivitám patří školení dětí v KPR na opavských základních školách.

K novým akcím se řadí „Den pracovních příležitostí pro sestry“, kdy odborníci z praxe, představitelé zdravotnických a sociálních zařízení z celé České republiky, nabízejí možnost zaměstnání. Studenti jsou seznámeni s pracovními podmínkami a možnostmi svého osobního růstu.

Za uplynulých deset let jsme připravili tři akreditace, kdy poslední máme do roku 2024.

ÚO ošetřovatelství spolupracuje s významnými externími odborníky. Někteří s námi spolupracují od samotného začátku, někteří odešli na jiná pracoviště, nastoupili noví kolegové. Zůstaly nám vzpomínky na kolegy, kteří již s námi být nemohou. Na pana

profesora Šoltése, kterého jsme si vážili nejen jako odborníka, ale také jako člověka s obrovskou láskou v srdci. Dále na pana docenta Michalského, který s námi začínal a v době, kdy ústav se nacházel v tíživé situaci podal pomocnou ruku a převzal garanci oboru.

Pro všechny interní pracovníky ústavu to bylo období velmi náročné tvůrčí práce. Vedle administrativního zajišťování a organizace výuky velkého počtu studentů se v tomto období podařilo vybudovat moderní zázemí ústavu. Ústav disponuje dvěma simulačníma učebna pro nácvik odborných dovedností, připravujeme specializovanou učebnu pro výuku první pomoci a akutní péče. Pro zajištění odborné praxe, která tvoří 50% výuky se nám podařilo navázat spoluprací SN a PN v Opavě a MN v Ostravě. Tato pracoviště, patří k našim hlavním klinickým partnerům. Postupně jsme navázali spoluprací s dalšími zdravotnickými zařízeními jako je Vítkovická nemocnice, FN Motol v Praze a další regionální nemocnice v moravskoslezském kraji , včetně sociálních zařízení.

Nadále se chceme podílet na rozvoji bakalářského studijního programu v oboru Všeobecná sestra, v případě potřeby jsme schopni reagovat na požadavky praxe a připravit k akreditaci další bakalářské studijní programy.

Kontakt:

PhDr. Jana Haluzíková, Ph.D.

Ústav ošetrovatelství, Fakulta veřejných politik v Opavě,

Slezská univerzita v Opavě

Bezručovo nám. 14,

E-mail: Jana.Haluzikova@fvp.slu.cz

KOMUNIKACE S DĚTMI S AUTISMEM BĚHEM HOSPITALIZACE V NEMOCNICI

COMMUNICATION WITH CHILDREN WITH AUTISM IN AN INPATIENT SETTING

Karmen Cieslarová¹, Pavlína Rabasová²

^{1,2} Ústav ošetrovatelství, Fakulta veřejných politik, Slezská univerzita v Opavě

Shrnutí:

Cíl: Cílem bylo zmapovat a identifikovat potřeby rodičů a jejich dětí v oblasti komunikace během hospitalizace v nemocnici. *Design:* kvalitativní studie. *Metodika:* Výzkumný vzorek tvořily maminky šesti dětí s autismem, s více než jednou zkušeností s hospitalizací v nemocnici. Pro sběr dat byla použita technika polostandardizovaného rozhovoru. *Výsledky:* Na základě analýzy dat byly stanoveny tři hlavní kategorie: A) komunikace a porozumění u dětí s autismem, B) komunikace s dítětem s autismem v domácím prostředí či v kolektivním zařízení a C) komunikace s dítětem s autismem ve zdravotnickém zařízení. *Závěr:* Z průzkumného šetření vyplývá, že komunikaci s dětmi s autismem se v nemocnicích věnuje málo pozornosti. Zatímco ve školských zařízeních, ať už to jsou běžné základní školy s asistentem nebo speciální třídy či školy pro děti s poruchou autistického spektra (PAS), jsou běžnou součástí komunikace pomůcky k alternativní a augmentativní komunikaci (AAK), které mají k dispozici a se kterými pracují vyškolení pedagogové, ve zdravotnických zařízeních chybí zdravotníkům v oblasti komunikace s dětmi s autismem potřebné znalosti, na odděleních chybí pomůcky AAK a minimální personální obsazení nedovoluje věnovat se těmto dětem individuálně.

Klíčová slova: autismus, poruchy autistického spektra, dítě, komunikace, hospitalizace, komunikační techniky.

Summary:

Objective: The objective was to explore and identify the needs for parents and their children in communication during hospitalization. *Design:* qualitative study. *Methodology:* The sample of research consisted six mothers of children with autism, with more than one experience with hospitalization. As technique was used semi standardized interview. *Results:* Based on data analysis were determined three main categories: A) communication and understanding among children with autism, B) communication with a child with autism in the home environment or in a group, and C) communication with a child with autism in medical facilities. *Conclusion:* an exploratory research shows that communicating with autistic children in hospitals means a problem because of little attention. On the other way are school facilities, doesn't matter if they are regular elementary school with an assistant, special classes or schools for children with autism spectrum disorder (ASD). They have for communication special equipment for augmentative and alternative communication (AAC), which are available. Trained teachers work with these equipment too. But in medical facilities are missing the necessary knowledge in communication with autistic children. On the special department are missing equipment AAK and due to minimum of staff is not possible to make an individual contact for these children.

Keywords: autism, autistic spektrum disorder, child, communication, hospitalization, communication technology.

Úvod

Mýtem mezi lidmi je, že autismus je vzácná porucha, která se týká jen pár stovek lidí v České republice (ČR) (Thorová, 2015). Vyšší výskyt poruch autistického spektra byl zaznamenán po celém světě. Rovněž v ČR je v posledních letech uváděn vyšší počet dětí s touto poruchou. Od roku 2000 je uváděna četnost výskytu poruchy 60/10 000 obyvatel. Vzhledem k tomu, že specifické české studie o výskytu dětí s autismem neexistují, je výskyt dětí s autismem v ČR uváděn jako srovnatelný se všemi vyspělými zeměmi, tj. 1-1,5 % všech dětí (Hrdlička, 2015). Porucha autistického spektra (PAS) patří k nezávažnějším poruchám dětského mentálního vývoje (Thorová, 2012) a podle mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 WHO se jedná o pervazivní - všepřonikající vývojové poruchy, které záporně mění motorickou, emoční, volní, kognitivní, řečovou - celou osobnostní a psychosociální úroveň dítěte, což mu zabraňuje úspěšně se adaptovat ve společnosti. Mezi PAS patří dětský autismus, Aspergrův syndrom, atypický autismus, vzácný Rettův syndrom, dětská desintegrační porucha a hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby (Strunecká, 2009).

„Za základní charakteristické rysy autismu se považují především postižení ve třech oblastech, které se nazývají triádou diagnostických kritérií autismu“ (Bazalová, 2011, s. 40). Jedná se o komunikaci, sociální interakci a představitost a stereotypní chování (Bazalová, 2011).

Postižení v oblasti komunikace, které je tématem této práce, může být různorodé. U dětí, které zůstaly na úrovni používání nonverbální komunikace, je zapotřebí nahradit tuto složku některým ze systémů alternativní a augmentativní komunikace. Některé děti s poruchami autistického spektra využívají individuálně jak verbální tak nonverbální složku komunikace. Pokud děti s autismem mluví, nejsou často schopné konverzace a v jejich projevu se vyskytuje echolálie – opakování slov či vět, je postiženo chápání významu mluveného slova. Řeč zní mechanicky, formálně, mají problémy s porozuměním a užitím ironie a abstraktních výrazů, oční kontakt navazují obtížně nebo vůbec, často zcela chybí mimika a gesta (Bazalová, 2011). Komunikace doprovází charakteristické neadekvátní postoje (kývání se, točení apod.) a nejsou respektovány komunikační zóny (Říhová, 2011).

Komunikace s pacientem, který má trápení, bolest a cítí se ohrožen, je náročná a vyžaduje značnou míru empatie a zkušeností. Komunikovat s dětským pacientem s autismem či jinou poruchou autistického spektra (PAS), se mnohdy jeví jako neřešitelný problém. Existuje však řada komunikačních metod a pomůcek, prostřednictvím kterých se dá s tímto dítětem, alespoň částečně, komunikovat (Cieslarová, 2016).

Cíl

Cílem výzkumu bylo zmapovat a identifikovat potřeby rodičů a jejich dětí s autismem v oblasti komunikace během hospitalizace v nemocnici.

Metodika

Kvalitativní výzkumné šetření realizované prostřednictvím polostandardizovaného rozhovoru. Výzkumné šetření bylo realizováno v měsících leden a únor 2016. Přepis zaznamenaných nahrávek odpovědí byl proveden doslovně. Po přepisu všech nahrávek bylo přistoupeno k fázi kategorizace dat, jejíž snahou bylo data zredukovat, najít důležité skutečnosti a vybrat související výpovědi. Při opakovaném poslechu a pročítání byla stanovena 3 témata. Posléze byla témata dále rozdělena do kategorií.

Soubor

Výzkumný vzorek respondentů byl sestaven z maminek dětí s poruchou autistického spektra, které měly vlastní zkušenosti z pobytu v nemocnici. Průzkumného šetření se zúčastnilo 6 maminek dětí ve věku 4,5 -10 let, 3 chlapci a 3 dívky. Maminky měly více než jednu zkušenost s hospitalizací se svým dítětem s autismem ve zdravotnickém zařízení a poslední hospitalizaci absolvovaly na dětském oddělení Nemocnice Třinec v průběhu roku 2015. Celkový počet hospitalizací u jednotlivých dětí byl různý, od dvou hospitalizací až po mnohonásobné, opakované hospitalizace. Děti měly v pěti případech diagnózu atypický autismus a v jednom případě atypický autismus přecházející do dětského autismu v regresi, ve všech případech byla současně stanovena i diagnóza lehké až středně těžké mentální retardace. Stěžejním problémem byla ve všech případech porucha receptivní složky řeči (porozumění), současně ve třech případech porucha i expresivní složky řeči (vyjadřování) a ve třech případech poruchy chování ve smyslu vzteku a agrese.

Výsledky

Z podrobné analýzy výpovědí respondentek vyplynulo, že stěžejním problémem se ve všech případech maminkám jevila porucha řeči, jak ve složce receptivní (porozumění), tak expresivní (vyjadřování), verbální i neverbální. V cizím, navíc nemocničním prostředí, které bývá často spojeno s negativním zážitkem, se děti chovaly jinak než v domácím prostředí. Dvě třetiny dětí byly neklidné, plačtivé, nespolupracující, někdy s agresivními projevy a u jednoho dítěte se sebepoškozováním a jedna třetina dětí se maminkám jevila výrazně klidnější než doma. Mluvené slovo samo o sobě se jevilo pro děti nedostačující, což ovlivnilo chování a projevy dítěte. Význam komunikace byl pro všechny maminky zcela zásadní, k použití komunikačních pomůcek měly kladný postoj a vnímaly ji jako efektivní nástroj k vizualizaci, která dětem umožňuje lepší představivost.

Z výpovědí dále vyplynulo, že všechny děti měly zkušenosti s používáním obrázkových komunikačních pomůcek doma, ve školském zařízení nebo v obojím a byly na ně zvyklé. Všechny děti dotazovaných respondentek měly „svůj“ zvláštní styl vyjadřování, kterému se rodina maximálně přizpůsobovala, avšak okolí mu příliš nerozumělo. Nepochopení bylo vzájemné a vedlo u dětí často k destruktivním až agresivním projevům, pláči, křiku nebo sebepoškozování.

Ze všech výpovědí dále vyplynula shoda v tom, že při přijetí do nemocnice se zdravotníci příliš nezajímají o specifické potřeby dětí s autismem, ať už se jedná o úroveň a způsob komunikace, stereotypy v chování, rušivé zvuky, chování dítěte apod., děti byly opomíjeny a nebyly zapojovány do léčebné péče.

Děti nevěděly, co je v nemocnici čeká, protože se jim to nikdo příliš nesnažil vysvětlit, mnohdy tam zažily nepříjemné věci, na které nebyly připraveny, a ne vždy jim byla dopřána u vyšetření přítomnost rodiče. Následkem toho bývaly děti vystrašené, dezorientované, někdy agresivní, používaly vulgarismy a sebepoškozovaly se. Edukace zdravotníkem proběhla jen u jedné třetiny dětí a to verbální komunikací, bez použití komunikačních pomůcek, kterým dítě nerozumělo, v neklidném a hlučném prostředí či špatně načasovaná.

V žádném zdravotnickém zařízení se maminky nesetkaly s používáním komunikačních pomůcek. Piktogramy by přivítalo 5 maminek, z toho 2 maminky by, současně s piktogramy, uvítaly i používání znaku do řeči a jedna maminka by si komunikaci pomocí pomůcek v nemocnici neuměla představit, ale připustila, že by se to mohlo vyzkoušet. Shoda maminek byla v tom, že před odběrem krve nebo zavedením periferní kanyly by asi nebyla účinná žádná komunikační metoda. Všechny se shodly na tom, že je k tomu však třeba dostatek času a individuální přístup.

Do nemocnice si ani jedna z maminek žádnou vlastní pomůcku nepřinesla, jedna třetina maminek používala v nemocnici znakovou řeč Makaton, stejně jako doma a jedna maminka se svým dítětem v nemocnici používala pár znaků, které si dítě vytvořilo samo (Cieslarová, 2016).

Diskuze

Z dohledaných zahraničních studií ve Velké Británii (Shiling et al., 2012), USA (Ganz et al., 2009, 2008; Nayfack et al., 2009), Nizozemsku a Belgii (Maljaars et al., 2011), Austrálii (Hemsley et al., 2012; Donato, Shane, Hemsley, 2014), Keni (Gona et al., 2012), Španělsku, Kolumbii (Pena, Rojas, 2012) a Brazílii (Gatitino et al., 2011) vyplývá značný zájem a potřeba věnovat se problematice komunikace s jedinci s PAS. Studie zahrnují zkoumání dětí v různých věkových kategoriích prakticky od narození po 18 let. Dominantním tématem byla nespokojenost v komunikaci sestra-pacient, kdy si rodiče stěžovali na nedostatečnou informovanost a nezapojení dětí do péče a do diskuze o rozhodování o dalších postupech v terapii. Autoři analyzovaných studií uvádějí, že personál s jejich dětmi nekomunikuje a se vším se obrací na rodiče, kteří se téměř vždy značně podílejí na péči a přes jejich opakované hospitalizace přetrvávají obtíže v komunikaci, nejsou na odděleních dostupné AAK, chybí vyškolený personál a čas potřebný k použití některé z forem AAK. Ze studií vyplývá konstatování, že v souvislostech s ošetrovatelskou péčí u dětí je nutností předchozí analýza vhodného komunikačního jazyka, kterému bude dítě rozumět dle svého věku a duševního rozpoložení. Způsob a obsah sdělení všech informací má základní vliv na průběh pobytu v nemocnici a na úspěšnost léčby. Je nezbytné vytvořit terapeutický vztah s dítětem a jeho rodiči, zapojit je vhodným způsobem do rozhodování o léčbě a je nutné brát na zřetel jejich souhlas či nesouhlas a jejich emocionální rozpoložení. Autoři zdůrazňují potřebu podporovat souhlas a účast dětí v ošetrovatelských intervencích. Důsledkem vzájemného neporozumění je prodlužování terapie a následné hospitalizace, čímž rostou náklady na zdravotní péči. Nejúčinnější metodou AAK, jak vyplývá ze studií z USA (Ganz et al., 2009, 2008; Nayfack et al., 2009), se ukázala metoda PECS (Picture Exchange Communication System) a to prakticky u všech dětí s poruchou komunikace, tedy nejen s PAS, ale např. s dětskou mozkovou obrnou. Prokázalo se, že tato metoda zlepšuje funkční komunikaci, pozitivně ovlivňuje společensky platné chování – snižuje problémové chování. Studie z USA (Ganz et al., 2009) naznačují i vyvinutí mluveného jazyka a nejvíc pozitivní výsledky byly při užití systému PECS s malými dětmi a předškoláky. Ze závěrů zahraničních studií vyplynula nutnost pojmout komunikaci s dětmi s PAS jako stěžejní, využít některou s technik AAK a změnit přístup a postoj k těmto dětem. Rovněž se však ukázaly překážky v používání metod AAK, a to nejvíce nedostatek času, omezené služby, negativní postoje ve společnosti a nekonzistentní používání.

Studie, týkající se komunikace s dětmi s PAS, v ČR nebyla nalezena. Může se tedy zdát, že se všeobecně nepřikládá tomuto tématu velký význam. Na základě provedeného review ve vybraných nemocnicích Moravskoslezského kraje (MSK) bylo zjištěno, že většina dětských oddělení nepoužívají při hospitalizaci dětí s autismem techniky AAK. Z 10 oslovených nemocnic MSK odpovědělo 8 a z těchto 8 odpovědí pouze v jedné nemocnici všeobecné/dětské sestry dětského oddělení absolvovaly kurz AAK a využívají ke komunikaci fotografie a občas PC techniku. Výsledky tohoto kvalitativního výzkumu poukazují na to, že děti s autismem jsou v nemocnicích, co se týče komunikace, do jisté míry opomíjeny a nejsou respektovány jejich specifické potřeby (Cieslarová, 2016).

Závěr

Z průzkumného šetření vyplývá, že komunikaci s dětmi s autismem se v nemocnicích věnuje nedostatek pozornosti. Zatímco ve školských zařízeních, ať už to jsou běžné základní školy

s asistentem nebo speciální třídy či školy pro děti s PAS, jsou běžnou součástí komunikace pomůcky AAK, které mají k dispozici a se kterými pracují vyškolení pedagogové, ve zdravotnických zařízeních chybí zdravotníkům v oblasti komunikace s dětmi s autismem potřebné znalosti, na odděleních chybí pomůcky k AAK a minimální personální obsazení nedovoluje věnovat se těmto dětem individuálně (Cieslarová, 2016).

Etické aspekty a konflikt zájmu

K výzkumnému šetření byl zajištěn souhlas vedení Nemocnice Třinec. Všem respondentkám byl předložen písemný informovaný souhlas, kde byly seznámeny s informacemi o účelu rozhovoru a byly ujistěny o plné anonymitě získaných údajů. Autoři prohlašují, že studie nemá žádný konflikt zájmů.

Autorský podíl

Koncepce a design (KC, PR), sběr dat (KC), analýza a interpretace dat (KC, PR), zpracování návrhu rukopisu (KC), supervize (PR), kritické korekce rukopisu (KC, PR).

Bibliografie a odkazy:

Monografie:

BAZALOVÁ, B. Poruchy autistického spektra. Teorie, výzkum, zahraniční zkušenosti. Brno: Masarykova univerzita, 2011. ISBN 978-80-210-5781-4.

CIESLAROVÁ, K. Komunikace s dětmi s autismem během hospitalizace v nemocnici. Opava, 2016. Bakalářská práce. Slezská univerzita v Opavě. Fakulta veřejných politik.

STRUNECKÁ, A. Přemůžeme autizmus? Praha: Miloš Palatka – ALMI, 2009. ISBN 978-80-904344-0-0.

THOROVÁ, K. Poruchy autistického spektra. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0215-8.

Časopisy:

ŘÍHOVÁ, A. Co by měl zdravotník vědět o PAS. Sestra. 2011, roč. 21, č.4, s. 23-24. ISSN 1210-0404.

Elektronické zdroje:

DONATO, C., SHANE, H.C. and HEMSLEY, B. Exploring the feasibility of the Visual Language in Autism program for children in an early intervention group setting: Views of parents, educators, and health professionals. In: Developmental Neurorehabilitation [online]. 2014, 17(2), s. 115-124 [cit. 2016-04-08]. DOI: 10.3109/17518423.2014.880526. ISSN 1751-8423. Dostupné z:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=1f575bb4-8b8e-4e4b-88e4-cd0c815567f1%40sessionmgr4003&hid=421>.

GANZ, J. B., et al. Meta-analysis of PECS with individuals with ASD: Investigation of targeted versus non-targeted outcomes, participant characteristics, and implementation phase. In: Research in Developmental Disabilities [online]. 2012, 33(2), s. 406-418 [cit. 2016-04-08]. DOI: 10.1016/j.ridd.2011.09.023. ISBN 10.1007/s10803-011-1212-2. ISSN 08914222. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0891422211003751>.

GANZ, J. B., et al. A Meta-Analysis of Single Case Research Studies on Augmentative and Alternative Communication Systems with Individuals with Autism Spectrum Disorders: Views of parents, educators, and health professionals. In: Developmental Neurorehabilitation [online]. 2014, 17(2), s. 115-124 [cit. 2016-04-08]. DOI: 10.1007/s10803-011-1212-2. ISBN 10.1007/s10803-011-1212-2. ISSN 1751-8423. Dostupné z:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&sid=1f575bb4-8b8e-4e4b-88e4-cd0c815567f1%40sessionmgr4003&hid=4214>.

GATTINO, G. S., et al. Effects of relational music therapy on communication of children with autism: a randomized controlled study. In: *Nordic Journal of Music Therapy* [online]. 2011, 20(2), s. 142-154 [cit. 2016-04-08]. DOI: 10.1080/08098131.2011.566933. ISBN 10.1007/s10803-011-1212-2. ISSN 0809-8131. Dostupné z:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=14&sid=1f575bb4-8b8e-4e4b-88e4-cd0c815567f1%40sessionmgr4003&hid=4214>.

GONA, J. K., et al. A home-based intervention usány augmentative and alternative communication (AAC) techniques in rural Kenya: what are the caregivers' experiences? In: *Child: Care, Health and Development* [online]. 2014, 40(1), s. 29-41 [cit. 2016-04-08]. DOI: 10.1111/cch.12031. ISBN 10.1007/s10803-011-1212-2. ISSN 0305-1862. Dostupné z:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=16&sid=1f575bb4-8b8e-4e4b-88e4-cd0c815567f1%40sessionmgr4003&hid=4214>.

HEMSLEY, B. et al. Parents and children with cerebral palsy discuss communication needs in hospital: what are the caregivers' experiences? In: *Developmental Neurorehabilitation* [online]. 2013, 16(6), s. 363-374 [cit. 2016-04-08]. DOI: 10.3109/17518423.2012.758187. ISBN 10.1007/s10803-011-1212-2. ISSN 1751-8423. Dostupné z:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=18&sid=1f575bb4-8b8e-4e4b-88e4-cd0c815567f1%40sessionmgr4003&hid=42>.

Kontakt:

Bc. Cieslarová Karmen
Nemocnice Třinec p.o., dětské oddělení
Kaštanova 268, Třinec, 739 61
E-mail: cieslarka@seznam.cz

HODNOTENIE PSYCHICKEJ PRACOVNEJ ZÁŤAŽE SESTIER POSKYTUJÚCICH OŠETROVATEĽSKÚ STAROSTLIVOSŤ DETSKÝM PACIENTOM

ASSESSMENT OF MENTAL WORKLOAD IN NURSES PROVIDING NURSING CARE TO PAEDIATRIC POPULATIONS

Jana Cinová¹, Iveta Ondriová², Dagmar Magurová³, Lívia Hadašová⁴
1, 2, 3, 4 Prešovská Univerzita v Prešove Fakulta zdravotníckych odborov

Súhrn:

Autori sa v príspevku zameriavajú na psychickú pracovnú záťaž sestier poskytujúcich ošetrovateľskú starostlivosť deťom. Psychickú pracovnú záťaž sestier hodnotia s využitím Meisterovho dotazníka. Zameriavajú sa na faktory, akými sú preťaženie, monotónia a nešpecifický faktor. V závere konštatujú, že práca sestier s deťmi je v uvedených oblastiach v rámci psychickej pracovnej záťaže náročná.

Kľúčové slová: sestra, psychická pracovná záťaž, ošetrovateľstvo, deťmi, Meisterov dotazník.

Summary:

The authors have focused on the treatment of mental workload of nurses providing nursing care to pediatric patients. The mental workload of nurses the authors rate of a questionnaire Meister. The authors investigated factors such as congestion, monotone and non-specific factor. The authors conclusion states, providing nursing care to pediatric patients is very difficult and poses high mental workload.

Keywords: nurse, mental workload, nursing, pediatric patient, Meisters questionnaire.

Úvod

Pediatrické ošetrovateľstvo sa zaoberá dieťaťom v zdraví a v chorobe, zabezpečuje liečbu a prevenciu, ktorá smeruje k aktívnemu ovplyvňovaniu zdravia celej detskej populácie, zdravého životného štýlu a kvality života. Patrí sem starostlivosť o správnu výživu, podpora obranyschopnosti organizmu, spoluúčasť na vytváraní optimálnych životných podmienok, včasná detekcia a náprava odchýlok od fyziologického stavu, prevencia škodlivých návykov, nevynímajúc ani dôležitú podporu rodiny. Dominantnými úlohami pediatrie a pediatrického ošetrovateľstva je neustále skvalitňovanie liečebnej a ošetrovateľskej starostlivosti o deťmi s využívaním moderných vedeckých poznatkov tak, aby zodpovedali princípom etiky a rešpektovali práva dieťaťa. Zároveň je potrebné rešpektovať skutočnosť, že dieťa sa rastom a vývinom líši nielen od dospelého, ale navzájom v jednotlivých vekových obdobiach deťmi. Profesiou sestry výrazným spôsobom ovplyvňujú pracovné podmienky, v ktorých sestra pracuje, ako aj individuálna miera frustračnej tolerancie u každej sestry. Psychická pracovná záťaž sestry môže mať negatívny vplyv na fyzické zdravie, no zároveň je odrážaná aj do telesného zdravia. Následkom nadmerného vystavovania sa psychickej záťaže môže byť únava, psychická nepohoda, telesný dyskomfort, či negatívne emočné a náladové stavy. Rozsypalová (2003) uvádza, že príčiny psychickej záťaže sestier vychádzajú z osobného a pracovného života sestry (nutnosť intenzívneho vnímania a aktivácie organizmu, sústavná nutnosť zapájania pamäťových procesov, opätovná potreba logického a rýchleho myslenia, neustála komunikácia s chorými deťmi). Gurková, Macejková (2012) poukazujú na fakt, že medzi psychickou záťažou a výskytom depresívnej symptomatológie je priamy vzťah. Na základe výsledkov prieskumu konštatujú, že u 50% sestier bola prítomná depresia ľahkého stupňa. Zároveň autorky zistili, že medzi činiteľmi pracovného preťaženia, akými sú veľká miera zodpovednosti, konflikty na pracovisku alebo časová tieseň a prežívaním depresívnych symptómov existuje asociácia. Tieto fakty potvrdzujú aj

Jobánková, Kvapilová (2007), ktoré identifikovali, že pre sestry subjektívne nie je najväčší zdroj záťaže fyzická záťaž alebo technická náročnosť stále pribúdajúcich a nových ošetrovateľských postupov, ale fakty súvisiace s riešením neľahkých sociálnych situácií. Zdrojmi psychickej pracovnej záťaže sú interakcie medzi sestrami a pacientmi, ale aj s rodinnými príslušníkmi pacientov a vzájomné vzťahy medzi zdravotníkmi. Empirické výsledky poukazujú aj na skutočnosť, že sestry nie sú schopné riešiť situácie, akými sú pacientmi verbalizované prejavy strachu zo smrti, z bolesti, nariekanie pacientov, agresívne správanie, narážky sexuálneho charakteru či rôzne formy úplatkárstva. Psychická pracovná záťaž sa hodnotí nepriamo prostredníctvom charakteristík práce a pracovného prostredia z hľadiska psychickej pracovnej záťaže a charakteristík subjektívnej odozvy zamestnanca na psychickú pracovnú záťaž. Z pohľadu charakteristiky práce a pracovného prostredia sa hodnotí nárazová práca alebo práca pod časovým tlakom, vynútené pracovné tempo, monotónnosť práce, sociálne interakcie, hluk alebo iné vplyvy, hmotná a organizačná zodpovednosť, práca na zmeny, práca nadčas alebo nočná práca, riziko ohrozenia života a zdravia vlastného alebo iných osôb, neštandardné pracovné prostredie, fyzická nepohoda, ako aj ďalšie zdroje záťaže. Z pohľadu subjektívnej odozvy zamestnanca sa hodnotí psychické preťaženie, nešpecifické preťaženie a zníženie koncentrácie pozornosti (Vyhláška č.542/2007 Z.z.).

Výsledky prieskumu

Nami realizovaný prieskum (2016) bol zameraný na zistenie miery psychickej pracovnej záťaže sestier poskytujúcich ošetrovateľskú starostlivosť detským pacientom, prostredníctvom Meisterovho dotazníka. Hlavnými cieľmi prieskumu bolo identifikovať úroveň psychickej pracovnej záťaže u sestier a porovnať ju u respondentov vzhľadom k dĺžke odbornej praxe. Prieskumu sa zúčastnilo 30 sestier poskytujúcich ošetrovateľskú starostlivosť detským pacientom. Vo veku 20-30 rokov (23% sestier), 30-45 rokov (40% sestier) a vo veku 45 a viac rokov sa prieskumu zúčastnilo (37% sestier). Dĺžku odbornej praxe do 15 rokov predstavovalo 37%, nad 15 rokov 63% sestier. Dotazník pozostával z 10 položiek, ktoré boli zaradené do troch faktorov: preťaženie, monotónia, nešpecifický faktor. V položkách dotazníka respondenti vyjadrovali mieru súhlasu na Likertovej škále.

Analýza výsledkov Meisterovho dotazníka

Tabuľka 1 Hodnotenie psychickej pracovnej záťaže sestier v závislosti od dĺžky odbornej praxe

Položky	Otázka č.	Priemer z dotazníkov		Kritické hodnoty podľa Meistera
		1-14 rokov praxe	od 15 rokov praxe	
I. faktor - Preťaženie				
časová tieseň	1	3,9	3,6	3
vysoká zodpovednosť	3	3,0	3,9	3
problémy a konflikty	5	3,4	3,8	2,5
II. faktor - Monotónia				
malé uspokojenie	2	2,0	1,8	2,5
otupujúca práca	4	2,5	2,4	2,5
monotónia	6	2,2	1,7	2,5

III. Nešpecifický faktor				
nervozita	7	3,0	3,4	3
presýtenia	8	3,0	2,4	3
únava	9	3,5	3,7	3
dlhodobá únosnosť	10	3,0	3,1	2,5

Tabuľka 2 Porovnanie mediánov s kritickými hodnotami podľa Meistera

Položky	Otázka č.	Medián z dotazníkov		Kritické hodnoty podľa Meistera
		1-14 rokov praxe	od 15 rokov praxe	
I. faktor - Preťaženie				
časová tieseň	1	4	4	3
vysoká zodpovednosť	3	3	4	3
problémy a konflikty	5	4	4	2,5
II. faktor – Monotónia				
malé uspokojenie	2	2	2	2,5
otupujúca práca	4	2	2	2,5
monotónia	6	2	2	2,5
III. faktor-Nešpecifický faktor				
nervozita	7	3	4	3
presýtenia	8	3	2	3
únava	9	4	4	3
dlhodobá únosnosť	10	3	4	2,5

Diskusia

Jedným z parciálnych cieľov prieskumu bolo identifikovať psychickú pracovnú záťaž sestier poskytujúcich ošetrovateľskú starostlivosť detským pacientom. Na základe výsledkov prieskumu konštatujeme, že sestry svoju prácu hodnotia prevažne zaťažujúco a stresujúco v oblastiach, akými sú časová tieseň, vysoká zodpovednosť, problémy a konflikty, dlhodobá únosnosť, únava a nervozita. Podľa Gurkovej, Macejkovej (2012) psychická záťaž sestier je dominantná v oblastiach, akými sú časová tieseň, dlhodobá únosnosť, vysoká zodpovednosť a únava. Z analýzy údajov nášho prieskumu konštatujeme, že na zvýšenej miere psychickej pracovnej záťaže sestier sa podieľajú aj problémy a konflikty na pracovisku či vysoká zodpovednosť. Ďalším stanoveným cieľom prieskumu sme chceli porovnať úroveň psychickej pracovnej záťaže sestier vzhľadom k dĺžke odbornej praxe. Zistili sme, že pocit časovej tiesne vnímajú, tak sestry s dĺžkou praxe do 15 rokov, ako aj sestry, ktoré sú v praxi viac ako 15 rokov. Sféra zodpovednosti psychicky zaťažuje najmä sestry, ktoré majú absolvovanú odbornú prax viac ako 15 rokov. Problémy a konflikty na pracovisku boli uvádzané u oboch kategórii sestier. Kritické hodnoty v položkách II. faktoru, akými sú malé uspokojenie, otupujúca práca a monotónia, neboli prekročené ani v jednej z kategórii sestier. Na základe zistenia konštatujeme, že sestry práca naplňa, nevnímajú ju otupujúco alebo monotónne. Kritická hodnota v položke nervozita bola prekročená u sestier s dĺžkou praxe nad 15 rokov. Prekročenie kritických hodnôt sme zaznamenali aj v položke únava, ako u sestier s praxou do 15 rokov, tak aj u sestier s praxou nad 15 rokov. Psychická náročnosť práce v súvislosti s dlhodobým vykonávaním tohto povolania je negatívne hodnotená u oboch kategórii sestier,

avšak viac prekročená kritická hodnota bola u sestier s dlhšou odbornou praxou. Z výsledkov prieskumu teda vyplýva, že sestry s dĺžkou odbornej praxe do 15 rokov negatívne hodnotia v rámci svojej práce: časovú tieseň, problémy a konflikty, únavu a dlhodobú únosnosť. Rybárová, Ondková (2015) uvádzajú, že u sestier s kratšou dobou praxe bolo identifikované prekročenie kritických hodnôt v položkách časový tlak, zodpovednosť, konflikty v práci, nervozita, únava a dlhodobá únosnosť. Pre kategóriu sestier s dĺžkou praxe nad 15 rokov je v práci negatívne vnímaná časová tieseň, zodpovednosť, problémy a konflikty, nervozita a dlhodobá únosnosť. Sestry sú pracovne unavené, nervózne. Naopak majú pozitívne pracovné uspokojenie, svoju prácu nevnímajú otupujúco ani monotónne. Rybárová, Ondková (2015) popisujú u sestier s dlhšou odbornou prekročenie kritických hodnôt v položkách konflikty v práci, malé uspokojenie, nervozita, únava a dlhodobá výkonnosť. Analýzou výsledkov pre skupinové hodnotenie uvádzame fakt, že sestry s kratšou dobou odbornej praxe (do 15 rokov) spadajú do kategórie psychickej pracovnej záťaže 2. stupňa, ktorá ja popisovaná, ako psychická záťaž, pri ktorej môže pravidelne dochádzať k dočasným ovplyvneniam subjektívneho stavu, výkonnosti. Pri skupine sestier s dĺžkou odbornej praxe viac ako 15 rokov sme identifikovali záťaž 3. stupňa, čo znamená, že trpia psychickou záťažou, pri ktorej nie je možné vylúčiť zdravotné riziká.

Na základe výsledkov prieskumu navrhujeme odporúčania pre prax, smerujúce k eliminácii či odstráneniu psychickej pracovnej záťaže u sestier poskytujúcich ošetrovateľskú starostlivosť detským pacientom: aktívne sa podieľať na vytváraní dobrého, príjemného pracovného prostredia, efektívne manažovať svoje pracovné povinnosti, spolupracovať na tímovom ošetrovateľstve, aktívne sa zúčastňovať aj na mimopracovných stretnutiach a aktivitách v rámci kolektívnej súdržnosti, vhodným spôsobom riešiť konfliktné situácie, uplatňovať efektívnu verbálnu a neverbálnu komunikáciu, upevňovať a vytvárať kvalitné medzil'udské vzťahy, naučiť sa efektívne relaxovať, v práci uplatňovať aj asertívne správanie, preferovať zdravý životný štýl a v prípade psychickej nepohody kontaktovať psychológa.

Záver

Profesia sestry nepochybne patrí medzi jedno z najnáročnejších povolání. Vzhľadom na fakt, že na sestry sa v súčasnosti kladú čoraz vyššie a vyššie nároky, je potrebné zamerať sa aj na problematiku skúmania psychickej záťaže vyplývajúcej z danej profesie a jej vplyvu na osobný a pracovný život sestry. Sestry na pediatrických oddeleniach/ klinikách sú omnoho viac zaťažené aj z toho hľadiska, že detský pacient si vyžaduje zvýšenú mieru pozornosti a starostlivosti.

Bibliografia a odkazy:

BOLEDOVIČOVÁ, M. a kol., 2010. *Pediatrické ošetrovateľstvo*. Vyd. 2, Martin: Osveta ISBN 978-80-B8063-331-8.

GURKOVÁ, E., MACEJKOVÁ S., 2012. Psychická záťaž a depresívna symptomatológia u sestier. In: *Ošetrovateľství a porodní asistence* [online]. Roč. 3, č. 1, s. 326 – 334.

JOBÁNKOVÁ, M. 2007. Zdroje psychosociální zátěže v sesternské profesi. In *Sestra*, 2007, roč. 17, č. 7-8, s. 18-19. ISSN 1210-0404,

Meisterov dotazník. Dostupné na internete:

http://www.psvz.cz/zidkova/doc/meisteruv_dotaznik-navod_k_pouziti.doc.

REINDLOVÁ, V., BOGÁROVÁ, S, 2007. Přetížení zdravotnického pracovníka – ano, nebo ne? In: *Sestra*, roč. 17, č. 12, s. 23. ISSN 1210-0404.

RYBÁROVÁ, L., ONDKOVÁ, L., 2015. Hodnotenie psychickej záťaže sestier s využitím Meisterovho dotazníka. In: *Molisa 11 Medicínsko – ošetrovateľské listy Šariša zborník*.

Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov v spolupráci s FNsP J. A. Reimana v Prešove, s. 172-177. ISBN 978-80-555-1288-4.

ROZSYPALOVÁ, M., 2003. *Psychologie a pedagogika I: pro strední zdravotnicke školy*. Martin: Osveta. ISBN 80-7333-014-8.

VALOVÁ S. 2016. *Hodnotenie psychickej záťaže sestier poskytujúcich ošetrovateľskú starostlivosť detským pacientom s využitím Meisterovho dotazníku*. Bakalárska práca, PU v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, 48 s., 2016, Konzultant: PhDr. Mgr. Jana Cinová, PhD.

Vyhláška č. 542/2007 Z.z. *Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o podrobnostiach o ochrane zdravia pred fyzickou záťažou pri práci, psychickej pracovnou záťažou a senzorickou záťažou pri práci*.

Kontakt:

PhDr. Mgr. Jana Cinová, PhD.

PU v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra ošetrovateľstva

Ul. Partizánska 1, Prešov 080 01 Slovensko

E-mail: jana.cinova@unipo.sk

KVALITNÍ A BEZPEČNÝ MANAGEMENT BOLESTI – VÝCHODISKA DO PRAXE

HIGH-QUALITY AND SAFE PAIN MANAGEMENT – IMPLICATIONS FOR CLINICAL PRACTICE

Zuzana Červenková¹, Eva Hlaváčková², Michal Kopecký³
^{1, 2, 3} Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice

Shrnutí:

Tématem příspěvku jsou legislativní východiska pro hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb se zaměřením na management bolesti a nastínění konkrétního postupu v praxi.

Klíčová slova: kvalita a bezpečí, management bolesti, pacient, péče, spokojenost.

Summary:

The legislative background for evaluation of quality and safety of health care focused on pain management is described in the paper. A particular procedure implementing in practice is discussed.

Keywords: quality and safety, pain management, patient, care, satisfaction.

Úvod

Bolest je nepříjemný pocit, který souvisí s aktuálním nebo potenciálním poškozením tkání. Bolest ovlivňuje celkovou spokojenost člověka s kvalitou jeho života. Hodnocení managementu bolesti je důležitou součástí hodnocení kvality a bezpečí poskytované péče ve zdravotnických zařízeních.

Bolest a kvalita a bezpečí

První otázkou, která v souvislosti s touto problematikou vyvstává, je: „*Co je kvalita péče?*“. Definic pojmu „kvalita a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb“ služeb (dále jen „kvalita a bezpečí“) lze najít v odborné literatuře více. Kvalita může být chápána z pohledu příjemce péče, manažera či např. zřizovatele. Pojetí tohoto pojmu např. od Gladkého zní: *„systém kvality ve zdravotnictví zahrnuje proces tvorby postupů, sběru informací, stanovení standardů a hodnocení výsledků toho, co ve zdravotnictví organizujeme jako zdravotní péči a zdravotnické služby“* (Gladkij et al. 2003, s. 289). Ministerstvo zdravotnictví ČR (2009) považuje za kvalitu poskytovaných zdravotních služeb soubor těch vlastností zdravotní péče, které mohou být předmětem praktického zkoumání a kvantitativního vyhodnocování, mají úzce vymezen vztah k nějaké klinické kategorii a zároveň mají vztah k nějakému standardu péče. Výše zmíněné vede k zamyšlení, zda lze kvalitní péči vždy kvantifikovat. Lze v oblastech, jako jsou subjektivní vnímání zvládnutí bolesti, všechny poznatky nahradit čísly a statisticky zpracovat?

Kvalitu a bezpečí vnímá Ministerstvo zdravotnictví ČR jako svoji prioritu. Interní systém hodnocení kvality a bezpečí je legislativně ukotven, externí hodnocení kvality a bezpečí je proces dobrovolný. V § 47 Zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování se uvádí, že je poskytovatel zdravotních služeb povinen zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních. Minimální požadavky pro zavedení tohoto systému a metodický návod uvádí Ministerstvo zdravotnictví ve Věstníku 16/2015, jejichž součástí jsou i požadavky na plnění Rámcových bezpečnostních cílů. Externí hodnocení kvality a bezpečí je zmíněno v Zákoně 372/2011 Sb. v části 9, § 98-106, kde se mimo jiné uvádí, že je hodnocení kvality a bezpečí dobrovolný proces, jehož účelem je posoudit organizační úroveň poskytování zdravotních služeb. K posouzení slouží hodnotící standardy, kde jsou uvedeny požadavky na vybrané procesy a ukazatele posuzované ve zdravotnickém

zařízení. Hodnocení může provádět fyzická nebo právnická osoba, které bylo uděleno oprávnění k provádění této činnosti. Prováděcím předpisem k tomuto zákonu je Vyhláška 120/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. Zde lze nalézt informace o tom, jaké procesy mají být při hodnocení kvality a bezpečí posuzovány. Jde o řízení kvality a bezpečí, péči o pacienty, řízení lidských zdrojů a zajištění bezpečného prostředí pro pacienty a zaměstnance poskytovatele zdravotní péče. MZ na svých internetových stránkách zveřejňuje seznam osob oprávněných provádět hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. MZ je také orgánem oprávněným provádět kontroly těchto osob (Ministerstvo zdravotnictví, 2016).

Jedním z dílčích indikátorů, pomocí nichž lze hodnotit kvalitu a bezpečí péče o pacienty, je management bolesti. Bolest je při hospitalizaci častá, avšak stresující součást života. Špatný management bolesti negativně ovlivňuje fyzické i psychické zdraví pacientů a zasahuje do jejich celkové kvality života. Nelékařští zdravotničtí pracovníci jsou často klíčoví v rozpoznávání bolesti u pacientů a podílejí se společně s lékaři na léčbě bolesti. Hodnocení a dokumentace bolesti jsou považovány za základní kameny efektivnosti managementu bolesti. Nedostatky znalostí o bolesti a jejím zvládnutí jsou hlavní překážkou ve zlepšování kvality péče (Carr, 2014). V roce 2013 publikovala výsledky své práce zbývající se kvalitou a bezpečím poskytované péče v souvislosti s managementem bolesti Beck (2013) v USA. Zdůrazňuje důležitost měření kvality v úsilí o zlepšení poskytované zdravotní péče. V této studii čtyři interdisciplinární týmy sester stanovily budoucí směry ke zdokonalování měření kvality poskytované péče.

Z hlediska kvality a bezpečí poskytované péče jsou tedy důležité procesy související s managementem bolesti. Nejde jen o to, jak je pacientova bolest léčena, ale jak jsou její hodnocení, farmakologická i nefarmakologická léčba zaznamenávány a jak s informacemi tým zdravotnických pracovníků i pacient pracují. Důležité je zohlednit v managementu bolesti otázky zacházení s léčivými přípravky, způsob jejich preskripce a záznamy o jejich podání z hlediska kvality a bezpečí poskytované péče.

Závěr – východiska do praxe

Fakulta zdravotnických studií a vybrané zdravotnické zařízení zahájily dlouhodobou spolupráci v oblasti hodnocení managementu bolesti z hlediska kvality a bezpečí poskytované péče. Cílem studie je podrobně popsat nastavený management bolesti v daném zařízení v souvislosti s platnou legislativou a odhalit případná rizika či nedostatky. Následujícími cíli bude zjistit propojenost spokojenosti pacientů s managementem bolesti a hodnocením kvality péče v tomto zdravotnickém zařízení a vnímání nastaveného managementu bolesti zdravotnickými pracovníky zdravotnického zařízení. Na základě výsledků šetření budou předloženy návrhy pro udržení a další zvyšování kvality managementu bolesti v tomto zdravotnickém zařízení.

Bibliografie a odkazy:

- BECK, S. L. Measuring nurses' impact on health care quality: progress, challenges, and future directions. *Medical Care*. 2013. Ročník 51, číslo 4, příloha 2, strany S15-S22.
- CARR, E. C. Pain: a quality of care issue during patients' admission to hospital. *Journal of Advanced Nursing*. 2014. Ročník 70, číslo 6, strany 1391-1403.
- ČESKO. *Vyhláška č. 102 ze dne 22. března 2012 o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče* [online]. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&fulltext=&nr=102~2F2012&part=&name=&rpp=15#seznam>. [cit. 2016-02-10].

ČESKO. Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování [online]. In. *Sbírka zákonů České republiky*. 2011. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#cast1>. [cit. 2016-02-08].

GLADKIJ, I. a kol. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-996-8.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. Seznam oprávněných osob [online]. 2016. Dostupné z:

http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/seznam-opravnenych-osob-_3205_29.html. [cit. 2016-05-26].

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Věstník č. 16 ze dne 26. října 2015* [online]. Dostupné z:

http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c16/2015_10927_3242_11.html. [cit. 2016-02-23].

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Zlepšení systému řízení zdravotní péče, technická asistence (Indikátory kvality zdravotních služeb)* [online]. 2009. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/ukazatele-kvality-zdravotnich-sluzeb_2150_1066_3.html. [cit. 2016-03-05].

Kontakt:

Mgr. Zuzana Červenková
Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice
Průmyslová 395, Pardubice
E-mail: Zuzana.cervenkova@upce.cz

REMINISCENČNÍ TERAPIE V REZIDENČNÍCH ZAŘÍZENÍCH PRO SENIORY REMINISCENCE THERAPY IN RESIDENTIAL FACILITIES FOR THE ELDERLY

Barbora Faltová¹, Zdeněk Čermák², Martina Coufalová³
^{1,2,3} Fakulta zdravotnických studií Univerzita Pardubice

Shrnutí:

Příspěvek pojednává o využití reminiscenční terapie u seniorů, kteří jsou klienty rezidenčních zařízení sociálních služeb. V úvodní části představujeme teoretický základ pojednávající o reminiscenční terapii a možnostech jejího využití v rezidenčních zařízeních pro seniory. Dále je řešena metodika výzkumného šetření, kdy bylo pro získání dat využito kvantitativního výzkumného šetření dotazníkovou formou s následným zpracováním dat za užití popisné statistiky. Při vyhodnocení výsledků výzkumného šetření bylo zjištěno, že pro klienty je trénování paměti velmi důležité. Reminiscence neboli reminiscenční terapie záměrně pracuje se vzpomínkami seniorů s cílem procvičit kognitivní funkce, navodit dobrou náladu a radost s tím, že traumatizujících témat, která klient sděluje, se dotýká pouze v případech, kdy si toto klienti sami přejí. V mnoha domovech pro seniory jsou užívány prvky reminiscenční terapie, avšak většina zkoumaných zařízení pořádá reminiscenční setkání spíše nepravidelně a v omezené míře. Mezi významné závěry našeho šetření patří zejména pozitivní hodnocení reminiscenční terapie seniory jako příjemného, obohacujícího zážitku a oblíbeného aktivizačního programu.

Klíčová slova: senior, reminiscence, domov pro seniory.

Summary:

The paper deals with the use of reminiscence therapy in the elderly, who are clients of residential facilities in social services. In the introductory part we present the theoretical basis of the matter of the special therapy and possibilities of its usage in residential facilities for the elderly. Furthermore, it is dealt with the methodology of the research investigation, when we used a quantitative research survey questionnaire form with the subsequent processing of the data using descriptive statistics. In the evaluation of the results of the research investigation it was found that the memory training is very important for the clients. Reminiscence therapy consciously works with memories of the seniors in order to practice the cognitive functions, induce a good mood and pleasure with the fact that the traumatic topics, which the client communicates, touches only in cases where the clients themselves wish. There are elements of the reminiscence therapy used in many homes for the elderly, however, the most of studied facilities organizes its reminiscence meetings rather irregularly to a limited extent. Among the significant conclusions of our investigation include, in particular, a positive evaluation of the special therapy by seniors as a pleasant, enriching experience and favorite activating program.

Keywords: senior, reminiscence, homes for the elderly.

Úvod

Reminiscenční terapie v současné době patří ke zlatému fondu aktivizačních programů v pobytových zařízeních sociálních služeb určených k péči o seniory se sníženou úrovní soběstačnosti (Malíková, 2011). Špatenková a Bolomská (2011) ji vymezují jako specifický přístup k seniorům, který je založen na uznání důležitosti vzpomínání. Dle Janečkové a Vackové (2010) je cílem všech forem a metod reminiscenční terapie především klientova kladná emoce, pocit uspokojení ze svého projevu, radost, pohoda a zároveň procvičení kognitivních funkcí. Cílovou skupinou je v tradičně pojímané reminiscenční terapii především okruh osob s kognitivními deficity a demencí. V dnešní době se však reminiscenční terapie

nabízí jako aktivizační program všem seniorům v pobytových zařízeních, kteří mají o reminiscenční terapii zájem s důrazem na sekundární prevenci vzniku kognitivních deficitů a syndromu demence (Suchá, 2013, Špatenková, Bolomská, 2011). Reminiscenční terapie má v dnešní době mnoho podob. Může se jednat o formální a neformální setkávání, individualizovaný rozhovor mezi terapeutem a seniorem, přes skupinové setkávání seniorů při společném vzpomínání až po reminiscenční terapii se zapojením širšího okruhu osob, které v daném zařízení nežijí, nejčastěji rodinných příslušníků (Janečková, Vacková, 2010, Suchá, 2013). Při realizaci reminiscenční terapie užíváme řadu pomůcek, mezi které můžeme zařadit vizuální pomůcky (zejména fotografie), auditivní pomůcky (nahrávky oblíbených písní), reminiscenční místa (například pokoj vybavený dobovým nábytkem, muzeum, knihovna), přičemž výstupy z těchto pomůcek můžeme shromažďovat například v reminiscenčních krabicích, knihách, pokojích apod. (Špatenková, Bolomská, 2011). Vzpomínání vždy nebylo vnímáno pozitivně. Ještě v počátcích 60. let 20. století převládal názor, že člověk zabývající se vzpomínáním nestárne zdravě, jelikož žije svými vzpomínkami a nejeví zájem o přítomnost. Postupem času se však názor na vzpomínání zcela změnil, k čemuž významně přispěla teorie amerického gerontologa a psychiatra Roberta Butlera zabývající se rekapitulací života, která poukazovala na pozitivní vliv vzpomínek (Špatenková a Bolomská, 2011, s. 19). Reminiscence může přispět také k adaptaci na náročné životní situace, zde plní podle Cohena (In Vacková a Janečková, 2010, s. 19) několik funkcí. Intrapersonální funkce je zaměřena na vnitřní prožívání člověka, pomáhá udržet jeho duševní rovnováhu. V případě, kdy jsou vzpomínky součástí společenské konverzace a podporují vzájemnou interakci mezi lidmi, mluvíme o funkci interpersonální. Třetí funkcí je funkce poznávací, kdy mají vzpomínky informační hodnotu, poskytují osobní zkušenosti a historické poznatky seniora. Janečková a Vacková (2010, s. 14) připomínají ve své knize německého psychologa Erika Eriksona, který v souvislosti s obdobím stáří mluví o moudrosti a integritě (celistvosti) lidské osobnosti. Jsou to právě vzpomínky, které přispívají k dosažení vyrovnanosti a k přijetí sebe sama.

Cíl práce

Zjistit, jak senioři vnímají reminiscenční terapii v rezidenčních zařízeních. Výzkumné otázky: 1. Jakým způsobem se klienti zapojují do reminiscenční terapie? 2. Jakých aktivit se klienti v rámci reminiscenční terapie účastní? 3. Jaké přínosy senioři v reminiscenční terapii spatřují?

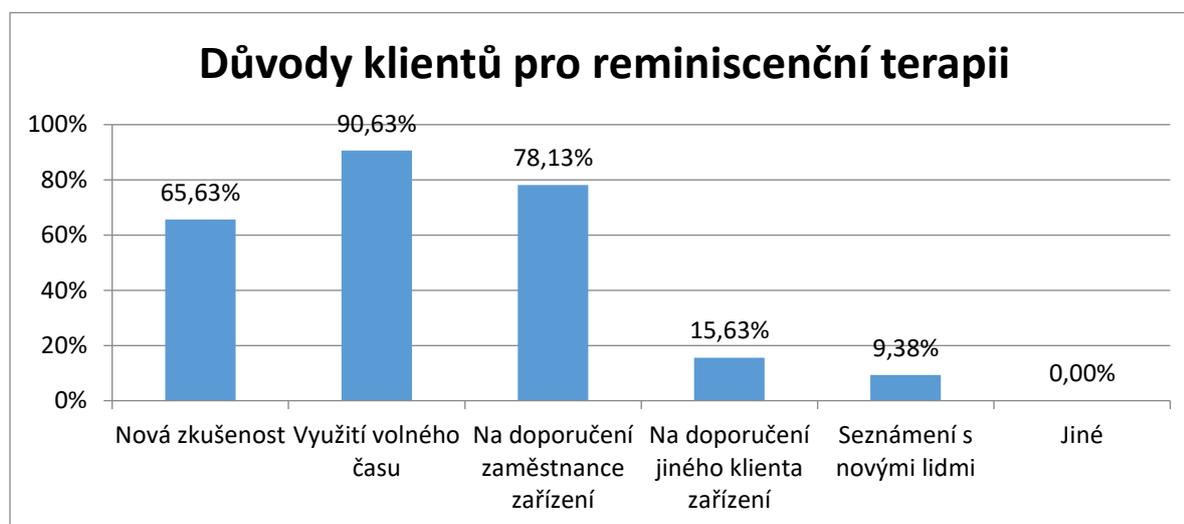
Metodika výzkumu a výzkumný soubor

Výzkumné šetření je v kvantitativním designu s výzkumným nástrojem ve formě nestandardizovaného dotazníku. Výzkum probíhal v období od 7. března do 30. dubna 2016. Samotnému dotazníkovému šetření přecházelo získávání informací o rezidenčních zařízeních, kde je realizována reminiscenční terapie. K výzkumné spolupráci bylo osloveno v Pardubickém a Olomouckém kraji 6 subjektů – domovů pro seniory, z nichž byly pouze dva ochotny spolupracovat. V zařízeních bylo rozdáno celkem 40 dotazníků, po sesbírání bylo 8 dotazníků vyřazeno z důvodu nesprávného vyplnění. K vyhodnocení dat tedy bylo použito 32 dotazníků. Obsah dotazníku tvořilo celkem 21 otázek, které byly samostatně sestaveny. Z celkového obsahu se jednalo o 13 otázek uzavřených, 5 polouzavřených, 2 otázky otevřené a 2 otázky identifikační. Uzavřené otázky byly tvořeny otázkami dichotomickými, trichotomickými i polytomickými. Na vyplnění dotazníku měli respondenti 30 minut. Hlavním kritériem pro zařazení respondentů do výzkumu byla minimálně jedna zkušenost s reminiscenčním sezením, seniorský věk a v anamnéze seniora nepřítomná kognitivní porucha a syndrom demence. Výzkumný soubor tvořili senioři starší 60 ti let, přičemž 31, 25% bylo ve věku do 70ti, 59, 38% ve věku do 80ti let a 9,38% starší 80ti let. 71, 88% výzkumného souboru tvořily ženy a 28,12% muži. 93,8 % respondentů se účastnilo

reminiscenční terapie více než jednou. Získaná data byla zpracována za pomoci programu Microsoft Office Excel 2007. K popisu grafů bylo užito popisné (deskriptivní) statistiky.

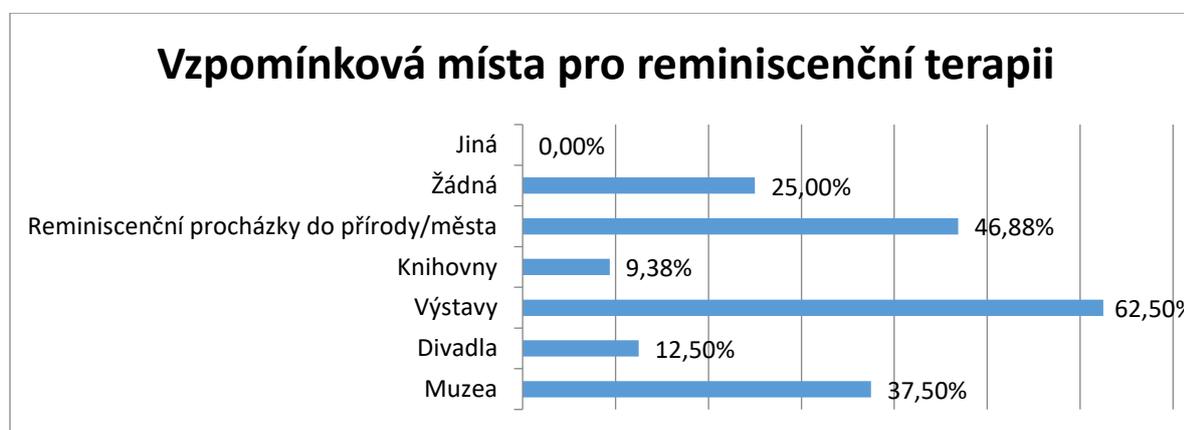
Výsledky

Respondenti se zapojují do reminiscenční terapie, aby aktivně trávili svůj volný čas. Z nabízených odpovědí (obr. 1), kdy respondenti mohli označit více odpovědí, volili jako nejčastější důvod pro reminiscenční terapii využití volného času, které zvolilo 29 respondentů (90,63 %). Druhou nejvíce volenou položkou je doporučení zaměstnance zařízení, což označilo 25 respondentů (78,13 %). Z důvodu nové zkušenosti se reminiscenční terapií rozhodlo využít 21 respondentů (65,63%). Na doporučení jiného klienta zařízení se reminiscence účastnilo 5 respondentů (15,63%). 3 klienti (9,38%) se pro reminiscenční terapii rozhodli, aby se seznámili s novými lidmi. Jiné důvody pro účast na reminiscenční terapii neuvedl žádný respondent (0,00%).



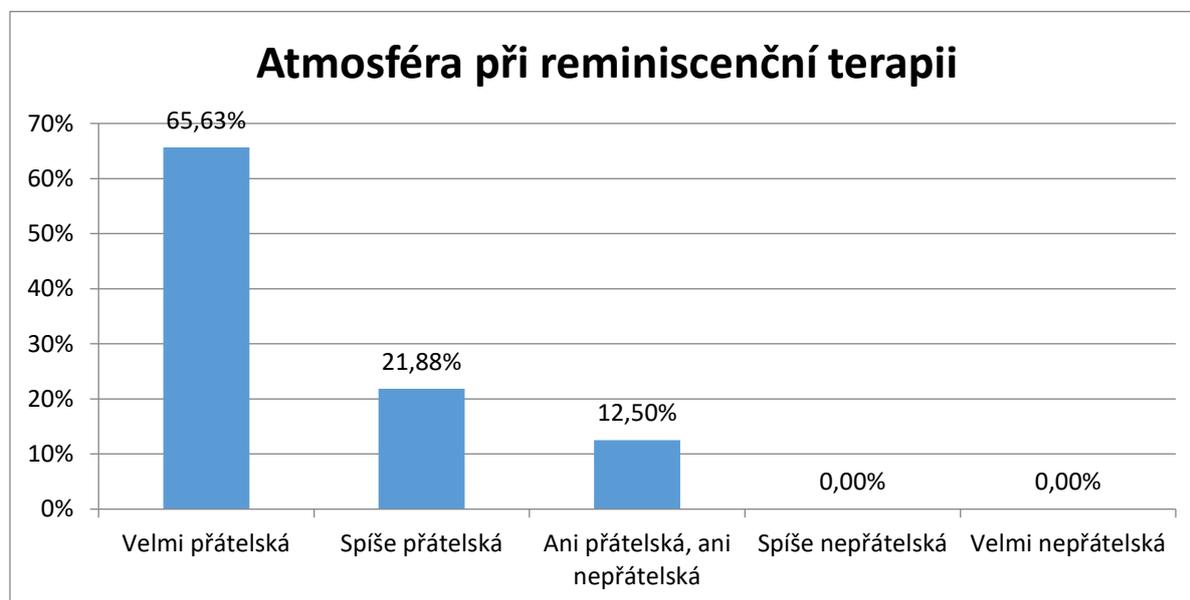
Obrázek 1: Důvody klientů k využití reminiscenční terapie

Nejvíce navštěvovaným vzpomínkovým místem jsou výstavy, které označilo 20 respondentů (62,50%). Reminiscenčních procházek do přírody/města se účastní 15 respondentů (46,88%). Do muzeí v rámci reminiscenční terapie chodí 12 respondentů (37,50%). Žádná reminiscenční místa nenavštěvuje 8 respondentů (25,00%). Divadla navštěvují 4 respondenti (12,50%). Jiná reminiscenční místa žádný respondent nenavštěvuje (0,00%). Respondenti mohli označit více odpovědí.



Obrázek 2: Vzpomínková místa mimo zařízení, která respondenti navštěvují

Obrázek 3 představuje popis atmosféry při reminiscenční terapii. Zde je patrné, že nejvíce respondentů hodnotí atmosféru při reminiscenční terapii jako velmi přátelskou. Tuto možnost zvolilo 21 respondentů (65,63%). Spíše přátelská je atmosféra při reminiscenci pro 7 klientů (21,88%). Pro 4 respondenty (12,50%) není atmosféra při terapii ani přátelská, ani nepřátelská. Kategorie Spíše nepřátelská a Velmi nepřátelská nebyla zastoupena žádným respondentem (0,00%).



Obrázek 3: Hodnocení atmosféry respondenty při reminiscenční terapii

Diskuze

Motivace klienta pro zapojení do reminiscenční terapie je podle Janečkové a Vackové (2010, s. 81) ovlivněna způsobem, jakým jsou klienti na reminiscenci pozváni, zájmem pracovníků o klientovy vzpomínky a rozhovorem poskytujícím informace o reminiscenční terapii. Kromě chuti sdělit ostatním své životní příběhy a zkušenosti mohou mít klienti i jiné důvody pro zapojení do reminiscence. Jako nejčastější důvod respondenti uváděli využití volného času. Tuto možnost uvedlo 29 respondentů (90,63%). Z celkového počtu 32 respondentů se do reminiscenční terapie zapojilo více než 6x pouze 10 respondentů (31,25%). Účast na reminiscenční terapii může být ovlivněna mnoha faktory, v neposlední řadě také délkou pobytu klienta v zařízení a tím pádem i možností se do terapie zapojit. Při zjišťování prostředí, kde terapie probíhá 18 respondentů (56,25%) odpovědělo, že uvnitř i mimo prostory zařízení. Pouze uvnitř zařízení se reminiscence účastní 8 respondentů (25,00%) a pouze mimo prostory zařízení 6 respondentů (18,75%). Zde upozorňujeme na fakt, že spousta míst, kde reminiscence mimo zařízení probíhá (muzea, výstavy, knihovny apod.) nejsou bezbariérové a proto může být přístup osob se zdravotním postižením na tato místa značně limitován. Nejčastěji respondenti navštěvují výstavy, sem se v rámci reminiscenční terapie vydává 20 respondentů (62,50%) a 15 respondentů (46,88%) se účastní reminiscenčních procházek do přírody či do města. Při reminiscenční terapii je důležité, aby měli všichni klienti možnost se aktivně zapojit a mít dostatek prostoru pro vyjádření svého názoru. Pokud je tato možnost omezena, klienti mohou ztratit chuť se reminiscence účastnit. V dotazníkovém šetření 3 respondenti (9,38%) uvedli, že při reminiscenci možnost vyjádření vlastního názoru spíše nemají a další 3 respondenti (9,38%) ji nemají vůbec. V případě, že se tímto způsobem chování nechá klient odradit, je dobré, aby zasáhl pracovník. 27 respondentů (84,38%) považuje sdílení svých vzpomínek s druhými lidmi za důležité, proto je reminiscenční terapie

důležitou součástí aktivizačních programů v rezidenčních zařízeních. Pro 2 respondenty (6,25%) není důležité se o své vzpomínky dělit s ostatními. Janečková a Vacková (2010, s. 82) uvádějí, že i pasivní účast klientů je velmi důležitá, pokud chtějí být součástí reminiscenční skupiny. Vzhledem k tomu, že 28 respondentů (87,50%) by doporučilo reminiscenční terapii dalším klientům, lze konstatovat, že reminiscenční terapie je vhodnou formou práce se seniory a její šíření bychom měli podporovat.

Závěr

Bylo zjištěno, že pro mnoho seniorů je sdělování svých životních příběhů druhému člověku důležité. Paměť seniorů je velmi dobře stimulována fotografiemi, které mají schopnost vyvolat obrovské množství vzpomínek a s nimi spojených emocí. Reminiscenční terapie je způsob, jak smysluplně strávit volný čas a zlepšit vztahy mezi klienty a pracovníky zařízení. Z výzkumu také vyplývá, že nejvíce seniorů se účastní skupinové formy reminiscenční terapie. Individuální terapie je realizována především s klienty, kteří jsou upoutáni na lůžko a ani na tyto klienty by se nemělo zapomínat k prevenci jejich možné sociální izolace a úbytku kognitivních funkcí. Klienti atmosféru během terapie vnímají jako přátelskou. Výsledky dotazníkového šetření poukazují na to, že většina respondentů je s reminiscenční terapií poskytovanou v jejich zařízení spokojena a doporučila by ji i dalším klientům.

Bibliografie a odkazy:

COUFALOVÁ, M. *Využití reminiscenční terapie u klientů v rezidenčních zařízeních: bakalářská práce*. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Barbora Faltová.

JANEČKOVÁ, H., VACKOVÁ, M. *Reminiscence: využití vzpomínek v práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. 152 s. ISBN 978-80-7367-581-3.

MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.

SUCHÁ, J. a kol. *Hry a činnosti pro aktivní seniory*. 1. vyd. Praha: Portál, 2013. 176 s. ISBN 978-80-262-0335-3.

ŠPATENKOVÁ, N., BOLOMSKÁ, B. *Reminiscenční terapie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2011. 112 s. ISBN 978-80-7262-711-0.

Kontakt:

Mgr. Barbora Faltová
Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice
Studentská 95, 532 10 Pardubice 2
E-mail: Barbora.faltova@upce.cz

Mgr. Zdeněk Čermák
Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice
Studentská 95, 532 10 Pardubice 2
E-mail: Zdenek.Cermak@upce.cz

Bc. Martina Coufalová
Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice
Studentská 95, 532 10 Pardubice 2

POJETÍ OSOBNOSTI SESTRY A MUŽE V OŠETŘOVATELSTVÍ

THE CONCEPT OF NURSE PERSONALITY AND MALE NURSE PERSONALITY IN NURSING

Jana Holoubková¹, Jiří Frei^{1,2}, Petra Kulhánková¹

¹ Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

² Zdravotnická záchranná služba Plzeňského kraje

Shrnutí:

Moderní společnost si uvědomuje, že neexistuje ideální osobnost sestry, ale přesto si klade určité předpoklady nejen na profesionální dovednosti, kritické myšlení popřípadě celoživotní vzdělávání, ale především na osobnost člověka, který toto povolání vykonává. V současné době se v tomto velmi složitém a problematickém povolání můžeme setkat nejen s ženami, ale i s muži, kteří se častěji objevují nejen v akutní medicíně ale i na lůžkových odděleních zdravotnických zařízení. Abychom zmapovali, jak vnímají tento trend samotní zdravotníci, byl uspořádán sběr dat kvantitativní empirickou metodou, ve formě rozhovoru se zdravotníky jak ženského tak i mužského pohlaví. Respondentům byly pokládány otevřené otázky, které byly pokládány relativně široce. Byl tak umožněn prostor pro rozsáhlejší odpovědi. Při analýze a interpretaci výsledků jsme si uvědomili, že získaná data nelze považovat za zcela reprezentativní, ale jsou uváděna jako možný pohled na danou problematiku.

Klíčová slova: muž, osobnost sestry, ošetrovatelství, povolání, předpoklady.

Summary:

Modern society is aware that there is no ideal personality of sisters, but still makes certain assumptions not only professional skills, critical thinking or lifelong learning, but especially on the personality of the person who exercises the profession. Currently, in this very complex and difficult profession we can meet not only with women, but with men who are more likely to occur only in acute medicine but also in the wards of health facilities. We mapped out how they perceive themselves paramedics this trend, we held a qualitative method of data collection in the form of an interview with health workers how female and male. Respondents were considered open questions which were considered relatively wide to allow room for a broader response. When interpreting the results, we realized that the data can not be fully considered representative, but are cited as possible view on the issue.

Keywords: man, personality nurses, nursing, occupational, requirements.

Povolání sestry bylo a je v současné době velmi náročné na požadavky, které klade na lidi, které toto povolání vykonávají. Bez ohledu na pohlaví. Plevová (2011) zmiňuje různé typy nezbytných předpokladů pro povolání sestry, jako jsou například předpoklady senzomotorické (šikovnost, zručnost, pohybová obratnost), estetické (úprava vlastního zevnějšku, zdravotnického prostředí), intelektové (schopnost řešit proměnné situace), sociální (pozitivní vztah k lidem, empatie, schopnost ovládat své verbální i neverbální projevy), autoregulační (sebezapření, přizpůsobivost) popřípadě komunikační (schopnost naslouchání, mlčení, sumarizování).

Z uskutečněných rozhovorů vyplývá, že respondentky se shodují se všemi zmíněnými předpoklady na osobnost sestry, i když pod intelektovými si představují především vzdělání a ne např. schopnost nalézt optimální řešení v určité situaci. Domníváme se, že přestože respondenti v provedeném šetření nezmínili předpoklady estetické, pod kterými si můžeme představit, například smysl pro úpravu vlastního zevnějšku, jsou si vědomi tohoto předpokladu, jen ho pravděpodobně opomenuly zmínit, neboť ho berou jako samozřejmost,

a to nejen proto, že jsou „ženami“, ale již od samotné odborné přípravy jsou seznámeny s určitými „pravidly“, které se týkají úpravy zevnějšku. Samotné Ministerstvo zdravotnictví České republiky vytvořilo některé právní předpisy (např. zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, vyhlášku Ministerstva zdravotnictví č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče apod.), které se zabývají osobními ochrannými pracovními prostředky. Ve většině zdravotnických zařízení jsou, ale také vnitřní předpisy, které upravují a upřesňují pravidla pro oblečení na stanovišti a stanoví tzv. dress code.

Podle Gračka (2012) ve společnosti převládá názor, že povolání sestry je typickým povoláním žen, ale jak uvádí Marková a Vaňková (2010) se ošetrovatelství postupně začíná otvírat mužům, kteří často převzali i mnohé vedoucí funkce. I na pracovišti respondentek byl v managementu řízení muž – vrchní všeobecný ošetrovatel. Jelikož respondentky mají s muži v ošetrovatelství zkušenosti, zajímala nás např. otázka, jak ony sami vnímají muže ve svém povolání. Respondentky k tomuto tématu přistupovaly velmi opatrně a s určitou obavou, kterou nejsou schopny vysvětlit. Připouštějí však, že muži v ošetrovatelství jsou zapotřebí, ale spíše na jiných odděleních než jsou lůžková oddělení bez ohledu, zda se jedná o standartní nebo intenzivní popřípadě resuscitační lůžka. Budoucnost muže v ošetrovatelství vidí například na vysokoprahových příjmech nebo odděleních psychiatrie. I přesto můžeme konstatovat, že v celkovém měřítku jsou respondentky pro uplatnění mužů v této profesi, ale díky svým získaným osobním zkušenostem, jsou pro jejich uplatnění na jiných pracovištích, než kde v současné době pracují. Respondenti sami ale zároveň přiznávají, že by jim osobně bylo v mnoha případech velmi nepříjemné, kdyby je ošetroval muž. Tato informace je překvapivá a je v kontrastu s některými dalšími šetřeními prováděnými u pacientů, kterým péče mužů nevádí a v mnoha případech jsou za ní raději. V souvislosti s touto problematikou jsme narazili i na určité zkreslení a to ve formě „muž rovná se zdravotnický záchranář“. Bohužel toto zkreslení může mít i vliv na samotné pojetí muže v ošetrovatelství, neboť jsme během rozhovorů zaznamenali negativní zkušenosti se zdravotnickými záchranáři. I my máme osobní zkušenosti s prací jak zdravotnických záchranářů, tak všeobecných ošetrovatelů. Přesto bychom neměli zapomínat, že každý člověk má zcela individuální vlastnosti a přístup, a to bez ohledu na pohlaví nebo pracovní funkci. Všeobecní ošetrovatelé, se kterými jsme se začali v širším měřítku setkávat více již cca před 15 lety a byli často původem slovenské nebo maďarské národnosti a i přes drobné jazykové nedostatky byl jejich přístup zcela profesionální po všech stránkách a přitom lidský. V dnešní době se můžeme s muži v této profesi setkat častěji a to samozřejmě i v českém zastoupení. Je otázka jak si společnost za tu dobu na muže v této profesi zvykla. Bohužel se zdravotnickými záchranáři nejsou v rámci lůžkových oddělení dle výsledků mnoha šetření tak dobré zkušenosti a to jak z pohledu kolegů ve zdravotnickém zařízení, tak pacientů. Jejich přístup k práci v kombinaci s nedostatečným ošetrovatelským vzděláním je často problematický a to bez ohledu na pohlaví. V tomto ohledu je pak k zamyšlení i možné uznávání profesí záchranář - sestra. Samozřejmě nelze všechny posuzovat stejně, ale jsou zde uvedeny některé dílčí výstupy provedeného šetření a tím i osobních zkušeností respondentů zdravotnického pracoviště.

Povolání sestry patří mezi nejnáročnější povolání, neboť klade velmi vysoké nároky na všechny složky lidské bytosti bez ohledu na pohlaví. Proto bychom se měli oprostít od určitých předsudků a dát šanci vývoji.

Bibliografie a odkazy:

GRAČKO, M. Muž v profesi sestra. In *Sestra*, 2012, roč. 22, č. 1, s. 21 – 22. ISSN 1210-0404.

MARKOVÁ, E., VAŇKOVÁ, M. Ošetrovatelství jako ženská práce? In: *Cesta k modernímu ošetrovatelství XII.*, Praha, 2010. ISBN 978-80-87347-03-4.

PLEVOVÁ, I., BUŽGOVÁ et al. *Ošetrovatelství I: historie – vzdělávání – současné ošetrovatelství – role sestry a nemocného – ošetrovatelský proces – konceptuální modely a teorie – klasifikační systémy – výzkum – praxe založená na důkazech.* 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 285 s. ISBN 978-80-247-3557-3.

Kontakt:

Mgr. Jana Holoubková, DiS., MBA
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence (KOS)
Fakulta zdravotnických studií
Západočeská univerzita v Plzni
nám. Odboje 18, 323 21, Plzeň
E-mail: holoubkj@kos.zcu.cz

PhDr. Mgr. Jiří Frei, Ph.D.
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence (KOS)
Fakulta zdravotnických studií
Západočeská univerzita v Plzni
nám. Odboje 18, 323 21, Plzeň
E-mail: frei@fzs.zcu.cz

Bc. Petra Kulhánková
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence (KOS)
Fakulta zdravotnických studií
Západočeská univerzita v Plzni
nám. Odboje 18, 323 21, Plzeň
E-mail: pekulhankova@seznam.cz

DETERMINANTY SPECIFICKÉ HAPTICKÉ KOMUNIKACE

DETERMINANTS OF SPECIFIC HAPTIC COMMUNICATION

Michaela Harabišová¹, Tatiana Rapčíková²

¹ Zdravotnická záchranná služba Moravskoslezského kraje, ² Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave, Fakulta zdravotníctva so sídlom v Banskej Bystrici

Shrnutí:

aptická komunikace je velmi složitou disciplínou, která je ve svých formách ovlivněna velkým množstvím faktorů. V rovině ošetrovatelské praxe je její aspektuální podstatou aplikace diagnostického a terapeutického doteku s maximální možnou mírou empatie ze strany zdravotníků, spolu s vytvořením atmosféry důvěry, respektu, úcty a uchování lidské důstojnosti, zejména u pacientů v terminálních stádiích onkologických onemocnění. Autorky se snaží nastínit efektivitu pozitivní ošetrovatelské haptické interakce, která jde v součinnosti s pochopením jejího významu jako vzoru altruistického chování a měla by jít v kontextu s rozvojem základních postojů každého zdravotnického pracovníka, včetně osobní profesionální výbavy. Intenzivnější akceptace haptonomie v rámci ošetrovatelské praxe by mohla vést ke zvýšení společenské prestiže ošetrovatelství jako profese.

Klíčová slova: haptická komunikace, dotek, zdravotník, onkologické onemocnění.

Summary:

Haptic communication is very complex discipline that is in their forms influenced by numerous factors. At the level of nursing practice is the essence of aspectual application diagnostic and therapeutic touch with the maximum possible level of empathy on the part of health professionals, along with the creation of an atmosphere of trust, respect, reverence and preservation of human dignity, especially for patients in terminal stages of oncological diseases. The author tries to outline the effectiveness of positive nursing haptic interaction that goes in conjunction with an understanding of its importance as a model of altruistic behavior and should go in the context of the development of basic attitudes of every healthcare worker, including a personal professional outfit. Haptonomie intense acceptance within nursing practice could lead to increased social prestige of nursing as a profession.

Keywords: haptic communication, touch, health care worker, oncologic diseases.

Úvod

Ušlechtilá komunikace s jasným záměrem, tvůrčí vizí a soustředěnou pozorností na straně jedné a citem lásky na straně druhé má na člověka výrazně pozitivní účinek. Jeden z nejobsažnějších latinských slovníků „Thesaurus lingue latinae“ pojímá a definuje slovo komunikace, pocházející z latinského *communicare*, jako *participare*, tedy zúčastňovat se, mít podíl na něčem, co není jen mé nebo tvé. Hluboký význam komunikace dokládá doslovným „*communicare est multum dare*“, tedy komunikovat znamená hodně dávat (Kristová, 2009, s. 11).

Vlastní text

Multidimenzionální komunikace, jako komplexní univerzální jev a podmínka existence každého sociálního systému, je primárním regulátorem úrovně mezilidských vztahů, jejíž efektivita jde v součinnosti s jasně stanovenými cíli a v konečném důsledku, na úrovni denotativní (obsahové) i konotativní (vztahové), vede k dorozumívání i vzájemnému porozumění. V rovině základního dělení je definována jako komunikace verbální a neverbální, přičemž neverbální složka, která je oproti složce verbální z historického úhlu pohledu považována za vývojově starší, ve svých jednotlivých dimenzích výrazně souvisí

s fylogenezou člověka a je jedním z jeho nejdůležitějších projevů. Nejjednodušeji bývá definována jako řeč těla, která za nás mnohem výrazněji hovoří (Kristová, 2009, s. 12; Pokorná, 2010, s. 35).

Signifikantní signalizační složkou neverbální komunikace je haptika (z řeckého slova „haptain“ – dotýkat), která je uskutečňována prostřednictvím doteků. Ve svých jednotlivých polohách patří k základním a pravděpodobně nejprimitivnějším formám interpersonální komunikace, jejíž jednotlivé dotekové dimenze mají jasný, srozumitelný a dominantní význam. Jsou základním inventářem všech savců, nedílnou součástí každodenního života, zdrojem jistoty, bezpečí a zvláště v době nemoci ujištěním, že nejsme sami (Gulášová, 2012, s. 92; Pokorná, 2010, s. 24).

Význam doteku, jako alternativní metody v terapeutické a ošetrovatelské péči, dlouho nebyl tematizován. Jeho hloubku odkryl již v roce 1945 holandský vědec a lékař Frans Veldman (1921-2010), jenž je považován za zakladatele tzv. haptonomie, tedy komunikace dotekem, kterou označil za „vědu afektivity“ (emocionální reaktivity člověka). Jeho stimulem byla osobní účast při dramatických událostech druhé světové války, především pak autentická zkušenost a fascinace uklidňujícím efektem doteku u umírajících vojáků. Veldmanova haptonomie si klade za cíl prostřednictvím doteku zvýšit kvalitu osobní interakce a navození pocitu citového bezpečí, což vede ke zlepšení zdravotního stavu člověka ve všech jeho dimenzích (Centre, 2016).

Smysluplnost doteku dokládají dosavadní vědecká zkoumání, na jejichž podporu byly v rozvinutých zemích založeny výzkumné organizace komplementární a alternativní medicíny, např. National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) – Národní centrum doplňkové a alternativní medicíny, a to pod záštitou National Institutes of Health (NIH) - Národního institutu zdraví. Tato považuje terapeutický dotek za nedílnou součást tzv. energetické terapie, jež je v současnosti využívána u onkologicky nemocných pacientů pro velké množství různých symptomů (Coakley, 2012, s. 55).

Z mnoha zkoumání uvádíme například výsledky zajímavé kvazi – experimentální studie, kterou prováděla v roce 2012 Fakulta zdravotnictví na Cumhuriyetské univerzitě v Turecku, dokládající pozitivitu aplikace doteku jako velmi efektivní součásti komplexního ošetrovatelského procesu u onkologicky nemocných pacientů. Uvedená studie, jež byla provedena konkrétně s cílem zjištění a stanovení účinnosti masáže zad, a tedy účinku terapeutického doteku jako ošetrovatelské intervence u onkologicky nemocných pacientů s akutní únavou a úzkostí rozvíjející se v průběhu podávání chemoterapie, odhalila významné snížení úrovně únavy a úzkosti po aplikaci cílené masáže, jež byla prováděna pacientům v průběhu chemoterapie, resp. po ní (Karagozoglu, 2013, s. 217).

Nezastupitelné místo mají pozitivní haptické projevy u onkologicky nemocných pacientů v terminálních stádiích, kde vyvstává výraznost specifikace komunikace, která klade na zdravotníky zvláštní nároky (Exnerová, 2006, s. 83; Kristová, 2009, s. 141). Ušlechtilý záměr laskavého provázejícího doteku, soustředěná pozornost zdravotníka na straně jedné a cit lásky k člověku na straně druhé, jsou jednoznačnými atributy adekvátního naplnění terapeutického a ošetrovatelského procesu v rovině paliativní péče. Ne jen z hlediska altruistického vnímání, by se tak umění haptiky, v kontextu s pochopením její funkční neizolovanosti, ale její součinnosti s principy komunikační komplementárnosti, respektu a permanentnosti, mělo stát nedílnou součástí profesionální výbavy všech zdravotnických pracovníků (Kristová, 2009, s. 17).

Výmluvná je zkušenost Petry Klimkové, dobrovolnice z Hospicu na Svatém Kopečku v Olomouci: „Většina lidí má pocit, že musí mluvit, že je to prázdné, když nikdo nic neříká. Přitom nejdůležitější je sednout si, chytit pacienta za ruku a jenom prostě být.“(Klimková,

2009). Přítomnost zdravotníka vytváří z procesu zrodu i skonu člověka sociální akt, který s laskavým přístupem vytváří reálný předpoklad pro důstojný rámec umírání (Gulášová, 2009, s. 74). Život a smrt jsou jedinečnou zkušeností každého člověka a pro zdravotníka se mohou stát konfrontací s vlastní smrtí. Doprovázení umírajícího člověka ubírá hodně síly, ale zároveň přidává moudrost a zralost, prostřednictvím empatické percepce průvodních jevů závěrečné fáze života člověka (Heretik, 2007, s. 562; Šafránková, 2006, s. 2003).

Pokud má být péče o pacienty v terminálním stádiu onemocnění správná a etická, musí být úplná. Komplexní přístup, který zohledňuje priority těžce nemocných a umírajících pacientů, provázení v nejtěžším úseku života, musí být individuálně přizpůsobeno požadavkům komunikujících subjektů (Pokorná, 2010, s. 79). Projev maximální možné míry empatie ze strany zdravotníků, v součinnosti s vytvořením atmosféry důvěry, respektu a úcty nemá žádný jednoznačný manuál, vyžaduje především dobrou vůli a lásku. Tyto důležité determinanty umožňují, aby se součástí interakce s umírajícím člověkem stala snaha o využití nedílné haptické složky neverbální komunikace, která provází člověka od narození po celý následný život. V posledních chvílích umírajícího člověka se konkrétně ruce sester stávají médiem, umožňujícím důležitý kontakt s okolním světem. V rámci respektu teritoriálních okruhů je proto důležité citlivě, někdy zblízka a někdy více zpozudálí, vycítit individuální dotekové potřeby člověka (delší podržení ruky, pohlázení), které mohou být jak žádoucí, tak i mohou působit rušivě. Zvládnutí umění laskavého porozumění přání blízkosti, pochopení jedinečnosti, důstojnosti, hodnoty a posvátnosti lidského života, jsou jednoznačnými atributy filozofie sesterské péče, která plně potvrzuje smysl našeho života a v konečném důsledku i jeho konečnost (Beňadiková, 2009, s. 28). Je to právě vysoce profesionální přístup, osobní zralost a autoregulační mechanismy ne jen provázejících sester, ale všech zdravotnických pracovníků, které umožňují naplnění slov latinského výroku: „Finis coronat opus“ ... konec korunuje dílo (Křivohlavý, 2002, s. 159; Venglářová, 2006, s. 107).

Závěr

Ačkoliv si hluboký význam doteku v běžných dimenzích často neuvědomujeme, je obrovskou součástí našeho každodenního života. Starý jako lidstvo samo se vyznačuje přirozenou léčivou schopností, která je stejně, jako například úsměv, dostupná nám všem. Je darem, jehož hluboký význam je nesporný. Pokud v sobě potlačíme a utlumíme tuto přirozenost, pak zahubíme prosté lidství a s ním nezadatelný nárok na obyčejné lidské štěstí, včetně fyzického, duševního a duchovního zdraví a růstu. Uvědomění si podstaty doteku a individuality nemocného člověka, spolu s citlivým respektováním osobních teritoriálních okruhů, by se pro nás, zdravotníky, mělo stát prioritou. Chceme-li našim nemocným poskytnout maximum z toho, co dnešní moderní medicína a ošetrovatelství ve světě umí a zná, pak by se rozšiřování povědomí konceptu haptonomie mohlo stát primárním krokem k její následné cílené aplikaci v léčebné a ošetrovatelské praxi.

Bibliografie a odkazy:

BEŇADIKOVÁ, D., RAPČÍKOVÁ, T. Sestra jako poskytovatelka ošetrovatelské péče a její postavení ve zdravotnickém týmu. In *Sestra*, 2009, roč. 19, č. 12, s. 28. ISSN 1210-0404.

Centre international de recherche et de développement de l'haptonomie. *Bienvenue sur le site du CIRDH Frans Veldman*. [online]. Dostupné z: <http://www.haptonomie.org/fr/>. [cit. 2016-10-29].

COAKLEY, A., B., BARRON, A., M. Energy Therapies in Oncology Nursing. In *Seminars in Oncology Nursing*, 2012, roč. 28, č. 1, s. 55 – 63. ISSN 07492081.

EXNEROVÁ, S. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2006. 146 s. ISBN 80-7372-096-5.

- GULÁŠOVÁ, I. *Tělesné, psychické, sociální a duchovní aspekty onkologických onemocnění*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2009. 99 s. ISBN 978-80-8063-305-9.
- GULÁŠOVÁ, I. a kol. Prostředky neverbální komunikace. In *Sestra*, 2012, roč. 22, č. 5, s. 26–27. ISSN 1210-0404.
- HERETIK, A. a kol. *Klinická psychologia*. 1. vyd. Nové Zámky: Psychoprof, 2007. 815 s. ISBN 978-80-89322-00-8.
- KARAGOZOGLU, S., KAHVE, E. Effects of back massage on chemotherapy-related fatigue and anxiety: Supportive care and therapeutic touch in cancer nursing. In *Applied Nursing Research*, 2013, roč. 26, č. 1, s. 210 – 217. ISSN 08971897.
- KLIMKOVÁ, P. *Pomáhám v hospici. Mnohdy stačí jen pohlázení*. [online].
Dostupné z: <http://www.umirani.cz/detail-clanek/pomaham-v-hospici-mnohdy-staci-jen-pohlazeni.html>. [cit. 2014-01-28].
- KRISTOVÁ, J. *Komunikácia v ošetrovatelstve*. 3. vyd. Martin: Osveta, 2009. 182 s. ISBN 80-8063-160-3.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
- POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 3. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. 104 s. ISBN 978-80-7013-524-2.
- ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 212 s. ISBN 978-80-247-1777-7.
- VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

Kontakt:

Mgr. Harabišová Michaela
Zdravotnická záchranná služba Moravskoslezského kraje
Výškovická 40, Ostrava Zábřeh, 700 44
E-mail: harabisova.m@seznam.cz

doc. PhDr. Tatiana Rapčíková, PhD.
Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave,
Fakulta zdravotníctva so sídlom v Banskej Bystrici
Sládkovičova 21, Banská Bystrica, 974 05
E-mail: tatiana.rapcikova@szu.sk

DIGITALIZACE VÝUKY NA ÚSTAVU OŠETŘOVATELSTVÍ – RETROSPEKTIVNÍ POHLED

DIGITIZATION OF LEARNING AT THE INSTITUTE OF NURSING – A RETROSPECTIVE

Zuzana Hlubková¹, Jana Haluzíková¹, Hana Heiderová¹, Petr Korviny², Jan Škorvánek²

¹ Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik v Opavě, Ústav ošetřovatelství

² Slezská univerzita v Opavě, Centrum informačních technologií, Oddělení e-learningu

Shrnutí:

V rámci zkvalitnění výuky na Ústavu ošetřovatelství Fakulty veřejných politik v Opavě Slezské univerzity v Opavě byly stávající studijní a učební materiály obohaceny o digitální záznamy vybraných výukových témat. Digitalizace výuky na Ústavu ošetřovatelství probíhala při řešení tříletého OP VK projektu CZ.1.07/2.2.00/29.0005 (2012-2015) s názvem „Zkvalitnění výuky a poskytovaných služeb podporující rovný přístup ke vzdělávání na SU v Opavě.“ Během realizace projektu obohatilo e-learningové prostředí výukových materiálů Ústavu ošetřovatelství celkem 75 filmů pro podporu výuky v různých vybraných předmětech studia oboru Všeobecná sestra.

Klíčová slova: výuka, ošetřovatelství, všeobecná sestra, videa, natáčení.

Summary:

As part of quality improvement at the Institute of Nursing, Faculty of Public Policies in Opava, current textbooks and learning materials were enriched with digital recordings of selected curricular topics. Digitalization at the Institute of Nursing was taking place within the Framework of a three-year OP VK project CZ.1.07/2.2.00/29.0005 (2012-2015) named Quality enhancement in teaching and service provision supporting equal access to education at the Silesian University in Opava“. During project activities, 75 movies have been produced to enrich the e-learning environment at the Institute of Nursing, supporting learning in respective subjects of the nursing study branch.

Keywords: instruction, nursing, nurse, video recording, making a film.

Realizace digitalizace výuky v rámci projektu

Projekt OP VK CZ.1.07/2.2.00/29.0005 byl zaměřen na systémové a koncepční zlepšení podmínek vysokoškolského vzdělávacího procesu a poskytovaných služeb, které jsou určeny zejména studentům se specifickými vzdělávacími potřebami, a to napříč studijními obory realizovanými na všech součástech Slezské univerzity v Opavě, kde patří Obchodně podnikatelská fakulta v Karviné, Matematický ústav v Opavě, Filozoficko-přírodovědecká fakulta v Opavě a Fakulta veřejných politik v Opavě. *Hlavními cíli projektu obecně bylo vytvořit nové moderní didaktické pomůcky, usnadnit přístup k digitalizovaným studijním materiálům, podpořit další systémový rozvoj a zintenzivnit práci poradenského centra Slezské univerzity, zlepšit bezbariérovost přístupů do vybraných budov Slezské univerzity. Všechny tyto činnosti byly prioritně zaměřeny na studenty se specifickými vzdělávacími potřebami.* Digitalizace výuky na Ústavu ošetřovatelství byla realizována v rámci klíčové aktivity 03 - *Inovace předmětů modernizací didaktických pomůcek respektující potřeby studentů se specifickými vzdělávacími potřebami. V rámci zvýšení dostupnosti studijních materiálů byly v rámci této aktivity pořízeny videonahrávky přednášek (seminářů), které byly následně opatřeny titulky.* Po implementaci videí do studijních materiálů ve výuce oboru Všeobecná sestra našly uplatnění nejen u studentů se specifickými vzdělávacími potřebami, ale u mnoha studentů, kteří je využívají zejména v nekontaktní výuce.

Hlavním řešitelem projektu byl Ing. Petr Korvín, Ph.D., garantem mezioborových studií 2 byla PhDr. Jana Haluzíková, Ph.D. Jako hlavní kameraman a střihač figuroval v rámci natáčení filmů na Ústavu ošetrovatelství Bc. Jan Škorvánek. Za Ústav ošetrovatelství se na přípravě i samotném natáčení filmů a odborných konzultacích podílely PhDr. Jana Haluzíková, Ph.D., PhDr. Hana Heiderová, Mgr. Zuzana Hlubková a Mgr. Michaela Skořupová. Během realizace natáčení filmů pro Ústav ošetrovatelství na spolupráci participovaly odbornice z praxe, zejména MUDr. Renáta Slaná v oblasti dětské neurologie při digitalizaci psychomotorického vývoje u dítěte do 1 roku věku, PhDr. Eva Mrázková, při natáčení filmů z oblasti hemodialýzy, Bc. Martina Mikurdová, při digitalizaci sterilizačního procesu a natáčení dalších filmů z prostředí dezinfekce a sterilizace v nemocničním prostředí, Mgr. Radka Kasterková, která participovala na filmech z oblasti chirurgických ošetrovatelských postupů. Natáčení filmů probíhalo za účasti dalších odborníků z praxe, zaměstnanců participujících zařízení, fiktivních pacientů, dětí, ale také skutečných pacientů, kteří vyjádřili souhlas s natáčením.

Natáčení filmů se realizovalo ve výukových prostorech a odborných učebnách Ústavu ošetrovatelství, dále v Městské nemocnici Ostrava, p.o., Slezské nemocnici v Opavě, p.o. a Dětském centru Čtyřlístek, p.o. Celkem vzniklo v rámci natáčení za Ústav ošetrovatelství 75 filmů pro podporu výuky v předmětech Ošetrovatelská péče o dítě, Ošetrovatelská péče o nemocné v interních oborech, Ošetrovatelské postupy, Ošetrovatelské postupy v akutní a intenzivní péči a Ošetrovatelství v hemodialýze. Natočeny byly filmy například v tematických oblastech psychomotorického vývoje u dětí, chirurgických ošetrovatelských postupů, péče o nemocniční lůžko, zajištění hygienické péče, dezinfekce a sterilizace, monitoringu vitálních funkcí, podávání léků, injekcí, infúzí, transfúze, odběrů biologického materiálu, vyprazdňování nemocných, katetrizace močového měchýře, zajištění centrální žíly, zajištění dýchacích cest, péče o dýchací cesty u pacienta, ošetrovatelská péče v kardiologii, hemodialýza.

Pořízení filmů doplňujících teoretickou výuku nesporně přispělo ke zvýšení kvality výuky nejen u studentů se specifickými vzdělávacími potřebami. Natočená edukační videa mimo jiné vhodně doplňují teoreticko-praktickou výuku v prezenční a kombinované formě studia, dále výuku frekventantů kurzu Celoživotního vzdělávání. Dostupnost a široké využití filmů zvýší atraktivitu studia v oboru Všeobecná sestra, o který studenti mají stále zájem, a v současné době je po absolventech v oboru Všeobecná sestra vysoká poptávka na trhu práce.

Bibliografie a odkazy:

Zkvalitnění výuky a poskytovaných služeb podporující rovný přístup ke vzdělávání na SU v Opavě [online]. Opava: Slezská univerzita v Opavě, ©2017. Poslední změna 13. 08. 2014 15:27 [cit. 23. 11. 2016]. Dostupné z: <http://projekty.slu.cz/svp>.

Kontakt:

Mgr. Zuzana Hlubková
Ústav ošetrovatelství
Fakulta veřejných politik v Opavě
Slezská univerzita v Opavě
Bezručovo náměstí 14, Opava
E-mail: zuzana.hlubkova@fvp.slu.cz

ZDRAVOTNÍCKE SLUŽBY A SPOKOJNOSŤ PACIENTOV NA VYBRANOM NEMOCNIČNOM ODDELENÍ

HEALTH SERVICES AND PATIENT SATISFACTION IN A SELECTED HOSPITAL WARD

Viera Jakušová¹, Zuzana Bielená²

¹ Univerzita Komenského Bratislava, Jesseniova lekárska fakulta v Martine

² Fakultná nemocnica s poliklinikou, Žilina

Súhrn:

Pri poskytovaní zdravotníckych služieb hodnotíme kvalitu z hľadiska poskytovateľov i príjemcov služieb. V práci prezentujeme výsledky prieskumu, ktorého cieľom bolo zistiť spokojnosť pacientov so zdravotníckymi službami poskytovanými na Očnom oddelení vo Fakultnej nemocnici s poliklinikou v Žiline. Celkový súbor predstavoval 105 respondentov, z toho 60 (57%) bolo prijatých na jednodňovú zdravotnú starostlivosť a 45 (43%) bolo hospitalizovaných. Prieskum sa realizoval v I. štvrtroku 2011 metódou neštandardizovaného dotazníka. Na zisťovanie úrovne spokojnosti pacientov sme použili 5-stupňovú Likertovu škálu od 1 (veľmi spokojný) až 5 (veľmi nespokojný). Štatistickú významnosť rozdielov sme zisťovali Mann-Whitney testom. U 105 pacientov sme zistili celkovú priemernú spokojnosť (1,47). Najviac spokojní boli pacienti so správaním sestier (1,12) a so zabezpečením odpočinku na izbe (1,18). Najmenej spokojní boli pacienti s hygienou sociálnych zariadení (2,46). Pacienti čakajúci na príjem dlhšie ako 30 min. boli nespokojnejší ($p < 0,001$) ako pacienti, ktorí čakali kratšie ako 30 min. Pacienti stredoškolsky vzdelaní vyjadrili vyššiu spokojnosť ($p < 0,001$) ako vysokoškolsky vzdelaní pacienti. Naše nálezy ukázali, že pacienti vyjadrili celkovo spokojnosť so zdravotníckymi službami poskytovanými na Očnom oddelení fakultnej nemocnice v Žiline.

KLúčové slová: kvalita, spokojnosť pacientov, zdravotnícke služby, očné oddelenie.

Summary:

When providing health services we evaluate the quality in terms of both providers and recipients. The paper presents the results of a survey of patient satisfaction, with health services provided by the Department of Ophthalmology at the Faculty hospital with polyclinic in Žilina. The total sample consisted of 105 respondents, of which 60 (57%) were admitted for treatment at one-day medical care and 45 (43%) were inpatient. The survey was realized in the first quarter of the year 2011 by non-standardized questionnaire method. In order to find out the level of the patient's satisfaction we used 5th-speed Likert Scale graded from 1 (very satisfied) to 5 (very unsatisfied). Mann-Whitney U test was used to find out the statistical significance of the differences. In the group of 105 patients we found the total average satisfaction (1.47). The highest patient satisfaction was with the behaviour of the staff nurses (1.12) and some possibility for relaxation (1.18). The patients expressed the lowest satisfaction with a hygiene in the bathrooms and toilets at the department (2.46). The patients waiting for admission above 30 min were more unsatisfied ($p < 0.001$) than the patients waiting less than 30 min. Patients with secondary school education have expressed a kind of higher contentment ($p < 0.001$) than patients with the university education.

Keywords: quality, patients' contentment, healthy services, ophthalmology department.

Úvod

V súčasnosti sa kvalita stala neodmysliteľnou súčasťou predajnosti každého produktu. Platí to aj pre odvetvie zdravotníctva. Kvalita sa týka celej sústavy slovenského zdravotníctva vrátane zdravotníckych pracovníkov i konkrétnych pacientov. Zdravotnícke služby sa vzťahujú na

širokú ponuku služieb ovplyvňujúcich zdravie vrátane služieb zameraných na ochranu, podporu a rozvoj verejného zdravia. V zdravotníckych službách sa v porovnaní s hmotným produktom zložitejšie stanovujú merateľné kritéria a mimoriadne významná je práca zdravotníckych pracovníkov. Pacienti hodnotia kvalitu služieb podľa skutočne poskytnutých služieb vo vzťahu k ich očakávaniam (Jakušová, 2006, 2010). Zisťovanie spokojnosti pacientov je jednou zo základných požiadaviek systému manažerstva kvality. Kvalita sa stala významným prostriedkom na dosiahnutie najvyššieho stupňa dokonalosti s efektívnym využívaním zdrojov, s minimálnym rizikom pre pacienta a s vysokým stupňom jeho spokojnosti, čo má výsledný vplyv na jeho zdravie.

Cieľ

Príspevok sa venuje problematike zdravotníckych služieb z hľadiska manažmentu kvality. Jeho cieľom je analyzovať spokojnosť pacientov so zdravotníckymi službami poskytovanými na lôžkovej časti Očného oddelenia vo Fakultnej nemocnici s poliklinikou v Žiline.

Materiál a metodika

Na lôžkovej časti Očného oddelenia nemocnice v Žiline sme v priebehu I. štvrťroka 2011 realizovali prieskum spokojnosti pacientov s poskytovanými zdravotníckymi službami. Monitorovali sme spokojnosť pacientov so zdravotníckymi službami (napr. s dĺžkou ich čakania na príjem, na pridelenie lôžka, s hygienou a dostupnosťou sociálnych zariadení a iné). Prieskum sa uskutočnil po písomnom súhlase Etickej komisie nemocnice. Pri výbere vzorky sme použili náhodný výber. Celkový súbor bol 105 pacientov, z toho 60 (57 %) bolo prijatých na ošetrovanie v rámci jednodňovej zdravotnej starostlivosti a 45 (43 %) boli hospitalizovaní pacienti. Celkový priemerný vek pacientov dosiahol 63 rokov. Priemerný vek pacientov jednodňovej zdravotnej starostlivosti bol 67 rokov a u hospitalizovaných pacientov sme zaznamenali 59 rokov. Podľa pohlavia z celkového súboru 105 pacientov bolo 57 (54 %) žien a 48 (46 %) mužov. Z počtu 60 pacientov ošetrovaných v rámci jednodňovej zdravotnej starostlivosti bolo 32 (53 %) žien a 28 (47 %) mužov. Z počtu 45 hospitalizovaných pacientov bolo 25 (56 %) žien a 20 (44 %) mužov. Z hľadiska vzdelania pacientov z celkového súboru 105 uviedlo základné vzdelanie 10 (9,5 %) pacientov, stredoškolské vzdelanie 69 (65,7 %) a vysokoškolské vzdelanie malo 26 (24,8 %) pacientov. Zastúpenie pacientov podľa vzdelania a spôsobu prijatia ukazuje Tab. 1.

Tab. 1 Celkový počet respondentov v zastúpení podľa vzdelania a spôsobu prijatia

Očné oddelenie	Pacienti prijatí na jednodňovú zdravotnú starostlivosť		Hospitalizovaní pacienti		Celkom	
	N	%	N	%	N	%
základné	8	7,6	2	1,9	10	9,5
stredoškolské	34	32,4	35	33,3	69	65,7
vysokoškolské	18	17,1	8	7,7	26	24,8
celkom	60	57,1	45	42,9	105	100,0

Zisťovanie spokojnosti pacientov sme uskutočnili metódou neštandardizovaného dotazníka, ktorý bol dobrovoľný a anonymný. O náležitom spôsobe vyplňovania boli pacienti vopred oboznámení vedúcou sestrou Očného oddelenia. Dotazník obsahoval celkom 14 otázok zameraných na spokojnosť pacientov so zdravotníckymi službami (napr. poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti, doba čakania na pridelenie lôžka, vybavenie nemocničnej miestnosti, prostredie oddelenia z hľadiska tepla, čistoty a svetla, hygiena sociálnych

zariadení oddelenia a iné). V otvorenej otázke č. 14 mali pacienti možnosť písomne vyjadriť svoje názory, resp. pripomienky.

Celková priemerná návratnosť dotazníkov dosiahla 87,5 %. U pacientov jednotňovej zdravotnej starostlivosti sme zaznamenali 100% a u hospitalizovaných pacientov 75%-tnú návratnosť dotazníkov. Na zistenie spokojnosti pacientov sme použili 5 - stupňovú Likertovu škálu. Význam číslovania pre úroveň spokojnosti bol stanovený od 1 (veľmi spokojný) až 5 (veľmi nespokojný). Čím nižšiu hodnotu pacienti prideli, tým vyjadrili vyššiu spokojnosť so službami. Na spracovanie údajov sme použili programy MS Office Excel a Graph Pad. Na vyhodnotenie údajov sme použili aritmetický priemer a výsledky prezentujeme v Tab. 2-5. Štatistickú významnosť rozdielov medzi súbormi pacientov sme zisťovali štatistickým Mann-Whitney testom, pričom za štatisticky významnú bola považovaná hodnota $p < 0,05$.

Výsledky

Zistili sme, že v celkovom súbore 105 boli pacienti čakajúci na príjem a pridelenie lôžka dlhšie ako 30 min. nespokojnejší ($p < 0,001$) ako pacienti prijatí do 30 min. (Tab. 2).

Tab. 2 Dĺžka čakania na príjem a na pridelenie lôžka - spokojnosť pacientov

Dĺžka čakania	0-30 min.	viac ako 30 min.	Štatistická významnosť rozdielov
priemer	1,35	1,56	$p < 0,001$

V celkovom súbore 105 pacientov sme zistili vyššiu spokojnosť pacientov ($p < 0,001$) s vybavením nemocničnej miestnosti (1,86) ako s hygienou sociálnych zariadení (2,46) na oddelení (Tab.3).

Tab. 3 Spokojnosť pacientov s vybavením miestnosti a s hygienou sociálnych zariadení

Spokojnosť pacientov	Vybavenie nemocničnej miestnosti	Hygiena sociálnych zariadení	Štatistická významnosť rozdielov
priemer	1,86	2,46	$p < 0,001$

Počas pobytu na Očnom oddelení mali pacienti jednotňovej zdravotnej starostlivosti možnosť občerstvenia a hospitalizovaní pacienti mali poskytovanú nemocničnú stravu. Ako vyplýva z Tab. 4 pacienti jednotňovej zdravotnej starostlivosti vyjadrili vyššiu spokojnosť ($p < 0,001$) s poskytnutím občerstvenia (1,15) ako hospitalizovaní pacienti so stravou, ktorej súčasťou boli aj teplé nápoje (2,04).

Tab. 4 Občerstvenie pre pacientov jednotňovej zdravotnej starostlivosti a nemocničná strava poskytovaná hospitalizovaným pacientom

Spokojnosť pacientov	Občerstvenie	Strava	Štatistická významnosť rozdielov
Priemer	1,15	2,04	$p < 0,001$

V celkovom súbore 105 pacientov vyjadrili pacienti najvyššiu spokojnosť so správaním a prístupom sestier (1,12) a so zabezpečením odpočinku na nemocničnej izbe (1,18). Najnižšiu spokojnosť pacienti vyjadrili s hygienou sociálnych zariadení na oddelení (2,46). U 60 pacientov jednotňovej zdravotnej starostlivosti dosiahla celková priemerná spokojnosť 1,52 a u 45 hospitalizovaných pacientov predstavovala celková priemerná spokojnosť 1,40. Pacienti jednotňovej zdravotnej starostlivosti boli rovnako spokojní ($p > 0,05$) ako

hospitalizovaní pacienti. Oblasti spokojnosti pacientov a celkovú priemernú spokojnosť pacientov lôžkovej časti očné oddelenia uvádzame v Tab. 5.

Tab. 5 Celková priemerná spokojnosť pacientov lôžkovej časti očné oddelenia

Oblasti spokojnosti pacientov	Pacienti jednodňovej zdravotnej starostlivosti	Hospitalizovaní pacienti	Priemer
Správanie a prístup sestier	1,18	1,04	1,12
Kľud a odpočinku na izbe	1,22	1,13	1,18
Vysvetlenie o postupe pri ošetrovateľských výkonoch	1,23	1,20	1,22
Ošetrovateľská starostlivosť	1,25	1,20	1,23
Čistota a teplo na oddelení	1,27	1,33	1,30
Zabezpečenie intimity pri jednotlivých výkonoch	1,42	1,13	1,30
Rozpis návštevných hodín	1,48	1,09	1,31
Denný režim pacientov – informovanosť pacientov	1,67	1,38	1,54
Dostupnosť sociálnych zariadení na oddelení	1,55	1,76	1,64
Vybavenie miestnosti	1,73	2,02	1,86
Hygiena sociálnych zariadení	2,72	2,11	2,46
Celkový priemer	1,52	1,40	1,47

Z hľadiska pohlavia pacientov sa zistilo, že muži boli rovnako spokojní ($p > 0,05$) ako ženy. Podľa veku boli 18-50 roční pacienti rovnako spokojní ($p > 0,05$) ako pacienti starší ako 50 rokov. Z hľadiska vzdelania stredoškolsky vzdelaní pacienti vyjadrili vyššiu spokojnosť ($p < 0,001$) ako pacienti s vysokoškolským vzdelaním. V otvorenej otázke sa pacienti veľmi pozitívne vyjadrovali k správaniu a prístupu sestier k pacientom. Pacienti jednodňovej zdravotnej starostlivosti veľmi pozitívne hodnotili možnosť poskytovania občerstvenia. Hospitalizovaní pacienti mali pripomienky k vybaveniu izby (nevhodné matrace, nedostatok nemocničných lúčok a pod.). Pacienti sa negatívne vyjadrovali k hygiene sociálnych zariadení.

Diskusia

Súčasnú konkurenčné prostredie vyžaduje neustále skvalitňovať zdravotnícke služby a tým reagovať na zvyšujúce sa požiadavky pacientov ako svojich zákazníkov. Pre poskytovateľov zdravotníckych služieb sa jedná aj o príležitosť odlíšiť sa a dosiahnuť konkurencieschopnosť na trhu služieb. U poskytovateľa ústavnej zdravotnej starostlivosti sa monitoruje spokojnosť pacienta ako indikátora kvality na hodnotenie poskytovania zdravotnej starostlivosti (Nariadenie vlády č. 61/2013 Z. z.). Normy ISO súboru 9000 sú aplikovateľné aj v zdravotníckych zariadeniach poskytujúcich služby. Podľa normy ISO 9000 je spokojnosť zákazníka „zákazníkom vnímaná úroveň, do akej sa splnili jeho požiadavky“ (SÚTN, 2006, s. 37-50). Kvalitu služieb vníma pacient rôzne a je to ovplyvnené napr. jeho vzdelaním, očakávaniami i predchádzajúcimi skúsenosťami. Kvalita je závislá aj od kvalifikovaného zdravotníckeho personálu, efektívneho manažmentu i od finančných prostriedkov.

Výsledky nášho prieskumu ukázali, že pacienti celkovo vyjadrili spokojnosť so zdravotníckymi službami poskytovanými na nemocničnom oddelení. Najspokojnejší boli pacienti so správaním a s prístupom sestier a so zabezpečením kľudu a odpočinku na izbe. Najnižšiu spokojnosť vyjadrili pacienti s hygienou sociálnych zariadení (kúpeľňa a toalety).

Pacienti jednodňovej zdravotnej starostlivosti boli s občerstvením spokojnejší ako hospitalizovaní pacienti so stravou. Priemerný vek pacientov dosiahol 63 rokov, pričom vekovo staršiu skupinu tvorili pacienti jednodňovej zdravotnej starostlivosti. Dôvodom je, že títo pacienti sú operovaní na šedý zákal vyskytujúci sa prevažne vo vyššom veku. Vekovo mladší boli hospitalizovaní pacienti so zápalmi, úrazmi, vysokým očným tlakom a rôznymi získanými zmenami v štruktúrach oka vyskytujúcimi sa zvyčajne u ľudí nižších vekových kategórii. Z hľadiska pohlavia a veku sa u pacientov nepreukázala vyššia spokojnosť. Nespokojnejší boli vysokoškolsky vzdelaní pacienti a pacienti čakajúci na príjem dlhšie ako 30 min. V otvorenej otázke sa pacienti písomne negatívne vyjadrovali k vybaveniu izby (nevyhovujúce a vyležané matrace, nedostatočné osvetlenie na izbe) a k sociálnym zariadeniam (kúpeľňa a toalety sú nevyhovujúce, staré, chladné a je nevyhnutná ich rekonštrukcia). Oblasti nižšej spokojnosti pacientov daného oddelenia a ich následné riešenia súviseli s témou alokácie viaczdrojového finančného zabezpečenia nemocnice.

Výsledky nášho prieskumu sa čiastočne zhodujú s výsledkami iných dotazníkových štúdií. Jakušová, Valach, Macháč (2011) zistili v 3 vybraných nemocniciach rôzneho typu najvyššiu spokojnosť pacientov s úrovňou ošetrovateľskej starostlivosti a najnižšiu spokojnosť pacientov s kvalitou a pestrosťou nemocničnej stravy. Sieť regionálnych nemocníc Svet zdravia pravidelne zverejňuje výsledky vlastného prieskumu spokojnosti pacientov s poskytovanými zdravotníckymi službami. Ich prieskum prebiehal v roku 2013 u pacientov hospitalizovaných nad 48 hodín. Od júla - decembra 2013 zozbierali 5913 dotazníkov, čo je v priemere 739 dotazníkov na nemocnicu. Výsledky ukázali, že pacienti vyjadrili vysokú spokojnosť s celkovým prístupom a komunikáciou zo strany sestier. Naopak, nižšiu spokojnosť vyjadrili pacienti so stravou a s vybavením a čistotou sociálnych zariadení na oddeleniach. Písomne sa pacienti nemocničnej siete Svet zdravia vyjadrili, že je nutné zlepšiť pestrosť stravy s dôrazom na ovocie a zeleninu, resp. jej logistiku, aby sa jedlo k pacientovi dostalo vždy teplé. V súčasnosti Svet zdravia pracuje aj na odstraňovaní pretrvávajúcich nedostatkov v oblasti sociálnych zariadení, do ktorých sa v minulosti neinvestovalo (Lopatka, 2016). Naše zistenia dobre korelujú s výsledkami práce autorov Papoušková, Otásková, Brabcová (2009), kde pacienti vyjadrili najvyššiu spokojnosť s úrovňou ošetrovateľskej starostlivosti, so správaním a s prístupom sestier a najnižšie hodnotili kvalitu stravy.

Fakultná nemocnica s poliklinikou v Žiline má zavedený systém manažérstva kvality v oblasti poskytovania špecializovanej ambulantnej a ústavnej zdravotnej starostlivosti, jednodňovej zdravotnej starostlivosti, stacionárov, spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, lekárenskej starostlivosti. Od roku 2012 sa na hodnotenom oddelení uskutočnili viaceré zmeny. Zrekonštruovali sa sociálne zariadenia (kúpeľňa s bezbariérovým WC pre pacientov jednodňovej zdravotnej starostlivosti a pre hospitalizovaných pacientov). Pre pacientov jednodňovej zdravotnej starostlivosti sa zaviedla možnosť ubytovania do druhého kontrolného dňa s možnosťou zakúpenia si celodennej stravy. Na spríjemnenie pobytu hospitalizovaných pacientov sa nemocničné izby vybavili TV prijímačmi. Ako uvádza vedúca sestra Bielená (2011) Očné oddelenie nemocnice je držiteľom Európskeho certifikátu kvality operácie sivého zákalu. Má vysokokvalifikovaný tím zdravotníckych odborníkov, ktorí majú k dispozícii jedno z najlepších materiálo-technických vybavení. Zamestnanci oddelenia uplatňujú v praxi zásady manažérstva kvality, zameriavajú sa na pacientov a preto väčšinu operácií realizujú v rámci jednodňovej zdravotnej starostlivosti.

Záver

Zdravotnícke služby sú významnou súčasťou života každého jednotlivca a plnia dôležitú úlohu pri uspokojovaní potreby ľudského zdravia. Naše zistenia poukazujú celkovo na spokojnosť pacientov lôžkovej časti Očného oddelenia. Najvyššia spokojnosť pacientov sa

týkala správania a prístupu sestier a zabezpečenia odpočinku na izbe. Najnižšia spokojnosť pacientov bola s hygienou sociálnych zariadení oddelenia. Získaný certifikát kvality by mal byť dôkazom toho, že Očné oddelenie nemocnice bude schopné dlhodobo poskytovať kvalitné zdravotnícke služby spĺňajúce kritériá celosvetovo uznávaného štandardu ISO.

Bibliografia a odkazy:

BIELENÁ, Z. *Manažment práce vedúcej sestry na Očnom oddelení z pohľadu manažmentu kvality v ošetrovatelstve*. Bratislava: VŠZaSP, 2011. 78 s.

JAKUŠOVÁ, V. *Základy zdravotníckeho manažmentu*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2010. 142 s. ISBN 978-80-8063-347-9.

JAKUŠOVÁ, V. Pojem kvality poskytovania zdravotníckych služieb a jej vnímanie pacientom. In: *Podpora zdravia, prevencia a hygiena v teórii a praxi IV*. Martin, 2006. s. 170-176. ISBN 80-88866-39-1.

JAKUŠOVÁ, V., VALACH, M., MACHÁČ, P. Monitorovanie spokojnosti pacientov vo vybraných nemocniciach Trenčianskeho samosprávneho kraja. In: *Podpora zdravia, prevencia a hygiena v teórii a praxi VII*. Martin, 2011. s. 356-361. ISBN 978-80-88866-93-0.

LOPATKA, L. *Pacienti oceňujú zlepšený prístup, komunikáciu a starostlivosť zo strany lekárov a sestier*. [online] Dostupné z: http://svetzdravia.com/aktuality/a126_pacienti-ocenuju-zlepseny-pristup-komunikaciju-a-starostlivost-zo-strany-lekarov-a-sestier. [cit. 2016-10-29].

NARIADENIE VLÁDY SR č. 61/2013 Z. z., ktorým sa mení nariadenie vlády č. 752/2004 Z. z., ktorým sa vydávajú indikátory kvality na hodnotenie poskytovania zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov.

PAPOUŠKOVÁ, P., OTÁSKOVÁ, J., BRABCOVÁ, I. Vyhodnocení kvality ošetrovateľské péče v Českobudějovické nemocnici pomocí vybraných indikátorov. In: *Kontakt*, 2009, č.1, s. 9-21.

SÚTN. STN EN ISO 9000. Systémy manažérstva kvality. Základy a slovník. Bratislava: SÚTN, 2006. 56 s.

Kontakt:

doc. Ing. Viera Jakušová, PhD., MPH.

Jesseniova lekárska fakulta Univerzity Komenského

Ústav verejného zdravotníctva

Malá Hora 4B

036 01 Martin, Slovenská republika

E-mail: jakusova@jfmed.uniba.sk

KVALITA ŽIVOTA V SENIORSKÉM VĚKU

QUALITY OF LIFE IN THE ELDERLY

Eva Joanovič¹, Helena Kisvetrová²

^{1,2} Ústav ošetrovatelství, Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého v Olomouci

Shrnutí:

Seniorský věk je charakteristický nejen změnou hierarchie potřeb jedinců, ale také možným vznikem rizikových zátěžových situací a přítomností nepříznivých faktorů, ovlivňujících jejich bio-psycho-sociální a spirituální dimenzi. Těmto situacím je nutné v rámci geriatrického ošetrovatelství nejen předcházet, a to především lepším pochopením potřeb jedinců, ale také je aktivně vyhledávat se snahou eliminovat jejich dopady na kvalitní prožívání života této rizikové skupiny jedinců.

Klíčová slova: kvalita života, soběstačnost, sociální vztahy, psychická pohoda, senior.

Summary:

Senior age is characterized not only by changing the hierarchy of needs of individuals, but also the possible emergence of risk stressful situations and the presence of adverse factors affecting their bio-psycho-social and spiritual dimension. These situations it is necessary in the context of not only preventing geriatric nursing, namely better understanding of the needs of individuals, but also actively seek to attempt to eliminate their impact on quality of life perception of this risk groups of individuals.

Keywords: quality of life, self-sufficiency, social relationships, psychological well-being, senior.

Úvod

Život jedince postupně prochází jednotlivými vývojovými etapami charakterizovanými různými omezeními, kterým se musí přizpůsobovat a které následně ovlivňují i jeho subjektivní vnímání kvality života. Období stáří a stárnutí bývá všeobecně pojímáno negativně. V tomto věku nastávají obavy ze ztráty soběstačnosti, snížení kognitivních funkcí, omezení kontaktů s okolním prostředím, ztrátou seberealizace aj., což vede často ke strachu z ponížení, ztrátě lidské důstojnosti a respektu (Malíková, 2011, s. 13-14). Stáří je v současnosti často vnímáno jako přítěž, seniori jsou považováni pro společnost za neužitečné, s vysokou spotřebou zdravotní a sociální péče. Výzkumy, jež jsou zaměřeny na kvalitu života seniorů, proto představují vzhledem k současnému demografickému stavu populace, naprostou nutnost. Je potřeba na tuto oblast zaměřit i výzkum v geriatrickém ošetrovatelství, které se věnuje specifickým potřebám seniorů a jejich rodin. Znalost faktorů, které významně ovlivňují subjektivní vnímání kvality života seniorů v českém kulturním prostředí, umožní sestřím volit optimální ošetrovatelské intervence podporující kvalitu života ve stáří.

Obsah

Poznatků o kvalitě života výrazně přibýlo až v posledních dvaceti letech (Dvořáčková, 2012, s. 61). Kvalita života je chápána jako výsledek působení zejména sociálních, zdravotních, environmentálních, ekonomických a politických navzájem se ovlivňujících faktorů. Pohlížet na ni můžeme ze subjektivního a objektivního pohledu. Subjektivně vnímaná kvalita života představuje emocionální oblast člověka a jeho spokojenost s vlastním životem ovlivněnou vnějšími podmínkami. Objektivní pohled zahrnuje fyzické zdraví jedince, jeho místo v sociální struktuře a uspokojování jeho sociálních a materiálních potřeb (Payne, 2005,

s. 207). Zhodnocení jednotlivých oblastí kvality života a hledání případných nedostatků poskytuje zdravotníkům možnost plánovat péči takovým způsobem, aby byla poskytována s nejvyšším prospěchem pro pacienta v souladu s jeho potřebami a preferencemi (Olišarová, Dolák, Tóthová, 2013, s. 18).

Kvalita života seniorů je determinována různými zátěžovými situacemi a faktory, které se pojí s vyšším věkem. Tyto faktory se týkají změn zdravotního stavu po vyrovnání se s novými omezeními v životě, ztotožnění se s novými rolemi či možnostmi a dostupností sociální opory. Při samotném měření kvality života u seniorů je nutné zohledňovat jejich autonomii, soběstačnost, rozhodovací schopnost, absenci bolesti a utrpení, stav smyslových schopností, kognice, finanční standard, pocit užitečnosti aj. (Gurková, 2011, s. 167-168)

Mezi šest základních aspektů kvality života dle WHO (World Health Organization) patří: fyzická stránka a úroveň samostatnosti (posouzení míry únavy, bolesti, hybnosti, závislosti na lékařské pomoci aj.), psychické zdraví a duchovní oblast (sebepojetí, sebehodnocení, negativní a pozitivní prožívání, funkce myšlení, kognice, schopnost koncentrace, víra a spiritualita), sociální vztahy (osobní vztahy, intimní soužití, zdroj širší sociální podpory aj.) a životní prostředí (dostupnost zdravotní a sociální péče, finanční prostředí, podmínky domácího a vnějšího fyzikálního prostředí, klimatické podmínky) – Slezáčková, 2012, s. 23.

1) Fyzická stránka a úroveň soběstačnosti

V období stáří dochází ke změnám hierarchie potřeb seniorů. Nejdůležitější vnímanou hodnotou je jejich zdraví, na němž je závislá fyzická, emocionální a sociálně-ekonomická soběstačnost a autonomie (Brzáková, 2014, s. 38). Pokud je kvalita života seniora ovlivněna přítomností choroby, konkrétně faktory, jakými jsou zejména doba trvání, intenzita a adaptace nemocného na symptomy onemocnění, prognóza atd., rozhodující pro samotného jedince je stupeň omezení, které mu nemoc přináší (Vohralíková, Rabušic, 2004, s. 31-32). Polymorbidita a multikauzálně podmíněná křehkost seniorů různým způsobem a s různou intenzitou ovlivňuje kvalitní prožívání jejich života. Funkční omezení s následně vyplývajícím určitým stupněm závislosti na pomoci ostatních pociťují pacienti mnohdy podstatně hůře, než samotnou chorobu, která disabilitu způsobila (Šnejdrová, Kalvach, 2008, s. 157). Fyzická aktivita seniora je považována za ochranný faktor kvality života (Campos et al., 2014, s. 8). V rámci umístění seniora do domovů pro seniory, či jiného sociálního zařízení, je obyvatelům poskytnuta možnost účastnit se na volnočasových aktivitách a zajištěna podpora zdraví a pohody jedince. Dobrovolná účast seniora na těchto aktivitách podporuje jeho socializaci a zároveň zvyšuje fyzickou zdatnost (Causey-Upton, 2015, s. 175-181).

Jedním z významných faktorů ovlivňujících kvalitu života v oblasti psychických změn u seniorů, je chronická nenádorová bolest (Schneiderová, Pokorná, 2015, s. 73). Bolest je častou příčinou strádání seniora, navozuje pocity strachu, omezení, úzkosti až tísně. Vzhledem k tomu, že se senior často setkává s nepochopením svého okolí, dostává se nejen do fyzické, ale i psychické izolace. Reálného zvýšení kvality života u těchto jedinců dosáhneme eliminací bolesti, s návratem či zlepšením schopnosti vykonávat běžné denní aktivity (Dvořáčková, 2010).

2) Sociální vztahy a životní prostředí

V průběhu stárnutí dochází ke změnám společenské role a společenského statutu seniorů, ale i k proměnám samotného postoje společnosti ke stáří. Za zlomový okamžik v životě seniora bývá často považován odchod do důchodu s nedostatečnou náhradou dosavadního rytmu života, bez konkrétní náplně, pracovní aktivity a perspektivy. Souvisí s ním i změna

ekonomické situace seniora nedostatečným finančním zabezpečením, či nedostačující výší penze. (Vohralíková a Rabušic, 2004, s. 54, Dvořáčková, 2012, s. 14, Malíková, 2011, s. 22) Seniorský věk s sebou přináší i změny ve vnímání potřeb. Lidé vyššího věku touží po uspokojování potřeby citové jistoty a bezpečí, potřeby lásky. Potřebu sociálních kontaktů nachází senior v rodině, ale i prostřednictvím jeho vrstevníků (Brzáková, 2014, s. 38). Ztráta životního partnera a smíření se se smrtí svých vrstevníků, vyvolává pocity osamělosti, opuštěnosti, ztráty smyslu života a zbytečnosti, vyúsťující v prožívání negativních pocitů beznaděje, úzkosti, deprese a omezení sociálních kontaktů (Vágnerová, 2007, s. 376, Hojda et al., 2009, s. 207). Ztráta důvěrně známého prostředí, tedy narušení hodnoty stability sociálního zázemí, může vyústit až v izolaci seniora (Brzáková, 2014, s. 38). Významným mezníkem v životě seniora je jeho umístění do Domova pro seniory, či jiné instituce, což zahrnuje zcela zásadní změnu životního stylu, ztrátu osobního zázemí, autonomie, soukromí a celkově ovlivnění návyků seniora, ale také obtížnější a dlouhodobější adaptaci. Senior může v rámci omezení v soběstačnosti ztratit kontakt s okolním světem nebo naopak bývá přesycen kontakty s cizími lidmi. Nejsou tedy výjimkou pocity opuštěnosti, ztráty pocitu bezpečí a jistoty. Velký zdroj stresu může přinášet i opakované seznamování se s ostatními „spoluobyteli“, kteří mohou být deformováni či jinak hendikepováni chorobami a stářím, s různými nepříjemnými návyky a zvláštními potřebami. V neposlední řadě je další zátěží i zhoršování zdravotního stavu a postupné umírání lidí, s kterými v daném zařízení navázali nový vztah (Wildmannová, 2014, s. 116, Vágnerová, 2007, s. 420-424). Rizikovou skupinou, u které se tyto obtíže mohou navíc prohlubovat, jsou senioři s kognitivní poruchou (Nikmat, Al-Mashoor, Hashim, 2015, s. 815). Everton Anderson (2013, s. 70) navíc popisuje i možnost vzniku krize z přehlížení a zanedbávání, případně tzv. psychologickou krizi, spočívající v úmyslném poškození jedince v roli poskytování péče, zahrnující nevyhovující oslovení, neustálé kritizování, vyhrožování, zastrasování, nerespektování intimity a vyhýbání se seniorovi. Pocit bezpečí v prostředí, ve kterém senioři žijí, je velmi důležitým aspektem jejich života.

3) Aspekty psychického zdraví a duchovní oblast

Na celkovou psychickou pohodu jedince mají vliv stresové situace typické pro seniorský věk, mezi něž patří zejména zhoršení paměťových schopností, zhoršení zdravotního stavu či chování jiného člena rodiny, úmrtí člena rodiny či přítele, úbytek volnočasových aktivit a případná nemoc či zranění. Za nejvíce stresující události byly udávány rozvod, úmrtí dítěte, partnera, či rodičů (Couto, Koller, Novo, 2011, s. 492). U seniorské populace se můžeme setkat s tzv. smutkem všedního života, který obvykle považujeme za běžný doprovodný jev stárnutí a jeho přehlížením dochází k prohloubení až do stavu deprese. Zastoupení deprese v seniorské populaci je 15% mezi seniory žijícími ve vlastním prostředí (Jiráček, 2007, s. 197) a až 30% mezi seniory institucionalizovanými (Kubešová et al., 2008, s. 227). Samotná přítomnost deprese zasahuje do kvality života seniorů a v mnoha případech vede až k sebevražedným tendencím (Jiráček, 2007, s. 198). V závěrečné fázi života bývá výrazněji vnímán deficit v oblasti spirituálních potřeb, kdy senioři častěji uvažují o smyslu svého života a objevují se u nich otázky, na které neznají odpověď (Křivohlavý 2011, s. 115). Celková nepohoda seniora může být spojována se subjektivně vnímaným nedostatkem lásky, osamocněním, postrádáním empatie od svého okolí, od Boha. (Marche 2006, s. 56)

Závěr

Způsoby a výsledky adaptace seniorů na změny aktuálního stavu tvoří důležitý mezník pro vnímání kvality života. Je důležité, abychom se snažili zhoršování a snižování kvality života starší populace předcházet, a to především lepším pochopením potřeb jedinců a detekcí problematických oblastí v seniorském věku. Tyto znalosti umožní v rámci EBP (evidence

base practice) volit ošetrovatelské intervence, které budou zohledňovat specifické faktory ovlivňující subjektivní vnímání kvality života seniorů. Zvláště důležitá je tato skutečnost v době, kdy zažíváme zásadní demografické změny v rámci populačního stárnutí, a zvyšují se požadavky na poskytování geriatrické ošetrovatelské péče.

Bibliografie a odkazy:

BRZÁKOVÁ, K. *Geriatrická problematika v pastorální péči*. Praha: Karolinum Press. 2014. 140 s. ISBN 978-80-246-2296-5.

CAUSEY-UPTON, R. A model for quality of life: occupational justice and leisure continuity for nursing home residents. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*. 2015, 33(3), 175-188. ISSN 0270-3181.

COUTO, MP., KOLLER, S., NOVO, R. *Stressful Life Events and Psychological Well-being in a Brazilian Sample of Older Persons: The Role of Resilience*. Ageing International. 2011, 36(4), 492-505. ISSN 1936-606.

DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing a.s. 2012. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.

DVOŘÁČKOVÁ, D. Hodnocení bolesti u seniorů. In *Sestra*. 7-8/2010. [online]. Dostupné z: http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/hodnoceni-bolesti-u-senioru-453242?_fid=59e7 [cit. 2016-04-16].

EVERTON ANDERSON, I. *Supporting crisis survivors: a resource for care professionals and lay people*. Bloomington: Xlibris. 2013. 151 p. ISBN 978-1-4836-5681-6.

GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality života: Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada Publishing a.s. 2011. 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.

HOJDA, Z. et al. *Věché stáří, nebo zralý věk moudrosti?* Praha: Academia. 2009. 324 s. ISBN 978-80-200-1691-1.

JIRÁK, R. Deprese u seniorů - biologické a psychosociální vlivy, vztahy deprese a demence. In *Psychiatrie pro praxi*. 2007, 8(5), 198-200. ISSN 1213-0508.

MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing a.s., 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.

KUBEŠOVÁ, H. et al. Výskyt a související aspekty deprese u seniorů žijících ve vlastním prostředí. In *Česká geriatrická revue*. 2008, 6(4), 227-231. ISSN 1801-8661.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*. Praha: Grada Publishing a.s.. 2011. 144 s. ISBN 978-80-247-3604-4.

MARCHE, A. 2006. Religion, health, and the care of seniors. In *Counselling, Psychotherapy, and Health*, 2006, 2(1), 50-61. ISSN 1832-1135.

NIKMAT, AW., AL-MASHOOR SH., HASHIM, NA. Quality of life in people with cognitive impairment: nursing homes versus home care. In *International Psychogeriatrics*. 2015, 27(5), 815-824. ISSN 1041-6102.

OLIŠAROVÁ, V., DOLÁK, F., TÓTHOVÁ, V. Kvalita života jako součást ošetrovatelství. In *Kontakt*, 2013, 15(1), 14-21. ISSN 1804-7122.

PAYNE, J. *Kvalita života a zdraví*. Praha: TRITON, 2005. ISBN 80-7254-6570.

SLEZÁČKOVÁ, A. *Průvodce pozitivní psychologií*. Praha: Grada Publishing a.s. 2012. 304 s. ISBN 978-80-247-3507-8.

ŠNEJDRLOVÁ, M., KALVACH, Z. Funkční stav v pokročilém stáří a genetická dispozice k dlouhověkosti. In *Medicína pro praxi*. 2008, 5(4), 157-159. ISSN 1803-5310.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum. 2007. 464 s. ISBN 978-80-246-1318-5.

VOHRALÍKOVÁ, L., RABUŠIC, L. *Čeští senioři včera, dnes a zítra*. [online]. Dostupné z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_149.pdf. [cit. 2016-03-23].

WILDMANNOVÁ, M. Podmínky života seniorů v rezidenční péči. In *Aktuální otázky sociální politiky - teorie a praxe*. 2014, 8(1), 114-126. ISSN 1804-9095.

Kontakt:

Mgr. Eva Joanovič, DiS.
Ústav ošetrovatelství, Fakulta zdravotnických věd,
Univerzita Palackého v Olomouci
tř. Svobody 8
771 11 Olomouc
E-mail: evajohanovic@seznam.cz

VZTAH MEZI SPIRITUALITOU A OBOREM OŠETŘOVATELSTVÍ THE RELATIONSHIP BETWEEN SPIRITUALITY AND NURSING

Jana Kačorová¹, Jiřina Hosáková², Zuzana Hlubková³

^{1,2,3} Ústav ošetrovatelství, Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita Opavě

Shrnutí:

Cílem příspěvku je vymezit vztah mezi spiritualitou a ošetrovatelstvem z různých perspektiv, včetně role sestry při poskytování spirituální péče pacientům, povahu duchovního vztahu mezi sestrou a pacientem a historický vliv spirituality na ošetrovatelství. Příspěvek je zpracovaný na základě analýzy literatury zabývající se filozofickými základy ošetrovatelství.

Klíčová slova: spiritualita, ošetrovatelství, spirituální potřeby, pacient, sestra.

Summary:

The purpose of this paper is to define the relationship between spirituality and practice of nursing from the number of perspectives, including the nurse's role in the provision of spiritual care, the spiritual nature of the nurse-patient relationship and the historical impact of spirituality on the nursing profession. The paper is based on an analysis of literature dealing with the philosophical foundations of nursing.

Keywords: spirituality, nursing, spiritual needs, patient, nurse.

Úvod

Věnovat pozornost duchovnímu rozměru zdraví je součástí celostní péče. Naplňování spirituálních potřeb pacienta by mělo být nedílnou součástí ošetrovatelské praxe. V českém ošetrovatelském prostředí se setkáváme s tím, že saturace spirituálních potřeb pacienta se zúžila do jedné věty v ošetrovatelské dokumentaci: „pacient je nevěřící (resp. ateista)“ nebo „pacient je věřící“.

Je důležité klást si otázky: Co je to spiritualita v ošetrovatelství? Je spiritualita v ošetrovatelství potřebná? Jaká je role sestry při naplňování spirituálních potřeb pacientů? Cílem příspěvku je popsat spiritualitu z pohledu ošetrovatelství a vymezit ji na straně pacienta a na straně sestry.

Spiritualita v ošetrovatelství

Spiritualita z pohledu ošetrovatelství je aspekt lidskosti, který poukazuje na způsob, jak lidé hledají smysl, účel a vyjádření své sounáležitosti k okamžiku, k sobě, k druhým, k přírodě, k tomu, co je v životě nejdůležitější a k tomu, co je posvátné (Nash et al, 2015).

Shelly a Fish (1988, in Taylor et al, 2011) uvádějí 3 spirituální potřeby, které má každý člověk bez ohledu na náboženství:

1. potřebu smyslu a významu,
2. potřebu lásky a sounáležitosti,
3. potřebu odpouštět.

Tyto potřeby jsou společné pro všechna náboženství. Spirituální potřeby v ošetrovatelství jsou definované jako nedostatek čehokoliv nezbytného pro spirituální zdraví, např. smyslu života, účelnosti lidského bytí, lásky a odpuštění, sounáležitosti (Taylor et al, 2011).

Historický kontext spirituality a ošetrovatelství

Autoři zkoumající vztah mezi spiritualitou a oborem ošetrovatelství začínají již u Florence Nightingalové – zakladatelky moderního ošetrovatelství a autorky filozofie Moderní ošetrovatelství. Žila v 19. století, kdy byla víra nedílnou součástí života každého člověka.

Ona sama byla hluboce věřící. Florence Nightingalová položila základy filozofie Moderního ošetrovatelství na myšlenku „Boží vzácný dar života je často vložený do našich rukou“ (Nightingale, Notes of Nursing, 1859, in O'Brien, 2014). Z této a mnoha dalších úvah o vztahu mezi pečováním o nemocné a vírou v Boha, vychází filozofie Nightingalové a tím i směr ošetrovatelství jako oboru, kde je kladený důraz na důstojnost, ochranu života, etiku, empatii, úctu, lásku, hledání naděje a pohlížení na život pacienta jako na vzácný boží dar.

Spiritualita tvoří základní stavební kámen všech ošetrovatelských filozofií. Například Jean Watson, autorka filozofie transpersonální péče, chápe péči o pacienta jako morální ideál, ne jenom jako profesionální orientaci (Sitzman, Watson, 2017). Další z autorek ošetrovatelských filozofií Mary Ann Ray odlišuje péči a spirituálně-etickou péči. Některé modely a teorie z filozofie křesťanství přímo vycházejí. Například Adaptační model sestry Callisty Roy (Alligood, 2014). Koncept spirituality je zapracovaný i do všech ošetrovatelských filozofií a modelů.

Vztah spirituality k ošetrovatelství

Spiritualita v ošetrovatelské praxi není jednodušší, není to pouze spiritualita pacienta. Treas a Wilkinson (2013) uvádějí, že duchovnost v ošetrovatelství má více vrstev. První vrstvou je vlastní spiritualita sestry. Každá sestra má svoji vlastní spiritualitu, která slouží jako součást rámce pro vedení své praxe. Druhou vrstvou je spiritualita pacienta a jeho rodiny. Pacient a jeho příbuzní mohou mít různý názor a postoj ke spiritualitě, mohou být hluboce věřící a praktikovat nějaké náboženství nebo naopak vést tzv. nereligiózní život. Třetí vrstvu tvoří vliv vzdělání v ošetrovatelství, v jakém rozsahu jsou sestry vzdělávány v problematice duchovna. Čtvrtou vrstvou je náročnost ošetrovatelské praxe a její požadavky na poskytování spirituální péče a podmínky, které jsou pro spirituální péči zajištěné.

Sestra má při své práci ve srovnání s jinými členy zdravotnického týmu největší prostor pro naplňování spirituálních potřeb pacienta. Již při ošetrovatelském posouzení je povinná se dotázat na spirituální potřeby. Každý z konceptů ošetrovatelského posouzení má v sobě zahrnutou i oblast spirituality. Následně pak může stanovit několik ošetrovatelských diagnóz, které ji opravňují k intervencím v oblasti spirituality. Mezi základní ošetrovatelské diagnózy z této oblasti patří: Zhoršená religiozita, Snaha zlepšit religiozitu, Riziko zhoršené religiozity, Duchovní strádání, Riziko duchovního strádání. Sestra není v naplňování spirituálních potřeb osamocena, může se obrátit na řadu odborníků z oblasti spirituality, např. nemocničního kalána či psychologa.

Závěr

Spiritualita je oblast, které se sestry mají tendenci vyhýbat, protože ji vnímají jako příliš intimní téma jak pro pacienta, tak pro sestru. Často mluvíme o holistické péči o klienta. Holismu nemůžeme dosáhnout, pokud do ošetrovatelské péče není zahrnutá i spirituální péče a to v širší podobě, než jen záznam o příslušnosti k víře pacienta (Mastiliaková, 2014). Saturace spirituálních potřeb pacientů by měla být běžnou součástí ošetrovatelské praxe, obdobně, jako ostatní lidské potřeby.

Bibliografie a odkazy:

ALLIGOOD, M. *Nursing Theorists and Their Work*. 9th St. Louis: Elsevier, 2014. 746 s. ISBN 978-0-323-09194-7.

MASTILIAKOVÁ, D. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. 192 s. ISBN 978-80-247-5376-8.

NASH, S., NASH, P., DARBY, K. *Spiritual Care with Sick Children and Young People: A handbook for chaplains, paediatric health professionals, arts therapists and youth workers.* 1st ed., London: Jessica Kingsley Publishers, 2015. 208 s. ISBN 978-1-84905-389-1.

O'BRIEN, M., E. *Spirituality in Nursing. Standing on Holy Ground.* 5th ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning Books, 2014. 474 s. ISBN 978-1-4496-9467-8.

SITZMAN, K., WATSON, J. *Watsons Caring in the Digital World. A Guide for Caring when Interacting, Teaching, and Learning in Cyberspace.* 1st ed. New York: Springer Publishing Company, 2017. 156 s. ISBN 978-0-8261-6115-4.

TAYLOR C. R., LILIS C., LeMONE P., LYNN P. *Fundamentals of Nursing. The Art and Science of Nursing Care,* 7th. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1671 s. ISBN 978-0-7817-9383-4.

TREAS, L., WILKINSIN, J. *Basic Nursing: Concepts, Skills & Reasoning.* 1st ed. Philadelphia: F. A. Davis, 2013. 1758 s. ISBN 978-0-8036-2778-9.

Kontakt:

Mgr. Jana Kačorová, Ph.D.
Ústav ošetrovatelství, Fakulta veřejných politik v Opavě
Slezská univerzita Opava
Bezručovo nám. 14, Opava
E-mail: jana.kacorova@fvp.slu.cz

VÝSKYT STRESU A ÚZKOSTI U PACIENTŮ S KARDIOVERTER-DEFIBRILÁTOREM (ICD)

PREVALENCE OF STRESS AND ANXIETY IN PATIENTS WITH ICD DEVICES

Michal Kopecký¹, Zuzana Červenková²

^{1,2} Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice

Shrnutí:

Příspěvek se zabývá výskytem stresu a úzkosti u pacientů, kteří prodělali implantaci kardioverter-defibrilátoru a zpětným ovlivňováním frekvence kardioverzí.

Klíčová slova: autonomní nervový systém, kardioverter-defibrilátor, pacient, stres, úzkost.

Summary:

The paper deals with the occurrence of stress and anxiety in patients who underwent implantation of cardioverter defibrillator and return influencing the frequency cardioversion.

Keywords: autonomic nervous system, cardioverter-defibrillator, patients, stress, anxiety.

Úvod

Práce zdravotnického personálu je v poslední době orientována především na výkon, materiální prostředí a kvalitu péče, jakou poskytují. Toto se hodnotí pomocí standardů ošetrovatelské péče a auditů, které jsou měřitelné, dohledatelné a striktně dané. Člověk je však bytost bio-psycho-sociální a spirituální, je zapotřebí se zaměřit i na jinou než fyzickou oblast. Ze studií vyplývá provázaný vliv stresu na endokrinní, imunitní a autonomní nervový systém (ANS), které následně ovlivňují kardiovaskulární systém (Copeland, Joeques, Ayers, 2011). V situaci dnešního zdravotnictví, kdy je nedostatek personálu, je každý zaměstnanec tlačěn k rychlejší práci a logicky dochází k situacím, kdy není čas na zajištění dostatečného uspokojování psychických a sociálních potřeb pacientů. V západních zemích je kladen důraz na provázanost pečujících osob, dělbu a výkon jednotlivých činností v rámci kompetencí, čímž dochází ke zvětšení časových rezerv právě pro rozhovory. Rozhovor, jako dialogická metoda edukace zvyšuje množství sdělených informací a možnost cílenými otázkami dovést pacienta k poznání problému. Tím je možné přispět ke snížení stresu a úzkosti. Cílem práce je zjistit strukturu a míru stresu u osob před implantací a po implantaci kardioverter-defibrilátoru, zjistit copingové strategie těchto pacientů a zjistit jak může stres a úzkost pacientů ovlivnit zdravotnický personál.

Stres a úzkost

Úzkost je v knize Ošetrovatelské diagnózy (Herdman, Kamitsuru, 2015) definována jako: „*Vágní nelehký pocit diskomfortu nebo děsu provázený autonomní reakcí (zdroj často nespecifický nebo neznámý dané osobě); pocit obav způsobený očekáváním nebezpečí. Je to výstražný signál, který varuje před hrozícím nebezpečím a umožňuje dané osobě přijmout opatření, aby hrozbě čelila.*“

K tělesným určujícím znakům patří třes rukou, napětí v obličeji, zvýšené pocení, zvýšené napětí, roztrženosť, chvění hlasu. Toto jsou projevy, které je schopen rozpoznat i člověk, který nemá psychologické vzdělání, ale je informován, co má vyhledávat a čemu více věnovat pozornost. Ze sympatických znaků to je kardiovaskulární excitace, palpitace, tachykardie, slabost. Souvisejícími faktory může být např. významná změna ve formě ekonomické situace, prostředí, zdravotního stavu, fungování a postavení rolí, situační krize, ohrožení smrtí, ohrožení současného stavu (Herdman, Kamitsuru, 2015).

Vezmeme-li člověka jako bio-psycho-sociální a spirituální bytost, osoby před implantací prožívají stres a úzkost z jiných důvodů než osoby po implantaci. Implantaci můžeme rozdělit

na dva důvody, primární, která je z preventivních důvodů a sekundární, kdy se ICD implantuje již po prodělané příhodě či jako prevence náhlé smrti. Před implantací u primární i sekundární indikace pacienti pocítují stres a úzkost z operace samotné, bolesti po operaci, anestézie, z vlastní fyzické nedostatečnosti po operaci, ženy častěji než muži ze změny zevnějšku. Po operaci se odpovědi různí, nebo spíše přikládají stejným důvodům jinou váhu. Lidé s primární indikací, tedy čistě z preventivních důvodů, mají strach z výboje samotného a z nástupu kardiální příhody, neboť ji doposud nezažili a neví přesně, jak budou fyzicky a psychicky reagovat. Hned za touto obavou je obava z nefunkčnosti přístroje, když se delší dobu neobjeví výboj. Pacienti se sekundární indikací pocítují strach z výboje, dále z nefunkčnosti přístroje při dlouhodobém neobjevení se výboje. Vysvětlením může být, že ICD berou jako přístroj, který jim je implantovaný právě proto, aby předešli kardiální atace, kterou již zažili a byli ohroženi na životě (Sears et al, 2011; Copland, Joeques, Ayers, 2011).

Rozdíl můžeme pozorovat i u lidí, kteří prožili jednu kardioverzi a u osob, kteří jich prožili několik. U pacientů po vícenásobné defibrilaci můžeme pozorovat i rozvoj post traumatické stresové poruchy. Toto může souviset s přítomností vlastního stresu a úzkosti, což se zpětně odrazí ve frekvenci výbojů (Sears et al., 2011).

Velkou roli zde hraje také autonomní nervový systém (ANS), který je ovlivňován i temperamentem člověka. Irmíš (2007) ve své knize zmiňuje možnost, že pokud lépe porozumíme svým reakcím, můžeme se lépe vyrovnat se stresem. Při podráždění ANS v podobě sympatiku a parasympatiku se projevuje tachykardií, systolickou a diastolickou hypertenzí. Při měření musíme vzít v úvahu normalitu těchto indikátorů. Pacient totiž může být úzkostnějšího typu, extrovert s afektivním aspektem postojů nebo naopak introvert s kognitivním aspektem postojů a budou u nich rozdíly v projevech ANS.

Závěrem si dovolím citaci z knihy Psychosomatika (Danzer et al., 2001), která poukazuje na slovní obrazovost, jak moc srdce používáme, ale jak málo o něho pečujeme: „*leží mi to na srdci*“, *když mi něco přirostlo k „srdci“*, *„mám něco na srdci*“, *„s celým srdcem“*, *„ruku na srdce“*, *„padá kámen ze srdce“*, *v panice* „*se mi zastaví srdce*“, *„vylít někomu své srdce“*, *někdy srdce* „*spadlo do kalhot*“ *a komu někdy nebylo „srdce“ ukradeno.*“

Závěr – východiska do praxe

Fakulta zdravotnických studií a vybrané zdravotnické zařízení zahájily dlouhodobou spolupráci v oblasti monitorování stresu a úzkosti u pacientů krátce před implantací kardioverter-defibrilátoru a v průběhu prvního roku po této implantaci. Cílem této studie je zjistit přítomnost stresu a úzkosti u pacientů před a po implantací ICD, analyzovat jejich míru a zjistit možnosti práce se stresem a úzkostí u pacientů. Výsledky šetření budou v písemné podobě jako doporučení pro ošetřující personál, jak monitorovat projevy stresu a úzkosti u pacientů a následně s těmito projevy pracovat.

Bibliografie a odkazy:

- COPLAND, C., JOEKES, K., AYERS, S. Anxiety and post-traumatic stress disorder in cardiac patients. *British Journal of Wellbeing*, 2011, 2.1.
- DANZER, G. *Psychosomatika: celostný pohled na zdraví těla i duše*. Vyd. 2. Přeložila Renata HÖLLGEOVÁ. Praha: Portál, 2001. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-7367-718-3.
- HERDMAN, T. H. a S. KAMITSURU (eds.). *Ošetřovatelské diagnózy: definice & klasifikace 2015 – 2017*. Přeložila Pavla KUDLOVÁ. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5412-3.
- IRMIŠ, F. *Temperament a autonomní nervový systém: diagnostika, psychosomatika, konstituce, psychofyziologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-475-1.

SEARS, S. F., et al. Posttraumatic Stress and the Implantable Cardioverter-Defibrillator Patient What the Electrophysiologist Needs to Know. *Circulation: Arrhythmia and Electrophysiology*, 2011, 4.2: 242-250.

Kontakt:

Mgr. Michal Kopecký
Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice
Průmyslová 395, Pardubice
E-mail: michal.kopecky@upce.cz

PRÁVNÁ OCHRANA A POTREBY DIEŤAŤA V PROFESIONÁLNEJ RODINE

LEGAL PROTECTION AND NEEDS OF CHILDREN IN PROFESSIONAL FAMILIES

Erika Krištofová¹, Ľuboslava Pavelová²

^{1,2} Katedra Ošetrovateľstva, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre

Súhrn:

Ochrana ľudských práv je životne dôležitá pre každého človeka. Dieťa je jedinečná bytosť so svojimi špecifickými potrebami a právami. Jedným zo základných práv dieťaťa je právo byť chcené a vyrastať v úplnej a funkčnej rodine. Tá mu poskytuje pocit bezpečia, istoty s maximálnym množstvom podnetov. V právnom poriadku Slovenskej republiky nie sú základné práva dieťaťa kodifikované samostatným spôsobom. Základ právneho postavenia dieťaťa je daný v Ústave Slovenskej republiky. Základné práva a slobody zakotvené v Ústave sú podrobnejšie upravené v zákonoch týkajúcich sa právneho postavenia detí.

Kľúčové slová: dieťa, právna ochrana, rodina, potreba, spoločnosť.

Summary:

Human rights protection is vital for every person. The child is a unique being with their specific needs and rights. One of the fundamental rights of the child is the right to be and wants to grow up in a complete and functional family. It gives him a sense of security, certainty as to the maximum number of complaints. The Slovak law are not the fundamental rights of the child codified own way. Basis of the legal status of the child is given in the Constitution of the Slovak Republic. Fundamental rights and freedoms enshrined in the Constitution are further governed by the laws concerning the legal status of children. Post approaching issues of social and legal protection and needs of children in professional families.

Key words: child, legal protection, family, need, company.

Úvod

Kvalita života, vývoj a blaho detí a prístup k primeraným zdrojom výrazne závislý od veľkosti rodiny, jej sociálne - ekonomického postavenia a od vzdelania rodičov. Všetky deti túžia vyrastať v bezpečí svojho domova, v bezpečí milujúcich rodičov. V prípadoch ak im ho nevedia zabezpečiť biologickí rodičia, môžu pomôcť príbuzní, prípadné náhradné rodiny (pestúni, náhradní rodičia). I napriek výrazným spoločenským zmenám sa ešte aj u nás stretávame s deťmi žijúcimi v chudobe, na ulici. Pobyt v klasickom detskom domove môže potreby detí saturať iba v obmedzenej miere. V domove žije na Slovensku vyše 4700 detí. Náhradné profesionálne rodiny sa starajú o 1474 detí. Deti do 6 rokov už u nás nevyrastajú v klasických detských domovoch, ale práve v profesionálnych rodinách, čo je prestupná stanica na ceste detí k pestúnskej resp. adoptívnej starostlivosti,“ myslí si Leitman (TASR, UPSVaR, 2015). Z uvedených tvrdení je dôležité zabezpečiť dostatočné množstvo dostupných zdrojov o právach, právnej ochrane a o potrebách detí pre vykonávateľov, ale aj potenciálnym záujemcom o profesionálne rodičovstvo.

Teoretické východiská skúmanej problematiky

Slovenská republika je zmluvnou stranou Dohovoru o právach dieťaťa, ktorý je z tohto dôvodu súčasťou nášho právneho poriadku. Základnou každej demokratickej spoločnosti je aby verejnosť vedela o právach dieťaťa. Pre dieťa musia byť práva zrozumiteľné, pretože v opačnom prípade nespĺňajú svoj účel. Dohovor upravuje občianske, ekonomické, kultúrne

a politické práva dieťaťa. Je tiež prvým medzinárodným dokumentom, ktorý upravuje práva dieťaťa formou zmluvy. Je teda záväzný pre štáty, ktoré sú jeho zmluvnou stranou. Cieľom dohovoru je:

- Znovu deťom potvrdiť práva, ktoré sú už v iných zmluvách prijaté pre všetky ľudské bytosti.
- Posilniť niektoré základné práva človeka s ohľadom na osobitné požiadavky a zraniteľnosť detí.
- Vypracovať normy v oblastiach, ktoré sa zvlášť týkajú detí.

Dohovor o právach dieťaťa poskytuje všeobecný rámec pre potreby detí. Podpísali ho všetky štáty sveta okrem USA a Somálska. Pre deti to znamená, že môžu požiadať pri nedodržiavaní svojich práv úradnú moc o nápravu. Ratifikáciou dohovoru sa vlády zaviazali zabezpečiť, aby deti vyrastali chránené, poskytnúť im dobrú životnú úroveň a prístup ku kvalitnému vzdelávaniu a zdravotnej starostlivosti. Dieťa má mať tiež zabezpečenú ochranu pred diskrimináciou, sexuálnym a komerčným zneužívaním a násilím. Štát je povinný tiež zabezpečiť osobitnú starostlivosť o siroty a mladistvých utečencov. Tým zároveň uznávajú, že deti majú prirodzené právo na život, na meno a na štátnu príslušnosť a pokiaľ je to možné, právo poznať svojich rodičov a právo na ich starostlivosť.

V súčasnosti sa problematikou práv dieťaťa a ochranou oprávnených záujmov dieťaťa zaoberá na Slovensku okrem Ústavy i Zákon o rodine, Zákon o pestúnskej starostlivosti, Občiansky zákonník, Dohovor o uznaní a výkone rozhodnutí v oblasti rodičovských práv a povinností, Dohovor o ochrane detí a spolupráci pri medzištátnych osvojeniach a celý rad ďalších právnych noriem. Dohľad nad dodržiavaním práv dieťaťa v Slovenskej republike vykonával Slovenský výbor pre práva dieťaťa, ktorý bol zriadený uznesením vlády Slovenskej republiky č. 438 zo dňa 14. júna 2000 ako poradný, iniciatívny a koordinačný orgán vlády Slovenskej republiky pre otázky týkajúce sa ochrany práv a právom chránených záujmov detí a dohľadu nad dodržiavaním práv detí v Slovenskej republike (Arnoldová, 2004). Na Slovensku sa podarilo v posledných rokoch vytvoriť priaznivé legislatívne podmienky pre uplatňovanie detských práv. V realite sú však rozdiely medzi deklarovaným zámerom a jeho naplnením v živote detí. Niektorí rodičia jednoducho nemajú šancu zaistiť deťom ani ich základné práva – zdravotnú starostlivosť či vzdelanie bez aktívneho zásahu štátu. Chýbajú im kompetencie dospelých (schopnosti, poznatky) aj detí pre ich aktívne uplatňovanie, ako sú napríklad schopnosti partnerskej rešpektujúcej komunikácie (Piovarčiová, Halašová, 2010).

Sociálno-právna ochrana je založená na prístupoch a metódach prirodzených pre dieťa, rešpektujúcich jeho najlepší záujem, vychádzajúci z Dohovoru, vzdelávanie a zabezpečenie všeobecného rozvoja dieťaťa v jeho prirodzenom rodinnom prostredí a rovnako v náhradnom prostredí, ak dieťa nemôže vyrastať vo vlastnej rodine. Okrem samostatnej úpravy sociálnoprávnej ochrany detí v zákone č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, ktorá upravuje konkrétny výkon opatrení pre pomoc deťom žijúcim mimo vlastnej rodiny, má pre rozbor právnych podmienok podstatný význam aj úprava rodinného práva – zákon č. 36/2005 Z. z. o rodine a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, ako aj zákon upravujúci procesný postup súdov, teda zákon č. 99/1963 Zb. Občiansky súdny poriadok v znení neskorších predpisov (Arnoldová, 2004). V minulosti sa právna ochrana dieťaťa sústredila hlavne na ochranu majetku, rodových privilégií a opatrovníctva detí, neskôr reflektovala problematika detskej chudoby, detskej práce, žobrania

a až neskôr sa venovala ohrozeniu dieťaťa a úpravou vzťahu rodič – dieťa – štát, s vymedzením možností intervencií štátu do integrity rodiny, vrátane prechodného, prípadne trvalého odobratia dieťaťa zo starostlivosti rodičov a obmedzenie rodičovskej zodpovednosti (Pemová, Ptáček, 2012).

Každé dieťa má právo na ochranu, na svoj vlastný názor ale aj na život samotný. Všetky najdôležitejšie práva sú zhrnuté v Dohovore o právach dieťaťa. V príspevku sa venujeme len niektorým. Každé dieťa má právo na to, aby bolo malo účasť v procese rozhodovania ktoré sa ho týka, čiže zabezpečiť mu participation. Môže participovať vo vzdelávacom procese, v liečebnom procese. Žiadne dieťa nechce byť vynechané, keď sa rozhoduje o jeho budúcnosti. Má mať svoje „slovo“ napríklad pri adopcií, alebo rôznych súdnych sporoch. Vedť ktoré dieťa by chcelo stráviť zvyšok svojho života s niekým, koho nemá rado, alebo s kým si nerozumie. Dieťa nechce byť umiestnené v náhradnej rodine bez svojich súrodencov, chce sa zúčastňovať na rozhodovacom procese zameranom na jeho budúcnosť a podobne. Každé dieťa má nárok na ochranu pred všetkým, čo by mu mohlo ublížiť, inak povedané na protection. Má byť ochraňované pred násilím, týraním alebo zneužívaním, ale aj hocičím iným, čo by mohlo narušiť jeho základné ľudské a detské práva. Reálne je, že i napriek Dohovoru sa na ochranu detí zabúda. Dieťa je krehká bytosť a nedokáže sa chrániť samé, na to aby nemuselo ticho znášať svoje problémy potrebuje pomoc dospeléj osoby. Tá vytvára priestor pre provides for rights, teda zabezpečenie ochrany práv každého dieťaťa bez rozdielu vekového, rasového, kultúrneho, prípadne náboženského.

Hodnota života, zdravia či hodnota ľudskej dôstojnosti sú v centre nielen národných právnych poriadkov všetkých vyspelých krajín sveta, ale tieto hodnoty zaujímajú aj popredné miesto v medzinárodnom práve (právo Rada Európy a právo Európskej únie). Právo na život, ochranu zdravia, ochranu dôstojnosti, či nedotknuteľnosť súkromia tvoria dôležitú časť základných ľudských práv a sú tiež centrom osobnostných práv jednotlivca (Krištofová, 2014).

Verejný systém ochrany dieťaťa je zodpovedný za:

- ✚ Detekciu ohrozených detí, vrátane prijímania a spracovania informácií od verejnosti o možnom týraní, zneužívaní, či zanedbávaní,
- ✚ Pomoc rodinám pri riešení problému, ktoré môžu vyústiť z týrania alebo zanedbávania,
- ✚ Zaistiť bezpečnosť pre ohrozené deti,
- ✚ Predchádzať rozdeľovaniu rodín, hlavne odobratia detí rodičom,
- ✚ Podporu a intervencie v prospech návratu detí do pôvodnej rodiny, v prípade ak boli oddelení,
- ✚ Zaistenie kvalitnej a stabilnej starostlivosti pre deti, ktoré nemôžu byť vo svojej pôvodnej rodine (Pemová, Ptáček, 2012).

Každé dieťa je individuálna a jedinečná bytosť, má svoje jedinečné vlastnosti, postoje názory a potreby. Z toho dôvodu je nutné v každom dieťati vidieť jeho všeobecné, ale aj špecifické potreby. Už J.A. Komenský a neskôr aj Dunovský považovali za základnú potrebu dieťaťa „potrebu dobre sa narodiť“. Pod týmto tvrdením mysleli narodiť sa zdravý, chcený a vítaný, nadaný a mať predpoklady a schopnosti pre dobrý a všestranný vývoj (Sikorová, 2011).

Nevhodná, prípadne nedostatočná starostlivosť o dieťa je často prejavom širších a závažných sociálnych problémov rodiny. Dnes podľa Autorov Brozmanová Gregorová et al., (2013) žije na Slovensku mimo vlastného rodinného prostredia okolo 10 000 detí. V rámci našej legislatívy nie sú stanovené žiadne kvalitatívne štandardy pomoci deťom žijúcim v náhradnej rodinnej starostlivosti. Zákonne sa ukladá budúcim pestúnom/adoptívnym rodičom iba povinnosť absolvovať prípravu na náhradné rodičovstvo v stanovenom minimálnom rozsahu

a obsahu. Deti na právnu ochranu a ideálne zabezpečenie potrieb potrebujú rodinu, najlepšie tú svoju, ale ak to nie je možné, tak aj rodinu náhradnú. Pre ne nie je najdôležitejšia právna forma, najmä v útlom veku, dôležitá je pre ne intimita, ktorú rodina môže poskytnúť, stabilné vzťahy a istota. Život v rodine, v biologickej či náhradnej je miestom komplexnej saturácie potrieb dieťaťa, počnúc potrebami primárnymi, fyziologickými, cez sociálne potreby, až po potreby seberealizácie jedinca.

Profesionálna rodina je organizačná súčasť detského domova. Profesionálny rodič je zamestnanec detského domova, ktorý vykonáva ústavnú starostlivosť v rodinnom prostredí. Práca profesionálneho rodiča spočíva v 24 hodinovej starostlivosti o dieťa vo vlastnom rodinnom prostredí. Stálosť osoby, ktorá sa o dieťa celodenne stará je predpokladom zohľadnenia a naplnenia individuálnych potrieb dieťaťa. Možnosť vyrastať v rodinnom prostredí je dôležité najmä z hľadiska emocionálnych väzieb, ktoré si dieťa vytvára od ranného detstva. Takýto model starostlivosti taktiež poskytuje prostredie s dostatočnými podnetmi pre jeho vývin pri prirodzenom rozdelení rodinných rolí.

Šmajdová Búšová (2013) vo svojej publikácii upozorňuje na päť hlavných oblastí vývinu dieťaťa

- ✚ fyzický vývin- schopnosti a zručnosti vykonávať pohyb a niektoré činnosti,
- ✚ poznávací a rozumový vývin- schopnosť porozumenia sveta a schopnosť učiť sa,
- ✚ citový vývin- schopnosť porozumieť a rozlíšiť a tiež kontrolovať city ako zlosť, smútok, láska a iné,
- ✚ sociálny vývin- schopnosť žiť s inými ľuďmi, rozumieť ich citom a reakciám,
- ✚ morálny vývin- schopnosť rozlišovať medzi dobrom a zlom a konať v zmysle všeobecných morálnych zásad.

U detí v náhradnej rodinnej (alebo ústavnej) starostlivosti sa však vyskytujú faktory, ktoré môžu negatívne ovplyvniť alebo spomalili rast a rozvoj dieťaťa. Je známe, že aj napriek tomu, že väčšina profesionálnych rodičov sa snaží zväčša s veľkým nasadením naplniť potreby opustených detí. Ani pri maximálnom úsilí však deťom niektoré potreby zákonite naplniť nemôžu. Dieťa u ktorého nie sú nižšie potreby (základné fyziologické, istota a bezpečie...) uspokojované, trpí nedostatkom alebo je traumatizované, si tieto potreby fixuje, neoslobodzuje sa od nich, ale je k nim trvalo pripútané. Nemusí to vždy znamenať úplné nerozvinutie vyšších potrieb, ale môžu sa pri ich vstupe objavovať problémy napr. uspokojovanie potreby seberealizácie, hodnoty krásy a podobne.

V maximálnom rozsahu majú deti v profesionálnych rodinách zabezpečené základné fyziologické potreby do ktorých podľa Maslowovej hierarchie ľudských potrieb zahrňujeme potrebu vzduchu, tekutín, jedla, vylučovania, spánku a sexuality. K uvedeným potrebám Řičan (2007) zaradil aj potrebu laktácie, tú deti umiestnené do profesionálnej rodiny nemajú uspokojenú.

Primeraná starostlivosť rodičov o dieťa prináša dieťaťu širokú paletu stimulácie ako sú: úsmevy, prihováranie sa cez citoslovce, nosenie na rukách, vnímanie a ochutnávanie nových jedál, vnímanie hračiek a objektov rôznych tvarov, farieb a materiálu, vnímanie zvukov. Všetky tieto podnety pôsobia kladne na jeho celkový vývoj – ich nedostatky alebo jednostrannosť vývoj naopak narúšajú a spomaľujú. Deti potrebujú mať dostatok motivácie, podnetov a chcú mať pocit, že niekam patria. V prípade ak dieťa nemá zabezpečené uvedené potreby psychicky „zomiera“ (Štefánková,2005).

Pre dieťa je najdôležitejšie mať možnosť vytvoriť si základný bezpečný vzťah, pripútanie s jedinou stabilnou materskou osobou. Vzťah s jediným človekom, ktorý tu bude pre dieťa, kedykoľvek to ono bude potrebovať, buduje u dieťaťa pocit dôvery, bezpečia. Pripútať sa

k jedinej "materskej" osobe potrebuje dieťa preto, aby malo istotu, bezpečie, a tým pocit radosti zo života. Iba bezpečné pripútané dieťa je neskôr schopné sa osamostatniť, zdravo sa vyrovnávať so stresom, ale nielen. To, že dieťa môže úspešne prejsť cez štádiá vývinu, je možné len v kontexte vzťahu rodič – dieťa. Základné psychické potreby sú väčšine deťom v inštitucionálnych zariadeniach odopierané. Potreba istoty a bezpečia sa týka zabezpečovania existencie jednotlivca, čiže schopnosť človeka mať domov, súkromie, dostatok jedla a podobne. Vyjadruje túžbu po dôvere, spoľahlivosti, stabilite, oslobodenia od strachu a úzkosti, potrebu ochrany, ekonomického zaistenia. Na mieste je otázka sú všetci zamestnanci zariadení schopní zabezpečiť dieťaťu potrebu lásky, bezpečia a istoty?

Rodičia by mali svoje dieťa viesť od absolútnej závislosti k postupnej samostatnosti, pričom naďalej zostávajú modelom pre jeho „ja“, a odovzdávať mu hierarchiu hodnôt. Deti, ktoré nemali možnosť prežívať svoje detstvo bez vážnych problémov, budú musieť vynaložiť veľa úsilia na to, aby našli samy seba, osvojili si správne vzorce správania vo vzťahoch, vybudovali si správne hranice, dokázali vnímať vlastné potreby, pocity a emócie (Archerová, 2001).

Profesionálny rodič dáva dieťaťu stálosť osoby, ktorá sa o neho stará. Dieťa v profesionálnej rodine vyrastá v prostredí s dostatočnými podnetmi pre jeho vývin a získava v profesionálnej rodine prirodzeným spôsobom vzory rodinných rol. Pre uspokojovanie potreby lásky a bezpečia je jedným z determinantov skutočnosť, že deti zostávajú v profesionálnych rodinách niekoľko mesiacov, niekedy týždňov, deti sa v rodinách častejšie menia, čo je určite náročné. V začiatkoch profesionálneho rodičovstva sa do profesionálnych rodín umiestňovali deti, ktoré mali nižšiu šancu na zverenie do pestúnskej alebo adoptívnej rodiny (napr. s postihnutím). Tieto deti zotrvali v profesionálnych rodinách dlhšie, často až do plnoletosti. Téma pripútania sa v profesionálnej rodine je preto veľmi aktuálna (Marcinová, 2009).

Pri mapovaní potrieb detí sa často stretávame s pomenovaním javov, situácií v živote detí konštatovaním súčasného stavu. Aby bolo možné reagovať, zlepšovať situáciu, je potrebné zistiť, aké potrebné potreby detí sa v súvislosti s pomenovaním javov v skupine, rodine, škole, lokalite, regióne objavujú. Na základe ich identifikácie je možné definovať zodpovednosť dospelých, komunity, hľadať riešenie a plánovať aktivity.

Potreby detí v súčasnosti ovplyvňuje viacero faktorov. V súvislosti s potrebami detí môžeme hovoriť o viacerých druhoch potrieb:

1. Bežné potreby: spojené s chudobou a zaostalosťou. Nazývajú sa aj základné potreby. Do tejto kategórie patria záležitosti týkajúce sa zdravotného stavu detí, ich úmrtnosť, gramotnosť, výživa, práca a podobne.
2. Skryté potreby: bežne sa ťažšie vyhodnocujú a môžu zostať nepovšimnuté. Napríklad pohlavné zneužívanie detí, detská pornografia, trestanie, odmeňovanie, obchodovanie s deťmi, štýl učenia, rešpektovanie detí pri výchove.
3. Novo vynárajúce sa potreby: sú to potreby ktoré majú tendenciu a potenciál výrazne ovplyvniť životnú situáciu a rozvoj dieťaťa – napríklad mobilné telefóny, internet, televízia, účinky globálneho životného štýlu a iné (Piovarčiová, Halašová, 2010).

Názory na detstvo sa neustále menia, sú kultúrne odlišné, často aj protichodné a vyžadujú primeranú reakciu detí, rodičov a spoločnosti. Reálna je skutočnosť, že súčasné deti dozrievajú skôr fyzicky a zároveň sa predlžuje doba strávená štúdiom. Trendom je, že deti stále viac vystupujú ako aktívni tvorcovia s právom na ochranu a podporu. Svet dospelých stále viac preniká do sveta detí (choroby, včasné sexuálne skúsenosti, cestovanie, farbenie vlasov a ďalšie činnosti dospelých v detskom veku). Ubúdajú miesta na bezpečnú hru detí vonku. Deti sú častejšie pod kontrolou dospelých – mobil, čipová karta v škole a podobne.

Informovanosť detí je vysoká, ale deti sú menej vychovávané, formované, často sú preťažované zo strany rodičov, prípadne školy. Kráti sa voľný čas detí, majú organizované dni a niektoré činnosti sa presúvajú až do neskorých večerných, nočných hodín. Mnoho detí má menej kontaktov s manuálnou prácou, prácou v domácnosti. Lekári konštatujú nárast civilizačných chorôb u detí- cukrovka, celiakia, infarkt a podobne. Objavujú sa u nich nové choroby ako napríklad hepatitída typu C. Psychológovia hovoria o zvyšujúcom sa náraste prítomnosti sebapoškodzovania, vo zvýšenom výskyte porúch správania a učenia u detí. Môžeme pozorovať, že deťom sa vytráca zo života skutočne voľný čas, radosť, detské hry, tvorivosť, ktoré neodmysliteľne k detstvu patria.

Na základe štúdií výskumných správ, rôznych prieskumov zisťujem, že deti súčasnosti sa dostávajú do nových situácií, ktoré im vytvárajú tzv. „nové potreby“, prípadne novo sa vytvárajúce potreby detí. Tie sa vytvárajú v súvislosti s globalizáciou; s rozvojom technológií (medicína, informačno-komunikačné technológie); s demografickými zmenami; fungovaním rodiny, so šírením nových ideí (práva detí); s tlakom za všetko mať zaplatené - zvyšujúci sa význam peňazí; so zmenami v spoločnosti; s vyváraním virtuálnych svetov. Podľa Piovarčiovej a Halašovej (2010) sa nové potreby detí vyskytujú všade, v chudobných či bohatých krajinách, najvýraznejšie sa prejavujú v spoločnostiach, kde sa odohrávajú dramatické zmeny. Z výsledkov prieskumu autorky definovali tri najvýznamnejšie súvislosti ovplyvňujúce vznik novo vytvárajúcich sa potrieb detí. Prvou je chýbanie rodičov a ich malá angažovanosť pri výchove detí, druhou nárast výskytu agresivity u detí a poslednou vplyv informačno-komunikačných technológií na vývoj dieťaťa.

Záver

V príspevku sme poukázali na niektoré práva a potreby detí. Funkcie rodiny sa v historickom kontexte menia. Základným poslaním súčasnej rodiny je zabezpečenie vhodného prostredia a optimálnych podmienok pre uspokojovanie potrieb členov rodiny. Proklamovanú právnu ochranu a hodnoty možno aplikovať aj na profesionálnu rodinu. Prostredie profesionálnej rodiny je pre dieťa novou, často traumatizovanou skúsenosťou, od poskytovateľov starostlivosti sa vyžaduje veľká dávka trpezlivosti, empatie a profesionality. Kate Cairnsová (2013) hovorí o štvorstupňovom pláne, ktorý si náhradný rodič či opatrovateľ dieťaťa musí osvojiť. Pozostáva zo štyroch krokov: oddanosť, osobná podpora, profesionálny dozor a budovanie prostredia, ktoré podporuje vznik pevnej a istej väzby, avšak najdôležitejším predpokladom zostáva pocit bezpečia dieťaťa.

Bibliografia a odkazy:

ARCHEROVA, C. *Dítě v náhradní rodině*. Praha: Portál, 2001. 50 s. ISBN 978-80-7315-1447.

ARNOLDOVÁ, E. Dohovor o právach dieťaťa a jeho postavenie v právnom poriadku Slovenskej republiky. In: *Verejný ochranca práv. Práva dieťaťa a ich ochrana (XIII. ročník z cyklu konferencií „Dieťa v ohrození“)*. Zborník z medzinárodnej konferencie konanej dňa 10. novembra 2004 v Bratislave.

CAIRNS, K. *Bezpečná vazba mezi náhradními rodiči a dítětem*. Praha: Portál. 2013. 179 s. ISBN 978-80-262-0370-4.

HROZENSKÁ, M.; KASANOVÁ, A. Dilemy a etika terapeutické sociálnej práce s rodinou. In: *Metódy sociálnej práce s rodinou: Zborník z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou konanej v dňoch 27. – 28. 3. 2012*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, 2012. 227-228 s. ISBN 978-80-8132-050-7.

KRIŠTOFOVÁ, E. *Etika pre pomáhajúce profesie v kontexte teórie a praxe*. Nitra: FSVaZ, UKF v Nitre, 2014. 192 s. ISBN 978-80-558-0679-2

MATĚJČEK, Z. *Prvních 6 let ve vývoji a výchově dítěte*. Praha: Grada Publishing, 2005. 184 s. ISBN 80-247-0870-1.

PEMOVÁ, T.; PTÁČEK, R. *Sociálně-právní ochrana dětí pro praxi*. Praha: Grada Publishing, 2012. 192 s. ISBN 978-80-247-4317-2.

PIVOVARČIOVÁ, T.; HALAŠOVÁ, D. *Inovačný prístup k profesionalizácii práce s deťmi*. Bratislava: Nadácia pre deti Slovenska, 2010. ISBN 978-80-89403-06-6.

ŘIČAN, P. *Psychologie osobnosti*. Praha: Grada Publishing, 2007. 196 s. ISBN 978-80-247-1174-4.

SIKOROVÁ, L. *Potřeby dětí v ošetrovateľskom procese*. Praha: Grada Publishing, 2011. 208 s. ISBN 978-80-247-3593-1

ŠMAJDOVÁ BÚŠOVÁ, K. *Profesionálna rodina*. Košice: Equilibria. 2013. 90 s. ISBN 978-80-8143-079-4.

Realita adopcií na Slovensku: Ich počet klesá, žiadostí je viac, 2015. [cit. 5.02.2015]. Dostupné na: <http://aktualne.atlas.sk/realita-adopcii-na-slovensku-ich-pocet-klesa-ziadosti-je-viac/slovensko/spolocnost/>.

Zákon č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane a sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Kontakt:

PhDr. Erika Krištofová, PhD.
Katedra ošetrovateľstva
FSVaZ, UKF v Nitre
Kraskova 1
949 74 Nitra
E-mail: ekristofova@ukf.sk

Príspevok vznikol v rámci riešenia grantovej úlohy VEGA – Potenciál zabezpečenia a výkonu profesionálneho rodičovstva. Projekt č. 1/0606/16.
Príspevok bol podporený KEGA č. projektu 011UKF-4/2014, s názvom Education and Counselling in Telenursing in Home Health Care, 2014-2016.

VÝZKUM ZÁTĚŽE PEČOVATELŮ V ČESKÉ A SLOVENSKÉ REPUBLICCE

RESEARCH IN CAREGIVER LOAD IN THE CZECH AND SLOVAK REPUBLICS

Tat'ána Kršíková¹, Renáta Zeleníková²

^{1,2} Ústav ošetrovatelství a porodní asistence, Lékařská fakulta, Ostravská univerzita, Česká republika

Shrnutí:

Cíl: Cílem příspěvku je shrnout výsledky výzkumu zátěže laických pečovatелů pečujících o nemocné s demencí v České a Slovenské republice. *Metody:* Pro vyhledávání relevantních českých a zahraničních zdrojů byly využity licencované a volně dostupné elektronické databáze: Academic Search Complete (EBSCO), CINAHL, PUBMED, ScienceDirect, ProQuest, Bibliomedica podle stanovených kritérií a definovaných klíčových slov za období 2006–2015. Zvolená kritéria: zátěž laických pečovatелů, kteří pečují o pacienty trpící demencí, sledování pozitivních aspektů pečování. Vylučujícím kritériem ve studiích bylo sledování kvality života pacienta, jiné onemocnění pacienta než demence. *Výsledky:* Bylo nalezeno 20 článků v českém a slovenském jazyce, z nichž zadaným kritérium odpovídaly 4 články. Nejčastějšími používanými měřicími nástroji ke zjišťování zátěže pečovatелů byly: Zarit Burden Inventory Interview, Caregiver Strain Index (CSI) a Screen for CB (SCB). *Závěr:* Všechny výzkumy potvrdily zvýšenou zátěž pečovatелů v oblasti duševního zdraví, častější výskyt somatických nemocí a socioekonomických problémů.

Klíčová slova: zátěž pečovatele, demence, posouzení demence, poskytování péče, stres pečovatele, pozitivní aspekty, deprese pečovatele.

Summary:

Objective: The aim of this paper is to summarize the results of the research burden of informal caregivers caring for patients with dementia in the Czech and Slovak Republics. *Methods:* To find relevant Czech and foreign resources were used licensed and freely available electronic databases: Academic Search Complete (EBSCO), CINAHL, PUBMED, ScienceDirect, ProQuest, BiblioMedica according to established criteria and defined keywords for the period 2006-2015. Selected criteria: burden on informal caregivers who care for patients suffering from dementia, tracking the positive aspects of caring. Exclusion criterion in the studies was to investigate the quality of life of the patient, other than the patient's disease dementia. *Results:* We found 20 articles in Czech and Slovak languages, all of which match the specified criterion 4 articles. The most commonly used measurement tools to detect stress caregivers were: Zarit Burden Interview Inventory, Caregiver Strain Index (CSI) and Screen for CB (SCB). *Conclusion:* All studies have confirmed the increased burden of carers in mental health, increased somatic illnesses and socio-economic problems.

Keywords: burden on caregivers, dementia, dementia assessment, providing care, burden, caregivers, caregiver stress, positive aspects, caregiver depression.

Úvod

Problematika zátěže pečovatелů je v posledních desetiletích předmětem mnoha výzkumů v českém i mezinárodním kontextu. Sørensen a Conwell ve své publikaci (2011) shrnují, že od roku 2005 byly výsledky související s pečovateli publikovány ve více než 800 studiích a přehledech po té, co Vitaliano v American Journal of Geriatric Psychiatry vyzval k výzkumu v gerontopsychiatrii (Sørensen, Conwell, 2011, s. 491). Pečování, zejména je-li dlouhodobé, je vysoce psychicky a fyzicky náročné a představuje pro pečovatele vysokou zátěž. Rodinní příslušníci, kteří pečují o nemocného trpícího demencí, popisují své pocity jako trvalý stres a frustraci, která pak často vede k onemocnění samotného pečovatele s neschopností nadále o svého příbuzného pečovat. I přes těžkosti spojené s poskytováním

peče členovi rodiny s poruchami paměti nebo jinými problémy, zkušenost pečování může pečovateli přinášet také pozitiva. Až do roku 2007 byl výzkum pozitivních aspektů v péči o nemocné okrajovou záležitostí (Hilgeman et al., 2007). Také Lopez et al. (2005) potvrzuje, že do nedávné doby výzkum v oblasti pečování byl zaměřen převážně na negativní důsledky pečování, např. zátěž, deprese, nemoc (Lopez et al., 2005), a teprve až v posledních desetiletích se výzkumníci začali zabývat také pozitivními aspekty pečování. Také v České a Slovenské republice probíhalo několik výzkumů týkajících se zátěže rodinných pečovateli. Autorky Majerníková, Ondriová a Fertalová (2012) vypracovaly přehled pojmů týkající se zátěže pečovateli, které jsou souhrnem studií a výzkumů týkajících se zátěže pečovateli v zahraničí, České a Slovenské republice (Majerníková et al., 2012). Zvěřová (2010) shrnuje problémy pečujících, které jsou v oblasti duševního i fyzického zdraví, ale také v oblasti socioekonomické. Zdůrazňuje potřebu preventivního hodnocení rizik souvisejících s vykonáváním pečovatelské role (Zvěřová, 2010). Z výzkumu autorek Šerfelové a Hladekové (2010) vyplynulo, že je nutno používat dostupných posuzovacích nástrojů. Ty v praxi pomohou efektivně řešit problematiku zátěže pečovatele při pečování o chronicky nemocného (Šerfelová, Hladeková, 2010).

Cíl

Cílem příspěvku je shrnout výsledky výzkumu zátěže laických pečovateli pečujících o nemocné s demencí v České a Slovenské republice.

Metody

Pro vyhledávání relevantních českých a zahraničních zdrojů byly využity licencované a volně dostupné elektronické databáze: Academic Search Complete (EBSCO), CINAHL, PUBMED, ScienceDirect, ProQuest, Bibliomedica, online podle stanovených kritérií a definovaných klíčových slov za období 2006–2015. Zvolená kritéria: zátěž laických pečovateli, kteří pečují o pacienty trpící demencí, sledování pozitivních aspektů pečování. Klíčová slova pro vyhledávání byla: zátěž pečovatele, demence, posouzení demence, poskytování péče, stres pečovatele, pozitivní aspekty, deprese pečovatele. Vylučujícím kritériem ve studiích bylo sledování kvality života pacienta, jiné onemocnění pacienta než demence. Vyhledávání bylo provedeno ve spolupráci s knihovnicí.

Výsledky

Bylo nalezeno 20 článků v českém a slovenském jazyce, z nichž zadaným kritériem odpovídaly 4 články. Ostatní články byly vyřazeny z důvodu nevyhovění zadaným kritériím. Zabývaly se např. validizací ošetřovatelské diagnózy Přetížení pečovatele, hodnocením přetížení profesionálních pečovateli v agenturách domácí péče, výzkumem aktivit denního života pacientů s Alzheimerovou demencí, determinanty zdraví nebo měřením kvality života rodinných pečovateli, nebo byly souhrnnými články. Výčet publikací vyhovujících zadaným kritériím je uveden v tabulce 1.

Tabulka 1 Seznam článků zabývajících se výzkumem zátěže laických pečovateli v České a Slovenské republice

Autor, rok	Cíl	Počet respondentů	Použitý nástroj	Výsledky
Jedlinská et al., 2008	Posouzení psychické zátěže pečovateli a možnosti, které by ji mohly snížit a přispět k její prevenci	97 pečovateli	Dotazník k získání charakteristiky pečovateli vytvořen dle Krivohlavého teorie stresu,	U 30% dotazovaných plně diagnostikován syndrom vyhoření 57% má zvýšenou spotřebu kávy, cigaret a alkoholu 54% udává změnu zdravotního stavu v souvislosti s rolí pečovatele 26% udává problémy se zvládním běžných denních

			Burnout Measure (BM)	aktivit 84% uvádí znatelnou změnu ve vztazích a to převážně v negativním smyslu
Ondriová, Fertaľová, 2012	Zmapovat míru pečovatelské zátěže v rodinách poskytujících péči pacienta s demencí	60 pečovatelů	Test ošetrovatelské zátěže dle Svanborga u pečovatelů IADL, ADL, test použitý u pacientů	Zátěž pečovatele významně koreluje s ADL, zátěž častěji u žen. Není důležitý věk pečovatele, délka poskytované péče a rodinný vztah k nemocnému
Zvěřová, 2014	Stanovit stupeň zátěže rodinných pečovatelů a následně vyvodit možnosti intervence	60 respondentů, z toho bylo: 30 pacientů 30 pečovatelů	Zarit Burden Inventory Interview u pečovatelů, MMSE použitý u pacientů	S poklesem MMSE roste zátěž pečovatelů. Při vstupním pohovoru byl mírný stupeň zátěže zjištěn u 26,6% pečovatelů, střední stupeň u 43,3% pečovatelů a výrazná zátěž u 26,6% pečovatelů. Po 4 měsících vykazovalo mírný stupeň zátěže 20% pečovatelů, střední stupeň 56,6% pečovatelů a výraznou zátěž 16,6%. U 6,6% zátěž vyhodnocena jako extrémní, vedla k umístění nemocného do spec. zařízení. Po 8 měsících vykazovalo mírný stupeň zátěže 10% pečovatelů, střední stupeň zátěže 43,3% pečovatelů, výrazný stupeň zátěže 40%. Pro institucionalizaci se rozhodlo 6,6% pečovatelů. 75% pečovatelů vyhledalo v průběhu sledování odbornou psychiatrickou pomoc.
Šerfelová, Hladeková, 2009	Posouzení zátěže pečovatele pečujícího o chronicky nemocného v domácím prostředí	50 pečovatelů	Caregiver Strain Index (CSI)	Vyšší míru zátěže pociťovali respondenti ve věku 61-75 let, pečovali déle než 3 roky, jsou životními partnery. 20 respondentů udávalo mírnou zátěž, 4 respondenti udávali hraniční zátěž, 26 respondentů udávalo nadměrnou zátěž.

Výzkumem zátěže pečovatelů pečujících o pacienty s demencí se zabývaly 2 slovenské (Ondriová, Fertaľová, 2014; Šerfelová, Hladeková, 2009) a 2 české studie (Jedlinská et al., 2008; Zvěřová, 2015). Všechny studie byly zaměřeny na zjišťování zátěže pečovatelů. Pozitivními aspekty pečování se nezabývala ani jedna uvedená studie.

V roce 2010 prováděly slovenské autorky Šerfelová a Hladeková výzkum v okrese Tvrdošín u 50 laických pečovatelů, kteří dlouhodobě pečují o chronicky nemocného příbuzného. V článku autorky neuvádějí, kterými chronickými onemocněními respondenti trpěli, zda mezi respondenty byli také pacienti s demencí. Pro sběr dat byl použit dotazník Caregiver Strain Index. Z výsledků vyplývá, že vyšší míru zátěže pociťovali respondenti ve věku 61-75 let, oproti respondentům ve věku 45-60 let. Vyšší míru zátěže pociťovali, pokud pečovali déle než 3 roky a jsou životními partnery. Mírnou zátěž udávalo 20 respondentů, hraniční zátěž udávali 4 respondenti a 26 respondentů udávalo nadměrnou zátěž. V závěru autorky uvádějí, že používání dostupných posuzovacích nástrojů a stanovení správné ošetrovatelské diagnózy může v praxi pomoci efektivně řešit problematiku zátěže pečovatele při pečování o chronicky nemocného. Je potřeba realizovat různé edukační programy pro pečovatele. Tyto programy však na Slovensku chybí, s čímž souvisí nedostatečně vytvořené podmínky některých rodin pro náročnou roli při poskytování komplexní péče o chronicky nemocného v domácím prostředí (Šerfelová, Hladeková, 2010). Další slovenský výzkum zátěže laických pečovatelů probíhal v roce 2014 v Prešovském kraji. Bylo vybráno 60 respondentů, kteří pečují o pacienty s demencí v domácím prostředí. Autorky ve výzkumu použily nestandardizovaný dotazník určený pro laické pečovatele, který byl doplněn o standardizované dotazníky: Test instrumentálních denních činností (IADL), Barthelové test (ADL) a Test ošetrovatelské zátěže podle Svanborga. Z výsledků vyplývá, že zátěž pečovatele významně koreluje s ADL a IADL, statisticky významný rozdíl se potvrdil také v zátěži pečovatele z hlediska pohlaví, kdy vyšší zátěž se častěji vyskytuje u žen než u mužů. Statistická významnost se nepotvrdila z hlediska věku pečovatele, délky poskytování péče a rodinné příslušnosti k nemocnému. Výsledkem

výzkumu bylo zjištění, že zátěž pečovatелů koreluje s úrovní soběstačnosti pacienta. Praxe ukazuje, že je nutno vytvořit edukační programy pro pečovatele, které však absentují (Ondriová, Fertařová, 2014).

V České republice se problematikou zátěže laických pečovatелů zabývá Zvěřová (2015), která této problematice věnovala několik výzkumů. V roce 2015 vydává svou studii, jejímž cílem bylo posoudit v průběhu 8 měsíčního sledování stupeň zátěže a jeho případnou změnu u rodinného pečovatele, který se dlouhodobě stará o člena rodiny s progredující Alzheimerovou demencí. Pacienti byli kromě běžného psychiatrického vyšetření hodnoceni testem Mini-Mental State Examination (MMSE) k orientačnímu posouzení závažnosti demence. U pečujících byl použit dotazník Zarit Burden Interview. Ve výzkumu bylo posuzováno 60 osob. 30 pacientů s Alzheimerovou demencí z psychiatrické ambulance Všeobecné fakultní nemocnice v Praze a 30 rodinných příslušníků, kteří se o ně dlouhodobě starají. Z výsledků vyplývá, že s poklesem MMSE u pacienta roste zátěž pečovatелů. Čím vyšší je psychická zátěž pečovatele, tím negativněji je jimi pocíťována. Při vstupním pohovoru byl mírný stupeň zátěže zjištěn u 26,6% pečovatелů, střední stupeň u 43,3% pečovatелů a výrazná zátěž u 26,6% pečovatелů. Po 4 měsících vykazovalo mírný stupeň zátěže 20% pečovatелů, střední stupeň 56,6% pečovatелů a výraznou zátěž 16,6%. U 6,6% zátěž vyhodnocena jako extrémní, vedla k umístění nemocného do specializovaného zařízení. Po 8 měsících vykazovalo mírný stupeň zátěže 10% pečovatелů, střední stupeň zátěže 43,3% pečovatелů, výrazný stupeň zátěže 40%. Pro institucionalizaci se rozhodlo 6,6% pečovatелů. 75% pečovatелů vyhledalo v průběhu sledování odbornou psychiatrickou pomoc (Zvěřová, 2015).

Podle Jedlinské (2009) nejrizikovější faktory pro vznik nadměrné psychické zátěže byly délka vykonávané role pečovatele, soužití ve společné domácnosti, tíže zdravotního stavu závislé osoby, doba, po kterou se pečující denně věnují osobě závislé a druh handicapu (demence). Zjištěnými subjektivními stresory byly především nadměrné napětí, nedostatek času, neznalost situace, psychické a fyzické přetížení, finanční situace a změna mezilidských vztahů, kdy 84% respondentů uvádí, že došlo ke ztlačení změn ve vztazích a to především v negativním slova smyslu. Z výzkumu vyplývá, že úroveň zátěže laických pečovatелů je významného charakteru a měla by jí být věnována větší pozornost a zájem odborníků. Pečovatel by neměl být odkázán jen na vlastní síly, ale měla by mu být poskytnuta sociální opora a zdravotní prevence. Sociální podpora a zdravotní péče je v současné době spíše orientována na potřeby osoby závislé, než na pečující (Jedlinská et al., 2009).

Diskuze

V České i Slovenské republice proběhlo několik studií a výzkumů zátěže laických pečujících. Výzkumy byly nejčastěji prováděny na menším vzorku respondentů v jednotlivých okresech či ambulancích. Nejčastěji používanými měřícími nástroji pro monitoring pečovatelské zátěže byly standardizované dotazníky: Zarit Burden Inventory Interview, Caregiver Strain Index (CSI), Screen for BC (SBC). U pacientů byly nejčastěji používány dotazníky: Mini Mental State Examination (MMSE), Test instrumentálních denních činností (IADL) a Bartelové test (ADL). V jednom výzkumu byly použity nestandardizované dotazníky. K objektivizaci a kontrole zjištěných výsledků bylo využito paralelního vyhodnocení získaných údajů s výsledky dotazníku Burnout Measure (Jedlinská et al., 2009). Kromě analyzovaných výzkumných studií autorky Majerníková, Ondriová a Fertařová (2012) vypracovaly přehled pojmů týkající se zátěže pečovatелů, které jsou souhrnem studií a výzkumů týkajících se zátěže pečovatелů v zahraničí, České a Slovenské republice. V závěru doporučují nejvhodnější měřící nástroje k měření stupně zátěže rodinných pečujících, mezi něž patří: Zarit Burden Inventory Interview, Caregiver Strain Index (CSI), Screen for BC (SBC) (Majerníková et al.,

2012). Zvěřová (2010) shrnuje problémy pečujících, které jsou v oblasti duševního i fyzického zdraví, ale také v oblasti socioekonomické. Zdůrazňuje potřebu preventivního hodnocení rizik souvisejících s vykonáváním pečovatelské role. Nejvhodnější se jeví screeningové sledování stupně zátěže a jeho vyhodnocování. Pro hodnocení zátěže pečovatelů doporučuje škály Zarit Burden Inventory Interview, Caregiver Strain Index (CSI), Screen for BC (SBC). Zarit Burden Inventory Interview je jednou z nejčastěji používaných (Zvěřová, 2010). Slovenské autorky Šerferová a Hladeková (2010) použily ve svém výzkumu u 50 pečovatelů škálu Caregiver Strain Index. Z výzkumu vyplynulo, že je nutno používat dostupných posuzovacích nástrojů. Ty v praxi pomohou efektivně řešit problematiku zátěže pečovatele při pečování o chronicky nemocného (Šerferová, Hladeková, 2010).

Dlouhodobá péče o nemocného demencí má výrazný vliv na celkový zdravotní stav pečovatele. Pečovatelská role je stresující, onemocnění má vliv na psychickou pohodu rodinných pečovatelů i jejich socioekonomický status. Dosud podceňovaným aspektem je správná komunikace a podpora rodinných pečovatelů profesionálními poskytovateli služeb (Zvěřová, 2015). Potvrdila své dřívější výzkumy, ve kterých zdůrazňuje potřebu preventivního hodnocení rizik souvisejících s vykonáváním role pečovatele. Nejvhodnější se jeví screeningové sledování stupně zátěže a jeho vyhodnocování. Zátěž laických pečovatelů vzrůstá společně se snižující se soběstačností pacientů. Je důležité pravidelným monitoringem zátěže pečovatelů odhadnout ohrožení pečovatele. Preventivními a edukačními programy, společně s dostatkem informací ve všech fázích onemocnění demencí je možno předejít psychickým i tělesným onemocněním pečovatelů, ale také socioekonomickým problémům (Zvěřová, 2010). Dle zjištění však takovýchto edukačních programů není v České republice, ale především ve Slovenské republice dostatek.

Závěr

Existuje pouze několik slovenských a českých studií zabývajících se výskytem pečovatelské zátěže u osob pečujících o pacienty s demencí. Problematika pozitivních aspektů pečování nebyla zatím publikována vůbec. Výzkumy provedené v České i Slovenské republice téměř shodně dospěly k závěru, že je velmi důležité pravidelně monitorovat zátěž pečovatelů. Nejvhodnějšími měřícími nástroji jsou Zarit Burden Inventory Interview, Caregiver Strain Index (CSI), Screen for BC (SBC). Dalším zjištěním bylo, že je velmi důležité vytvořit různé podpůrné, edukační a sociální programy. Otázkou je, do jaké míry byly tyto programy uvedeny do praxe.

Poděkování

Dedikováno SGS05/LF/2016-2017: Zátěž pečovatelů pacientů trpících demencí.

Bibliografie a odkazy:

HILGEMAN, M. M. et al. *Positive aspects of caregiving as a moderator of treatment outcome over 12 months*. Psychology and Aging. 2007;22(2):361.

JEDLINSKÁ, M. *Psychická zátěž laických rodinných pečujících*. Profese online [online]. 2009, roč. 3, č. 1 [cit. 2016-10-11]. ISSN 1803-4330. Dostupné z:

http://profeseonline.upol.cz/archive/2009/1/POL_CZ_2009-1-3_Jedlinska.pdf.

LOPEZ, J., LOPÉZ-ARRIETA, J., CRESPO, M. *Factors associated with the positive impact of caring for elderly and dependent relatives*. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2005;41(1):81-94.

MAJERNÍKOVÁ, E. *Problém zátěže neprofesionálních opatrovatel'ov v domácím prostredí*. První linie [online]. 2012, roč. 2, č. 3 [cit. 2016-10-11]. ISSN 1804-1928. Dostupné z:

http://www.prvnilinie.cz/data/Files/downloads/prvni-linie-3-2012_135341461378.699.pdf.

ONDŘIOVÁ, I. *Starostlivosť o pacienta s demenciou v domácom prostredí v kontexte záťaže laických opatrovatel'ov*. Geriatrie a gerontologie [online]. 2014, roč. 3, č. 1 [cit. 2016-10-11]. ISSN 1805-4684. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/pdf?id=48140>.

SÖRENSEN, S., CONWELL, Y. *Issues in dementia caregiving: effects on mental and physical health, intervention strategies and research needs*. The American Journal of Geriatric Psychiatry. 2011;19(6):491-496.

ŠERFELOVÁ, R. *Záťaž opatrovatel v procese starostlivosti o chronicky chorého*. Ošetrovatelství a porodní asistence [online]. 2010, roč. 1, č. 3 [cit. 2016-10-11]. ISSN 1804-2740. Dostupné z: http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2010-03/4_serfelova_hladekova.pdf.

ZVĚŘOVÁ, M. *Vliv Alzheimerovy demence na psychosociální zdraví pečující osoby*. Česká a slovenská psychiatrie [online]. 2015, roč. 111, č. 2 [cit. 2016-10-11]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2015_2_59_63.pdf.

ZVĚŘOVÁ, M. *Alzheimerova demence a zátěž pečovatele*. Česká a slovenská psychiatrie [online]. 2010, roč. 106, č. 5 [cit. 2016-10-11]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2010_5_307_309.pdf.

Kontakt:

Mgr. Taťána Kršíková

Nemocnice s poliklinikou Havířov, p. o.

Dělnická 1132/24, Havířov – Město, 736 01

E-mail: tana.krsikova@seznam.cz

EDUKACE A SAMOSTATNÁ KONTROLA DIABETU

PATIENT EDUCATION AND SELF-MONITORING IN DIABETES

Pavla Kudlová¹

¹ Ústav zdravotnických věd Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně

Shrnutí:

V řadě studií byla prokázána účinnost edukace osob s diabetem. Přesto se mnohdy nedaří přenášet poznatky o optimální léčbě diabetu do každodenní praxe. Cílem příspěvku je prezentovat moderní způsob edukace osob s diabetem v rámci samostatné kontroly diabetu.

Klíčová slova: osoba s diabetem, edukace, selfmonitoring, moderní přístroje, adherence, compliance.

Summary:

A number of studies have shown that education of diabetic persons is effective. Although, it is often difficult to transfer knowledge of optimum treatment of diabetes into everyday practice. The goal of this contribution is to present a modern way of education of persons with diabetes in self-control diabetes.

Key words: person with diabetes, education, selfmonitoring, modern technology, adherence, compliance.

Úvod

Hlavním cílem edukace je zlepšení zdravotního stavu osoby s diabetem, kompenzace diabetu a podpora zdraví. Dobře edukovaný pacient podle ADA (2013, s. 11-66), zodpovídá za každodenní samostatné rozhodování o dodržování léčby (úprava diety, úprava dávek inzulínu aj.) – jde o tzv. selfmanagement diabetu. Selfmonitoring, nebo-li samostatné měření a kontrola vybraných parametrů vážících se ke kompenzaci diabetu samotným pacientem, je nedílnou součástí selfmanagementu diabetu. Do selfmonitoringu zařazujeme zejména *samostatnou kontrolu glykemie a následné úpravy režimu, také samostatnou kontrolu krevního tlaku, hmotnosti, případně i glykosurie a ketonurie*. Patří sem však i *vědomé sledování* především *HbA_{1c}, krevních tuků a bílkoviny v moči* (zejména tzv. mikroalbuminurie). Výsledky zjištěných hodnot by měl pacient od lékaře vyžadovat, měl by také těmto hodnotám porozumět a podle výsledků a dohody s lékařem upravovat režim. Pacient by měl také sledovat případné akutní komplikace diabetu (hypoglykémie a hyperglykémie), zaznamenat je do diáře a pokusit se o analýzu jejich možných příčin samostatně nebo ve spolupráci s lékařem a ostatními členy zdravotnického týmu (diabetologická sestra, nutriční terapeut aj.).

Obsah

Za edukovaného pacienta považujeme takového pacienta, který umí a snaží se provádět selfmonitoring, dokáže adekvátně reagovat a přizpůsobit se změnám denního režimu. V praxi je dnes při selfmonitoringu sledována především *glykemie stanovená nalačno a postprandiálně* (koncentrace cukru v kapilární plazmě – cP-glukóza); *glykemický profil; glykovaný hemoglobin (HbA_{1c})*; často i *ketonémie* (kyselina β-hydroxymáselná v krvi), méně často pak *glykosurie* (ztráta cukru moči za 24 hodin), *ketonurie* (aceton a kyselina octoová v moči) a *proteinurie* (bílkovina v moči) (Kudlová, 2015).

Selfmonitoring moči

Význam selfmonitoringu moči (samostatného laického měření pomocí testovacích proužků) ustupuje do pozadí. Podle glykosurie a ketonurie nelze upravovat inzulínový režim. Cukr

v moči se za normálních okolností nevyskytuje. Glykosurie se objevuje při vyšší koncentraci glukózy

v plazmě, pokud přesáhne tzv. ledvinový práh (obvykle hodnota 10 mmol/l). U pacientů na „dietě“ nebo na perorálních antidiabetikách (PAD) je vhodné měřit glykosurii 1× týdně nalačno a 2 hodiny po jídle. Oproti tomu u pacientů na inzulínu je vhodné testovat glykosurii ve dnech, kdy si pacient neměří glykemie. Ketonurie se doporučuje testovat u pacientů s hyperglykemií, kteří mají příznaky ketoacidózy (Kudlová, 2015).

Selfmonitoring kapilární krve

Při selfmonitoringu krve (samostatném, laickém měření pomocí glukometru) nejčastěji člověk s diabetem měří glykemie, méně často ketonemie a nověji lze pomocí glukometru a speciálních proužků z kapilární krve měřit i další hodnoty (např. celkový cholesterol, triacylglyceroly a stanovit hladinu laktátu). V ambulancích jsou dostupné i přístroje, určené k měření glykovaného hemoglobinu (HbA_{1c}) přímo v ordinaci lékaře (např. přístroj in2itTM, MTE).

Přístroje používané k měření glykemií v rámci selfmonitoringu

Přístroje, které se používají v České republice k měření glykemií, můžeme rozdělit na glukometry, které měří a ukazují koncentraci glukózy v plazmě (SMPG=Selfmonitoring Plasma Glucose) a Systém pro kontinuální monitorování glykemie (Continuous Glucose Monitoring System – CGMS), který umožňuje měřit koncentraci glukózy v intersticiální tekutině (ISF-glukózy) v běžném denním režimu.

Glukometry

Pacienti si dnes mohou vybrat ze široké škály glukometrů, lišících se technickými parametry a doplňkovou výbavou. Pojišťovny hradí glukometr osobám s diabetem, které aplikují inzulín alespoň 3× denně. Pomůcky předepisuje smluvní lékař s odborností v oboru diabetologie na poukaz pojišťovny. Standardem se staly přístroje pracující s *velmi malou kapkou krve* 0,3μl-10μl. Větší kapka je zapotřebí u *měření jiných parametrů* než glykemie - ketoláték (např. glukometr Freestyle Optium/Optium Xceed), cholesterolu, triacylglycerolů a koncentrace laktátu (např. glukometr Accutrend Plus). Ke stanovení těchto veličin jsou nutné zvláštní testovací proužky, které nejsou běžně hrazeny (Kudlová, 2015).

Frekvence měření závisí na řadě faktorů (typ diabetu, věk pacienta, zvolená léčba, glykemická variabilita, riziko hypoglykemií, stupeň kompenzace, komorbidity aj.). V současné době neexistují žádné relevantní studie, které by přinesly jednoznačné závěry pro všechny skupiny pacientů. Obecně se doporučuje u pacientů s intenzifikovaným inzulínovým režimem nebo na inzulínové pumpě měření minimálně 3-4× denně a alespoň 1× za 3 týdny velký glykemický profil s 10 hodnotami. U pacientů s konvenčním inzulínovým režimem provádět SMBG alespoň 2× denně a alespoň 1× za 3 týdny velký glykemický profil a u pacientů na PAD postačují 3 měření týdně. Frekvence se zvyšuje při nedostatečné kompenzaci (při každé změně klinického stavu), přičemž velký glykemický profil by se měl provádět alespoň 1× týdně. O kompenzaci diabetu se lze přesvědčit také porovnáním vlastních profilů pacienta s glykovaným hemoglobinem (HbA_{1c}). Dále je nutno sledovat: subjektivní pocity hypoglykemie nebo hyperglykemie; tělesnou hmotnost (Waist/Hip ratio, BMI), denní dávky inzulínu, TK, koncentrace lipoproteinů v séru, mikroalbuminurii, další ukazatele (Kudlová, 2015; ADA, 2013, s. 11-66).

Pacient si může odebrat pomocí samonasávacího proužku malou kapku krve z tzv. alternativních míst (AST) – např. z malíkové hrany dlaně, palcového valu dlaně, z vnitřní strany předloktí, horní části paže, z vnější strany předloktí nebo z lýtka. Potřebuje k tomu

speciální autolancetu s nástavcem, který je určen pro odběr pod tlakem. V případě, že rozdíly ve výsledcích měření z prstu a AST přesahují 20 %, je lépe se řídit výsledky získanými měřením z prstu.

Kapacita paměti glukometrů se pohybuje od desítek po stovky. Z paměti řady glukometrů je možno **přenést výsledky** měření přes datový kabel nebo bezdrátově (např. Glukometr Countour Link, firma Bayer) do počítače a následně je vyhodnocovat např. pomocí Diabass 5 software aj. Pacienta je třeba naučit řádné technice měření glykemie (viz Kudlová, 2015; Eldesberger, 2012, s. 222-226, Jirkovská et al., 2014, s. 47 aj.)

Systém pro kontinuální monitorování glykemie

Prokázalo se, že koncentrace glukózy v podkožní tkáni je srovnatelná s koncentrací glukózy v kapilární krvi (P-glukózy). V České republice jsou v současné době používány 2 systémy CGM založené na glukózo-oxidázové reakci (Minimed/Medtronic a DexCom). Je zapotřebí je pomocí glukometru kalibrovat. Zobrazují průměr koncentrace glukózy v intersticiální tekutině každých 5 minut, 288 hodnot denně v rozmezí 2,2-22 mmol/l. Jsou schopny zobrazovat koncentraci glukózy a trendy vzestupu a poklesu v reálném čase, po dobu až **sedmi dnů**. Systémy jsou složeny ze *senzoru*, který kontinuálně měří koncentraci glukózy v intersticiální tekutině, dále z *transmiteru (vysílače)* a ze *zobrazovací jednotky*. Senzor se může použít buďto jako tzv. „zaslepený“, kdy zařízení pouze kontinuálně snímá glykemie pod dobu 5-7 dnů a pacient probírá křivky až s lékařem/edukační sestrou po skončení monitorace a stažení údajů do počítače nebo tzv. „real time“ senzor, kdy pacient na monitoru kontinuálně vidí hodnoty glykemie a může na ně reagovat ihned po důkladné edukaci. Způsob kontinuálního monitorování je hrazen zdravotními pojišťovnami 4× ročně pacientům splňujícím kritéria – nerozpoznávání hypoglykemie a neuspokojivá kompenzace i při léčbě inzulínovou pumpou, pacienti jsou ochotni si senzor hradit sami (Kudlová, 2015; NDP 2012-2022, online; Jirkovská, 2011).

Diabetik a edukace selfmonitoringu

Člověk, který selfmonitoring provádí, by měl reagovat na zjišťované hodnoty glykemie. Je důležité, aby své profily a nálezy mohl konzultovat s edukační sestrou a s lékařem. Řada studií potvrdila, že kvalitní edukace osob s diabetem spojená se samostatnou kontrolou a úpravami režimu vede ke zlepšení znalostí a dovedností samostatného zvládnutí diabetu, ke zlepšení klinických parametrů kompenzace diabetu (<HbA1c, redukce hmotnosti, zlepšení kvality života aj.), ke zlepšení spolupráce se zdravotnickými pracovníky a ke snížení nákladů na zdravotní péči (Jirkovská, Kvapil, 2012, s. 59-61; ADA, 2013, s. 11-63). Edukace musí být zahájena ihned po stanovení diagnózy diabetu. Cílem edukace je dosáhnout takovou úroveň vzdělání a takovou pozitivní modifikaci chování osoby s diabetem, která dovolí přenést na diabetika jeho spoluúčast na léčbě (Beverly et al., 2013, s. 1501-6; Duncan, Ahmed, Li et al., 2011, s. 638-657; Funnell, Brown, Childs et al., 2012, s. 101-108). Za klíčový dokument je považována Deklarace ze Saint Vincent vydaná pod záštitou WHO v roce 1989 a opakovaně novelizovaná (Budapešť 1992, Atény 1995).

Při edukaci je důležité vědět: 1. čím může pacientům přispět edukátor, resp. edukační tým; 2. co musí pacienti udělat sami. V doporučeném postupu „Doporučení k edukaci diabetika“, který byl v roce 2012 revidován a schváleném výborem ČDS, je edukace diabetika (popřípadě jeho rodinných příslušníků) definována jako: „*proces posilující znalosti, dovednosti a schopnosti pacienta nezbytné pro samostatnou péči o diabetes a pro aktivní spolupráci se zdravotníky. Edukace má obsahovat i psychologickou intervenci, protože emoční pohoda je spojena s dobrými výsledky léčby diabetu.*“

Zaměření na důležitost jedince přineslo změny v pohledu na roli pacienta v péči o diabetes. „Compliance“ byla vnímána jako „míra shody chování pacienta lékařskou radou“. V 80. letech minulého století studie zabývající se významem self-managementu zdůraznila působení jednotlivce a termín compliance byl nahrazen termínem adherence. Zatímco v termínu „adherence“ se zdůrazňuje „aktivní, dobrovolné, a spolupracující zapojení pacienta do vzájemně přijatelného průběhu jednání k vytvoření terapeutického výsledku“ (Marreo et al., 2013; Bastable, 2005, s. 153). Obsah musí být účastníkům edukace podán co nejprůměrnější formou, metodami a prostředky, v přiměřeném čase. Edukátor musí mít na paměti, že požadavky, které jsou kladeny na diabetiky, musí být přiměřené jejich věku a vzdělání. Diabetik nechce být poučován, ale chce poradit, jak se zdokonalit ve své praxi. Proto je vhodné zvolit adekvátní metody výuky, materiálně didaktické prostředky a umožnit diabetikům kreativní spolupráci při výuce. Nedílnou součástí materiálně technického vybavení jsou studijní opory (letáky, brožurky, instrukce aj.). V diabetologii existuje mnoho kvalitních edukačních materiálů, které jsou připravovány ve spolupráci s edukačními pracovníky firem, které se zaměřují na prodej pomůcek k selfmonitoringu a léčbě diabetu (Kudlová, 2015; Kudlová, Tomanová, 2009, s. 10-16).

Závěr

V rámci edukačního procesu vedeme osoby s diabetem (jejich blízké) k samostatnému zvládnutí diabetu a k lepší adherenci s léčebným režimem. Velmi vhodnou metodou posilující aktivní zapojení pacienta do managementu diabetu (tzv. selfmanagement diabetu) je používání reálných moderních přístrojů při edukaci. Jsou to zejména glukometry a přístroje používané ke kontinuálnímu monitorování glykemie – tzv. CGMS a softwary k analýze získaných dat.

Bibliografie a odkazy:

- ADA. Standard of medical care in diabetes – 2012, *Diabetes Care* 2012, 35, Suppl.1, S11-S63. *Diabetes Care*, 2013 January, no. 36, Suppl. 1, p. 11-66.
- BASTABLE, S. B. *Essentials of Patient Education*. Sudbury. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, 2006. 502 p. ISBN 13: 978-0-7637-4842-5.
- BEVERLY, E. A. et al. Do Older Adults Aged 60 to 75 Years Benefit From Diabetes Behavioral Interventions? *Diabetes Care*, 2013 Jun; no. 36, vol. 6, p. 1501-6.
- DUNCAN, I., AHMED, T., LI, Q. E. et al. Assessing the value of the diabetes educator. *Diabetes Education*, 2011, no. 37, p. 638–657.
- FUNNELL, M.M., BROWN, T.L., CHILDS, B.P. et al. National standards for diabetes self-management education and support. *Diabetes Care*, 2012, Suppl 1, p. 101-108.
- JIRKOVSKÁ, A. et al. *Jak (si) kontrolovat a zvládat diabetes*. Praha: Mladá fronta, 2014. 400 s. ISBN 978-80-204-3246-9.
- JIRKOVSKÁ, A., KVAPIL, M. Doporučení k edukaci diabetika. Schváleno výborem ČDS ČLS JEP dne 20. 3. 2012. *Diabetes, endokrinologie, metabolismus, výživa*, 2012, roč. 15, č. 1, s. 59-61.
- KUDLOVÁ, P., TOMANOVÁ, D. Edukace osob s diabetem a programová léčba. In *Racionální přístupy k léčbě osob s diabetem. Terapeutická edukace ve 3. miléniu*. Pořadatel R. Chlup. *Interní medicína pro praxi*, 2009, roč. 11, Suppl. B, s. 10-16.
- KUDLOVÁ, P. Ošetřovatelská péče v diabetologii. 208 s. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5367-6.
- MARRERO, D. G. et al. Twenty-first century behavioral medicine: A context for empowering clinicians and patients with diabetes: A consensus report. *Diabetes Care*, 2013, no. 36, p. 463–470. <http://dx.doi.org/10.2337/dc12-2305>.

NDP 2012—2022, který byl podpořen MZČR jako metodický pokyn České diabetologické společnosti a Společnosti všeobecného lékařství České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. [online]. [cit. 2014-12-12]. Dostupný z www: <<http://www.diab.cz/narodni-diabetologicky-program-2012-2022>>.

Kontakt:

PhDr. Pavla Kudlová, PhD.

Ústav zdravotnických věd, Fakulta humanitních studií UTB

Mostní 5139, 760 01 Zlín

E-mail: pavla.kudlova@seznam.cz

ONKOLOGICKÝ PACIENT V KONTEXTE RODINY

ONCOLOGICAL PATIENT IN THE FAMILY CONTEXT

Miroslava Líšková¹, Alica Slamková², Ľubica Poledníková³

^{1,2,3} Katedra ošetrovateľstva, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre

Súhrn:

Onkologické ochorenie predstavuje pre chorého a jeho rodinu nesmiernu záťaž. Chorý od sprevádzajúcich členov rodiny očakáva, že budú schopní a ochotní sa o neho postarať a že mu budú oporou. V prvom okamihu sú pacient aj rodina ochromení správou o chorobe a ich vnímanie je zastreté. Chorý sa často izoluje od ostatných a uzatvára sa do seba, dôveruje iba niektorým osobám. Pre rodinu je nepredvídateľný priebeh choroby a liečby často hrozbou, aj keď súcitia s chorým. Cieľom príspevku je popísať vzťahy onkologického pacienta a jeho rodiny v kontexte prežívania onkologicky chorého, reakcií rodiny na ochorenie príbuzného, komunikáciu s onkologickým pacientom v rodine a psychosociálnu pomoc pacientom a rodinám.

Kľúčové slová: onkologický pacient, rodina, prežívanie, komunikácia, pomoc.

Summary:

Oncological disease is the patient and his family tremendous burden. Sick of accompanying family members are expected to be able and willing to take care of him and that he will support. In the first moment of the patient and family crippling report on the disease and their perception is clouded. Ill it is often isolated from the rest and closed in on ourselves, trusting only certain persons. For a family the unpredictable course of the disease and treatment often pose a threat, although compassion for the sick. The aim of this paper is to describe the relationship of cancer patients and their families in the context of survival of cancer patients, family reactions to illness of a relative, communicating with cancer patients in the family and psychosocial support to patients and families.

Keywords: cancer patient, family, survival, communications, assistance.

Úvod

Onkologické ochorenie predstavuje pre človeka záťažovú situáciu, ktorá ho vyraduje z každodennej činnosti a narúša jeho bežný spôsob života. Jeho život zrazu sprevádzajú ťažkosti, obmedzenie funkcií, sociálne a ekonomické dôsledky, obavy ako sa bude ochorenie vyvíjať. Pacienti sú väčšinou dlhodobo hospitalizovaní čím sú vytrhnutí zo spoločnosti aj pracovného procesu. Preto pri kontakte s príbuznými potrebujú prirodzenosť v komunikácii, pocit podpory a bezpečia, toleranciu a úctu. Pacienti si prajú, aby ich rodina rešpektovala nový režim, ktorý vznikol v dôsledku choroby. Nechcú však, aby je niekto ľutoval, ani aby sa ich choroba tabuizovala, ale tiež nechcú, aby sa o nej hovorilo príliš často. Od priateľov a blízkych potrebujú, aby sa nepozastavovali nad ich výzorom, aby sa im nevyhýbali, mali o nich úprimný a primeraný záujem a aby s nimi aj naďalej počítali (Gulášová, 2004).

Vlastný text

Prežívanie onkologicky chorého

Onkologické ochorenie je diagnóza, ktorá sa dnes vyskytne takmer v každej rodine. Prináša so sebou množstvo náročných situácií a ich zvládnutie je niekedy nadľudský výkon. Onkologické ochorenie je stále témou, o ktorej sa radšej nehovorí „*Podľa výskumov približne 1/3 onkologických pacientov trpí psychickými ťažkosťami súvisiacich s ochorením a liečbou (strach, úzkosť, depresia a ďalšie), ale väčšina z nich nevyhľadá pomoc. Cena, ktorú za svoje mlčanie platia je však vysoká: zostávajú so svojim trápením sami.*“ (Andrášiová, 2009, s. 42).

V počiatočnom štádiu ochorenia prebiehajú v určitom poradí rôzne psychické stavy. Krtičková (2004) ich pomenúva nasledovne: prežívanie subjektívnej ujmy – ťažkosti, prvé náznaky, že niečo nie je v poriadku, človek po prvý krát prežíva ohrozenie, úzkosť, čo sa prejavuje problematickým spánkom, desivými snami, pocitom tlaku na hrudníku, stiahnutým hrdlom, pocitom stiahnutého žalúdka, sťaženou koncentráciou, jeho pozornosť je zameraná na predstavy o neistote v súvislosti s prebiehajúcimi zmenami. Hodnotenie ťažkostí a náznakov ako signálov choroby – človek definuje sám seba ako chorého, prežíva s tým spojené afektívne reakcie (emočnú labilitu, podráždenosť, vzťahovačnosť, plač, zlosť) a vyradenie z normálnych sociálnych povinností (má obavu zo straty zamestnania, zmeny role v rodine). S týmto hodnotením úzko súvisí predchádzajúca skúsenosť s onkologickým ochorením vo svojom okolí. U tých, ktorí priamu skúsenosť nemajú sa objavuje predstava o rakovine ako o zákernej chorobe, ktorá vyvoláva strach a pocit hanby. Pojem rakovina oddávna obklopuje mystická predstava nevyliciteľnej a neodvratnej smrti, ktorej predchádza krutá a neutíšiteľná bolesť či iné utrpenie a obmedzenie kvality života. Snaha stanoviť si sám diagnózu (laickú, osobnú diagnózu) – predstava choroby a jej pomenovanie je pre pacienta veľmi dôležité, pretože môže zaradiť ťažkosti a posúdiť ich nebezpečnosť. Predstavy o pôvode choroby privádzajú chorého k otázkam, týkajúcim sa osobného previnenia, čiže svoju chorobu interpretujú ako trest, alebo ju odôvodňujú vplyvom stresu, prepracovaním či zlej životosprávy. Situácia rozhodovania – chorý si musí vybrať z niekoľkých alternatív – čakanie, návšteva lekára, pýtať sa skúsenejších, poradiť sa s liečiteľom alebo sa liečiť sám. V tejto fáze pacienti začínajú otvorene komunikovať s okolím, najčastejšie s rodinou a začínajú aktívne hľadať riešenie. V prvom rade hľadajú podporu u najbližších, spravidla u svojej rodiny. Rodina pacienta prežíva tieto zmeny spolu s pacientom. Prežíva rovnaké pochybnosti a úzkosť, niekedy ešte umocnené podozrením, že milovaný človek kvôli svojmu okoliu disimuluje. S diagnózou rakoviny a jej liečbou sa spájajú telesné, psychické a sociálne problémy, ktoré sprevádzajú pacientov počas liečby (Dučaiová, Litvínová, 2011). Patrí k nim hrozba smrti, najmä preto, že diagnostikovanie rakoviny je predovšetkým spájané s nevyhnutnou smrťou, utrpením a umieraním, znamená zmenu života chorého aj rodiny. V zdraví je pocit „nezraniteľnosti“ prirodzený, avšak onkologické ochorenie prináša stratu telesnej nedotknuteľnosti. Chorý stráca autonómiu –pocit riadenia vlastného osudu a to vníma ako stratu vlastnej dôstojnosti. V dôsledku choroby sú čiastočne alebo úplne obmedzené takmer všetky aktivity, na základe mnohých zmien dochádza k zmenám aj v sociálnych vzťahoch, často dochádza k vytvoreniu vzájomného odstupu – k sociálnej izolácii a strachu zo stigmatizácie. Diagnóza rakoviny vyvolá v každom existenčnú krízu, ohrozenie sociálnej identity a stratu osobnej kontroly. Častým javom je aj nádorová bolesť – akútna alebo chronická, spôsobená liečbou alebo samotným ochorením. Prežívanie život ohrozujúceho ochorenia prebieha podľa Kübler – Rossovej v piatich fázach: šok a popieranie – po zistení diagnózy má človek pocit zmätku, bezradnosti a úzkosti, vysvetľuje si diagnózu zámenou výsledkov, omylom lekárov, snaží sa od choroby uniknúť alebo ju popiera; hnev a agresivita – pacient pociťuje krivdu a nespravodlivosť, že choroba postihla práve jeho, útočí na okolie; vyjednávanie – chorý sa snaží vyjednávať, hľadá zázračné lieky, diéty, liečiteľov; depresia – chorý definitívne pochopí závažnosť ochorenia, objaví sa smútok z utrpenej a hroziacej straty; zmierenie – chorý uzná chorobu ako novú životnú situáciu a pochopí fakt, že k nej musí zaujať nový životný postoj. V tejto fáze niekedy rodina potrebuje viac pozornosti ako sám pacient (Berč, Palčová, 2008). Uvedené fázy nemusia prebehnúť všetky alebo v tomto poradí, môžu sa prelínať, striedať či vracieť. Úlohou ošetrojúceho personálu nie je pacienta posúvať z jednej fázy do druhej, ale porozumieť jeho reakciám a v najvyššej možnej miere ju akceptovať.

Reakcie rodiny na ochorenie príbuzného

Liečba onkologických ochorení vyžaduje komplexný prístup a je náročná, či už z hľadiska časového či ekonomického, ale aj personálneho a psychosociálneho. Chorý je počas liečby nielen v rukách zdravotníkov, ale aj v opatere svojich príbuzných, rodiny. Vo chvíli, keď sa ocitne na nemocničnom lôžku, sprevádzajú ho tam, aspoň v myšlienkach, všetky pre neho dôležité veci, predovšetkým myšlienky na svojich blízkych, na svoj domov. Choroba, ktorá postihla člena funkčnej rodiny, nenechá v živote rodiny kameň na kameni. Táto kríza v živote rodiny preverí každý vzťah a ukáže silu a slabosť každého jej člena. Nielen pacient však prechádza fázami psychickej reakcie na závažnú chorobu, ktoré popísala Elizabeth Kübler-Rossová (šok, agresia, vyjednávanie, depresia a zmierenie). Všetkými týmito fázami prechádza každý člen pacientovej rodiny, ale aj priatelia či iné blízke osoby. V prvej fáze prichádza šok – blízky nemá síce príznaky ochorenia, ale o to viac pociťuje ohrozenie, pýta sa „prečo práve jeho rodina“, uvažuje o komplikáciách, ktoré choroba blízkeho prinesie (väčšinou nie zo sebeckých dôvodov), neodkáže pripustiť, že choroba sa vyskytla tak blízko vedľa neho. Snaží sa pre svojho blízkeho nájsť alternatívu k liečbe, ktorú navrhuje lekár. Keďže pacient svojmu blízkemu často bezhranične verí, podrobí sa jeho prianiam. Niekedy sa však v tejto fáze stáva, že príbuzný popiera ochorenie natoľko, že bráni chorému podstúpiť „zbytočnú“ indikovanú liečbu. Hnev partnera je často smerovaný na zdravotníkov (lekárov a sestry), pretože ich považuje za neschopných liečiť a vyliečiť pacienta. V krajných prípadoch je schopný chorého premiestňovať z jedného zariadenia do iného, pretože nedokáže tolerovať „neschopnosť“ lekárov „aroganciu“ sestier. Pacient aj príbuzní sa obracajú k autoritám (k lekárom, prírode, Bohu) od ktorých si sľubujú zázraky, hľadajú zdroj sily, prosia a sľubujú – hovoríme o fáze vyjednávania. Depresia nastupuje, keď zázrak neprichádza, frustrovaný, unavený a bezradný partner jej naplno prepadá. Jedná sa zväčša o reaktívnu depresiu, resp. anticipačnú úzkosť. Zmierenie sa s ochorením sa prejavuje tým, že pacient aj partner začínajú veriť zdravotníkom, dokážu sa poďakovať za starostlivosť a je možná aktívna spolupráca s nimi zo strany zdravotníkov na tom, aby dokázali zachovať primeranú kvalitu života pacienta aj rodiny (Kalvodová, 2010). Podľa Andrášiovej (2007) je veľmi sporné či pacientovi prospieva, keď vie rodina o jeho zdravotnom stave a prognóze viac ako on sám. Výsledkom totiž býva, že rodina vie, pacient tuší a každý sa trápi sám. Prijateľnejšou cestou je podporiť pacienta a rodinu, aby spolu hovorili, o chorobe, ale nielen o nej. Je to nová životná situácia, ktorá mnohé mení, ale zároveň umožňuje ujasniť mnohé veci, vzťahy, doriešiť konflikty, ale najmä pomôže človeku, aby nezostával so svojimi pocitmi a strachom sám. Samozrejme, každá rodina je jedinečným spoločenstvom a nie každá rodina je na takúto otvorenosť v komunikácii pripravená. Krტიčková (2004) popisuje niekoľko typov reakcií rodiny na ochorenie jedného zo svojich členov: plné zdieľanie – primeraná miera podpory zo strany rodiny, ktorá má pre pacienta zmysel a vníma ju ako prospešnú. Pacient má v právo rozhodnúť, čo potrebuje, čo zvládne sám a čo nechce, jeho rozhodnutie rodina plne akceptuje. Pseudozdieľanie sa prejavuje tým, že príbuzní od začiatku generalizujú význam symptómov ochorenia, rodina je aktívnejšia než pacient sám. Často za jeho chrbtom konzultujú u ďalších odborníkov stav svojho príbuzného, tlačia ho do alternatívnej liečby a pacient sa cíti byť bezmocným objektom. Bagatelizácia symptómov znamená, že pacienta považuje rodina za sebeckého, ktorý hneď myslí na najhoršie, podozrievajú ho z precitlivenosti a túžby na seba upozorniť, niekedy ho dokonca obvinia z hypochondrie či simulantstva. Pri takejto reakcii sa pacientovi nedostáva pozornosti ani podpory. Často sa v rodine vyskytujú pocity úzkosti, strach, ale aj pocit viny. „U ľudí s podprahovými pocitmi viny a nevedomou potrebou potrebania môže choroba zaťažiť psychiku natoľko, že je choroba vnímaná ako trest za to, čo druhému urobili, že sa mali starať lepšie a viac a tiež za to, čo neurobili“ (Krტიčková, 2004, s. 247). V rodinnej interakcii získava choroba význam, pre každú rodinu iný. Z pohľadu rodinne – systémovej choroby ochorenie najslabší článok rodinného systému, tzv. obeť baránok. Každý z členov rodiny má rozdielnu schopnosť

adaptácie na zmeny, preto je veľkým kameňom úrazu často aj (ne)pripravenosť členov rodiny, ktorá trpí emočným dyskomfortom a napätím. Preto je logické, že medzi chorým a rodinou vzniká nesúlad v rôznych potrebách. Dôležité je nechať na chorom, aby určil, kedy je ten správny čas na rozhovor. Významne sa tiež uplatňuje neverbálna komunikácia, hlavne dotyk, pohladenie či objatie. Niekedy sa príbuzní vyhýbajú kontaktu s chorým, nie však pre nezájum, ale preto, že neznesú myšlienku, že sa život ich blízkeho sa končí. Keď sa u niektorého člena rodiny diagnostikuje onkologické ochorenie, každá rodina spúšťa svoje vlastné reakcie smútku, ktoré môžu byť telesné (ťažkosti so spánkom, strata chuti do jedla, rôzne somatické ťažkosti), psychické (hnev, smútok, beznádej, pocit viny, úzkosť, zúfalstvo) a sociálne (pocity potreby starať sa o ostatných v rodine, snahu vidieť rodinu alebo naopak snahu o izoláciu, stratu záujmu o prácu...) (Adam in Hudáková, 2009). Rodina si musí uvedomiť, že ich milovaný je vystavený náročnej situácii. Priebeh ochorenia sa nedá predvídať, človek prežíva možné ohrozenie života, zdôraznené bolesťou, trpí alebo čoskoro bude trpieť vedľajšími účinkami liečby. Je vytrhnutý z pracovného aj spoločenského života, mení sa jeho postavenie v rodine, stráca sebaistotu. Choroba obmedzuje postoj k jeho vlastnému telu, čo znamená emocionálne zaťaženie a pokles vlastnej hodnoty. Závažnosť samotná však nie je rozhodujúcou, podstatné je ako ju jedinec spracuje a zvládne. Rodina, ktorá sa do starostlivosti o svojho člena angažuje natoľko, že ignoruje vlastné potreby a plne preberá zodpovednosť za starostlivosť o chorého, má plné právo na poskytnutie psychoterapeutickej starostlivosti rovnako ako sám chorý. (Kozierová a kol. 1995)

Komunikácia s onkologickým pacientom v rodine

Ak má byť pacient aktívnym účastníkom procesu liečby (čo je zároveň jeden zo základných predpokladov jej úspechu), musí poznať svoju diagnózu, liečbu ktorá ho čaká a prognózu. Mal by byť informovaný postupne a primerane. „*Ako sa s týmito informáciami vyrovná, závisí od jeho osobnostných charakteristík a zrelosti, schopnosti zvládať záťaž, predchádzajúcich skúseností s chorobou a jej liečbou, sociálnej podpory a v neposlednom rade od vzťahu s lekárom a spôsobu, akým mu informáciu o ochorení podal*“ (Andrášiová, 2007, s. 43). Po stanovení diagnózy, pri prvom kontakte s chorým je hlavným problémom či a ako povedať pravdivú diagnózu. Táto dilema nebola dodnes vyriešená. V niektorých krajinách je pravdivé a priame vyjadrenie sa lekára k diagnóze považované za bežné, u nás je však často považované za necitlivé a neetické. Nejedná sa o zámerné utajovanie informácií, skôr o zvažovanie, či v konkrétnom prípade prospeje viac polopravda alebo nepravda. Rozhodne je však nutné odmietnuť akékoľvek zľahčovanie situácie a príznakov, pretože chorý skôr či neskôr vycíti závažnosť ochorenia a môže sa dostaviť tzv. druhý strach, kedy sa nejedná o obavu z ochorenia samotného, ale z toho, že lekár pravdepodobne nedospel k správnej diagnóze a teda jeho liečba je nesprávna a neadekvátne. Prvý kontakt s lekárom je potrebný na vytvorenie vzájomného vzťahu. Ak vznikne medzi lekárom a pacientom dôvera, stáva sa lekár oporným bodom v liečbe pacienta (Kelner, 2002). Každé vážne oznámenie týkajúce sa diagnózy, závažnosti zdravotného stavu, alebo detailoch liečby patrí jednoznačne do kompetencie lekára. Oboznamuje pacienta s podstatou ochorenia a so spôsobom liečby. Pacient sa obyčajne sa nepýta na presnú diagnózu, ale aká je jeho prognóza, dĺžka hospitalizácie a nežiaduce účinky. Ak lekár usúdi, že pacient momentálne nie je schopný aktívne počúvať, treba rozhovor odložiť na vhodnejší čas. Informácie poskytuje postupne a spôsobom prispôbeným osobnosti pacienta. „*Pacient si musí sám zvoliť osobnú stratégiu vyrovnania sa s chorobou, zodpovedá za svoj vnútorný psychický život a životný štýl. Zdravotníci môžu byť len poradcovia v snahe o zachovanie čo najlepšej kvality života*“ (Gulášová, 2004, s. 248). Zvláštnu pozornosť z psychologicko – etického hľadiska vyžadujú dôsledky onkologickej liečby, najmä subjektívna strata ľudskej dôstojnosti. V súčasnosti sa preferuje komplexná liečba, do jej popredia vystupuje aj závažnosť

psychologickej problematiky, súvisiacej s ošetrovaním onkologických pacientov. Táto choroba má mnoho foriem, s čím priamo súvisia prejavy ochorenia a aj správanie pacienta. Veľa pacientov žije s touto správou dlhý čas a musí sa naučiť „žiť s rizikami agresívnej liečby, bolesti, hrozbou recidívy choroby, zaobchádzať s nimi tak, aby jeho šance na prežitie a kvalita života bola čo najvyššia. Aktuálnou sa v tejto situácii javí psychosociálna podpora chorého za aktívnej účasti rodinných príslušníkov“ (Dučaiová, Litvínová, 2011, s. 19). Hlavným cieľom rozhovoru lekára, prípadne sestry s onkologickým pacientom je odovzdanie informácií – o chorobe, liečbe, prognóze, výsledkoch liečby, prípadne iných odporúčaní. Často však nastáva pre pacienta neriešiteľná situácia, keď lekár hovorí neznámym lekársnym jazykom a chorý mu nerozumie, ale bojí sa pýtať vysvetlenie. Vidí však reč tela, ktorá mu často povie viac ako slová samotné. Preto by sa v medicíne nemala používať milosrdná lož, pretože ju pacient ľahko odhalí a stratí dôveru k lekárovi či sestře. Každý pacient chce vedieť, čo bude ďalej. „Ten, kto odmieta počúvať informácie o svojom zdravotnom stave, ešte nemusí odmietať pravdu, len lekárovi oznamuje, že na krutú pravdu ešte nie je dostatočne pripravený“ (Kalvodová, 2010, s. 2). Nie každý vie správne komunikovať, platí však niekoľko zásad, ktoré by mal zvládnuť každý. Je nutné vyhýbať sa cudzím slovám – chorý ich síce možno pozná z médií, to však ešte neznamená, že im rozumie a pozná ich význam – hlavne význam pre neho samotného. Rozhovor treba viesť v pokojnom prostredí, súkromí – nie je vhodné oznámiť vážnu správu pred ostatnými pacientmi či na chodbe, takéto jednanie svedčí o nedostatku etického správania zo strany zdravotníka; hovoriť pomaly, zreteľne – ak oznamujeme pacientovi zlú správu, nemá význam zavalit' ho výsledkami, návrhom liečby a prognózou bez toho, aby sme mu dali čas na prekonanie paniky, ktorá sa ho hneď na začiatku zmocní. Pacient potrebuje vstrebať informácie a porozumieť im. Osoba, ktorá poskytuje informácie pacientovi sa musí sústrediť len na rozhovor a pacienta – nemala by mu dať najavo, že ju pacient zdržuje alebo obťažuje. Ak si to pacient želá, pri rozhovore môžu byť prítomné blízke osoby, ktoré si pacient sám vyberie – má to pozitívny vplyv, pretože je väčšia šanca, že viacerí si zapamätajú viac a predíde sa dezinterpretácii. Je veľkou výhodou, ak môže dostať pacient informácie aj v písanej forme, aj keď rovnako sa bojí slov vyslovených, ako písaných, vhodná brožúra alebo kniha pacientovi pripomenú dôležité skutočnosti o chorobe a liečbe kedykoľvek. Jednou zo zásad by malo byť opakovať, opakovať, opakovať – lekár by mal byť pripravený na opakovanie informácií nie preto, že by pacient skúšal jeho trpezlivosť, ale preto, že pacient je v strese a nepozorný a nie vždy porozumie na prvýkrát. Dĺžku rozhovoru určuje pacient – lekár by mal pacientovi poskytnúť dostatok času na spracovanie informácií, preto je aj mlčanie dôležitou súčasťou komunikácie. Ak lekár umožní pacientovi, aby ukončil rozhovor kedy bude chcieť on sám, posilní tak vzájomnú dôveru. Často sa v praxi stáva, že pacient je považovaný len za objekt, avšak pacient by mal byť partnerom, spolurozhodovať o liečbe – ak si lekár nie je istý reakciou pacienta, môže konzultovať s klinickým psychológom, prípadne zabezpečiť, aby bol prítomný pri rozhovore s pacientom a pomohol mu zvládať krízovú situáciu. Najčastejšími psychickými reakciami človeka po zistení závažnej diagnózy býva strach a úzkosť. Jednak úzkosť existenčná, pretože choroba ohrozuje človeka priamo na živote a konfrontuje ho so smrťou, zdrojom úzkosti je aj samotná liečba a jej nejasný postup a výsledok. Smútok je reakciou na skutočnosť, že v živote človeka sa objavila choroba, ktorá výrazne obmedzí jeho život a môže znamenať definitívnu stratu zdravia s ním súvisiacej kvality života. Medzi časté reakcie patrí aj sebaobviňovanie, negácia ochorenia, odmietanie liečby, nespavosť či psychogénne podmienené vracanie. Hnev a agresia taktiež patria k častým reakciám a napriek tomu, že nie sú pre pacientovo okolie príjemné, pacienti, ktorí sa stavajú k liečbe bojovne a vyjadria svoje emócie navonok, zvládajú záťaž počas liečby lepšie ako tí, ktorí sú pasívni a svoje city držia v sebe (Andrášiová, 2009). Typ psychickej reakcie človeka a spôsob prežívania ochorenia závisí od viacerých faktorov: „stavu vyššej nervovej sústavy, osobnostných vlastností

a schopností, od hodnotovej orientácie, životného štýlu a spôsobu uspokojovania potrieb, sociálneho a citového zázemia, funkčnosti rodiny, zamestnania, spoločenského postavenia, veku chorého, od miery a rozsahu informovanosti o chorobe, dôvery k zdravotníkom a od fázy a spôsobu, akým maligne ochorenie prebieha“ (Gulášová, 2004, s. 82). Psychologický proces akceptácie u onkologických pacientov je spravidla intenzívnejší a kratší. Je to zapríčinené náhlym nástupom choroby a tiež nižším vekovým priemerom chorých. Každé závažné ochorenie vyvoláva u človeka psychickú odozvu rôznej intenzity a rôzneho charakteru. Choroba prináša pre pacienta výrazné zmeny v každej oblasti jeho života. Tieto zmeny sa prenášajú aj do psychických vzťahov medzi ním a okolím (Křivohlavý, 2002). Pacient s onkologickým ochorením potrebuje predovšetkým podporu svojej rodiny, citlivý a chápatý prístup bez sentimentalít a prehnanej ľútosti. Netreba sa vyhýbať rozhovorom o chorobe, ale treba sa snažiť upriamiť jeho myseľ aj na iné veci, zapájať ho do rôznych aktivít v rodine aj mimo nej. Ak sa pacient dostane do fázy ochorenia, kedy nie je možné vyliečenie, treba mu umožniť čo najkratší pobyt v nemocnici a dôstojné dožitie v kruhu rodiny. Psychologický prístup je nevyhnutný nielen u pacienta, ale aj u príbuzných. Treba im citlivo vysvetliť, čo ich čaká, ako môžu správne pomôcť, prípadne na koho sa môžu obrátiť. Nedostatok informácií môže u pacienta zvýšiť neistotu a vyvolať anticipačnú úzkosť. Naopak, primerane informovaný pacient sa môže stať partnerom v liečbe. Diagnóza podaná bez následnej ponuky, čo je pacienta možné urobiť, je deptajúca a zdravotníci ani príbuzní nikdy nie sú v pozícii, že už pre pacienta nemôžu nič urobiť. Pre pacienta, aj keď v terminálnom štádiu ochorenia, je spoluúčasť a sprevádzanie, podpora a priestor na vyslovenie obáv a neistôt liečivá (Andrášiová, 2007).

Psychosociálna pomoc pacientom a rodinám

Na diagnózu „rakovina“ je najčastejšou a prirodzenou reakciou pacienta aj jeho rodiny šok. Postupne sa s realitou vyrovnávajú, a hoci najbližší neprežívajú ochorenie na vlastnej koži, je to náročná životná situácia. Od partnera či rodiny sa očakáva, že budú silní a láskaví, že zvládnu aj povinnosti, ktoré dovtedy zvládali spolu a že budú pozitívnou náladou a nádejou nabíjať aj samotného pacienta. Niekedy je však ťažšie vyrovnáť sa s tým, že odchádza blízky človek, ako s čakaním na vlastný koniec. Cieľom odbornej psychosociálnej pomoci je dosiahnuť pozitívnu zmenu v prežívaní pacienta, korigovať neprimerané konanie, zlepšiť celkový psychický stav pacienta a integrovať ho do spoločnosti. Psychosociálnu pomoc poskytuje odborník s psychologickým vzdelaním pomocou cieľných cvičení alebo programovou intenzívnou pomocou individuálne alebo skupinovo. V čase liečby môže byť psychosociálne prežívanie pacienta potlačené. Preto mnoho klientov vyhľadáva pomoc až pri postraumatickej reakcii. Mimoriadne významným bodom v psychosociálnom prežívaní pacienta je začlenenie sa do podporného klubu. Už len pocit, že sa človek ocitol v skupine ľudí, ktorí prežili a prežívajú to čo on, prináša úľavu a zmiernenie psychického napätia. Práve preto sú svojpomocné kluby sami o sebe silnou podporou (Križanová, 2011).

V spoločnosti stále prevláda nesprávny pohľad na návštevu psychológa či psychiatra, ktorý vyvoláva falošné presvedčenie seba samého, že problém s chorobou nepatrí do rúk odborníka, pretože chorý „predsa nie je blázon“. Z toho dôvodu je pre potenciálneho pacienta prípusnejšie nájsť odborné poradenstvo v klube, kde je psychológ či psychiater prítomný a dostupnejší ako v nemocnici či poradni. Pre každého člena má zaradenie v skupine nejaký zmysel. Odbornou pomocou pacient odstraňuje zo svojho života zdroje napätia, konfliktov, preťaženie, odborná pomoc tiež zabraňuje tomu, aby bol pacient naďalej bez akejkoľvek možnosti pomoci vystavovaný traumatizujúcim vplyvom. Okrem pacientov je táto pomoc často dôležitá i pre rodinných príslušníkov, ktorí sa o onkologického pacienta starajú (Liga proti rakovine, 2009).

Záver

Tak závažné ochorenie, akým rakovina určite je, vyvolá u človeka odozvu, bez ohľadu na to, či je dotýčaný chorým, alebo choroba postihla jeho príbuzného. Často je starostlivosť namierená len na telesné prejavy choroby a ich liečbu pacienta, je však potrebné venovať pozornosť a psychickému stavu pacienta a jeho príbuzných. Psychický stav chorého ovplyvní priebeh liečby a celkovú kvalitu jeho života s chorobou. Udržať si dobrú psychickú kondíciu pomáha pacientom najmä informovanosť, spolupráca s onkológom a podpora najbližších príbuzných. To, ako dokáže rodina počas choroby jedného z členov fungovať závisí od viacerých faktorov – od kvality vzťahov v rodine, spôsobov zvládania záťažových situácií, úrovne komunikácie v rodine a pod. Hoci rodina funguje ako celok, treba myslieť na to, že je zložená z jednotlivcov a každý z nich má svoj vlastný spôsob zvládania záťažových situácií. Dôležité je naučiť tieto vzájomné rozdielnosti prijať a rešpektovať. Pacient s onkologickým ochorením potrebuje predovšetkým podporu svojej rodiny, citlivý a chápaný prístup bez sentimentalitu a prehnanej ľútosti. Ak sa pacient dostane do fázy ochorenia, kedy nie je možné vyliečenie, treba mu umožniť čo najkratší pobyt v nemocnici a dôstojné dožitie v kruhu rodiny. Psychologický prístup je nevyhnutný nielen u pacienta, ale aj u príbuzných. Treba im citlivo vysvetliť, čo ich čaká, ako môžu správne pomôcť, prípadne na koho sa môžu obrátiť.

Bibliografia a odkazy:

- ANDRÁŠIOVÁ, M. Keď do života vstúpi rakovina. In *Bedeker zdravia*. 2009, č. 2, s. 42-43. ISSN 1337-2734.
- ANDRÁŠIOVÁ, M. Psychologické minimum o psychickom prežívaní onkologického pacienta. In *Via practica*. [online]. 2007, roč. 4, S2, str.42 – 46. [cit. 2015-10-28]. Dostupné na internete:
http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=2924&magazine_id=1.
- BERČ, A., PALČOVÁ, Ľ. a kol. *Onkologické ošetrovatel'stvo I*. ZZ design studio, 2008. 179 s. ISBN 978-80-969605-3-8.
- DUČAIOVÁ, J., LITVÍNOVÁ, B. Důstojnost při péči o onkologicky nemocné. In *Sestra* [online]. 2011. č. 5, s. 19. [cit. 2011-10-11]. Dostupné na internete:
<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/dustojnost-pri-peci-o-onkologicky-nemocne-459794>.
ISSN 1214-7664.
- GULÁŠOVÁ, I. Psychologický prístup a komunikácia sestry s onkologicky chorým pacientom. In *Kontakt.*, 2004, roč. 6, č. 2, s. 79 – 86. ISSN 1212-4117.
- HAMPL, Z. 2005. Onkologická liečba a etika. In *Zdravotnícké noviny*. [online]. 2005, č. 49, str. 26 [cit. 2011-10-28]. Dostupné na internete:
<http://www.zdn.cz/clanek/zdravotnicke-noviny/onkologicka-lecba-a-etika-169734>.
ISSN 1214-7664.
- HUDÁKOVÁ, Z. Úskalia komunikácie s onkologickým pacientom a pozostalými. In *Psychologie v onkologii: XXXIII. Brněnské onkologické dny a XXIII. Konference pro sestry a laboranty*, 16. – 18. 4. 2009. Brno: 2009. ISBN 978-80-86793-12-2.
- KALVODOVÁ, L. *Psychologický náhled na problémy onkologických pacientů a ošetrujícího týmu*. [online]. 2010. [cit. 2011-11-12]. Dostupné na internete:
<http://www.mojemedicina.cz/psychologie-a-komunikace/psychologicky-nahled-na-problemy-onkologicky-pacientu-a-osestrujiciho-tymu-1/>.
- KELNER, P. *Klinická onkologie*. Praha: Galén, 2002. 686 s. ISBN 80-7262-151-3.
- KOZIEROVÁ, B. – ERBOVÁ, G. – OLIVIERIOVÁ, R. *Ošetrovatel'stvo I*. Martin: Osveta, 1995. 1447 s. ISBN 80-217-0528-0.

KRIŽANOVÁ, A. Úloha psychológa v liečbe onkologického pacienta. In *Liek pre vaše zdravie* [online]. 2011, č. 4, str. 24-25. [cit. 2011-11-8]. Dostupné na internete: <http://liek.beautywoman.sk/vydanie/2409>.

KRTIČKOVÁ, K. Onkologický pacient jako součást rodinného systému. In *Časopis pro psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu*. [online]. 2004, č.6., str. 247. [cit. 2011-11-10]. Dostupné na internete:

http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/psychosom6_2004.pdf. ISSN 1214 - 6102.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.

LIGA PROTI RAKOVINE. Psychosociálna pomoc pre onkologického pacienta. In *Bedekeer zdravia* [online]. 2009, č. 3, str. 92 [cit. 2011-10-28]. Dostupné na internete:

<http://www.bedekeerzdravia.sk/?main=article&id=555>. ISSN 1337-2734.

Príspevok je podporený projektom KEGA - 022UKF-4/2015 - Multimediálna podpora vzdelávania členov interdisciplinárneho tímu so zameraním na paliatívnu starostlivosť.

Kontakt:

PhDr. Miroslava Líšková, PhD.

PhDr. Alica Slamková, PhD.

PhDr. Ľubica Poledníková, PhD.

Katedra ošetrovateľstva, FSVaZ UKF v Nitre

Kraskova 1

949 74 Nitra

E-mail: mliskova@ukf.sk, aslamkova@ukf.sk, lpolednikova@ukf.sk

OŠETROVATELSKÉ INTERVENČIE V PROSPECH PACIENTA NURSING INTERVENTIONS FOR PATIENT'S WELFARE

Jozefína Mesárošová¹

¹ Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva,
Katedra ošetrovateľstva

Súhrn:

Úvod: Operačný zákrok u seniora veľmi vplýva na pohyblivosť. Pád často skomplikuje a následne predlži hospitalizáciu pacienta, spôsobí zmenu v mobilite, sebestačnosti, kvalite života a psychickom stave pacienta čím sa znižuje aj vnímanie kvality ošetrovania z pohľadu patientskej komunity. Problém prevencie pádov je dôležitým faktorom v kritickom myslení, ktoré vychádza z vedomostí a skúseností sestry pri výbere ošetrovateľských intervencií prostredníctvom kvalitných a validných meracích škál. *Výsledky:* Štúdia potvrdila, že tieto faktory majú významný dopad na výber intervencií v prevencii pádu pacienta v pooperačnom období zo zvoleného klasifikačného systému. *Záver:* Vzdelanie a prax sestier ako atribúty ošetrovateľstva založeného na praxi sú dôležité faktory ovplyvňujúce kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti v prospech pacienta, sú dôležitými pri výbere intervencií, ktoré sestry zvolia v prospech pacienta a jeho potrieb.

Kľúčové slová: ošetrovateľské intervencie, ošetrovateľské vzdelanie a prax, ošetrovateľstvo založené na praxi.

Summary:

Introduction: Operating surgery in the elderly is highly influenced by the mobility. The fall of the often complicated and then prolonged patient hospitalization, causes a change in mobility, self-sufficiency, quality of life and psychological state of the patient and reducing the perception of quality in terms of treating patients in the community. The problem of prevention of falls is an important factor in the critical thinking that comes from the knowledge and experience of nurses in the selection of nursing interventions through quality and validated measurement scales. *Results:* The study demonstrated that these factors have a significant impact on the choice of interventions in preventing the fall of the patient in the postoperative period of the chosen classification system. *Conclusion:* Education and practice nurses as nursing attributes based on experience, are important factors affecting the quality of nursing care for the benefit of the patient are important when choosing interventions that nurses opt for the benefit of patients and their needs.

Keywords: nursing interventions, nursing education and practice based nursing practice.

Úvod

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 28 ods. 1 zákona č. 578/2004 Z. ustanovuje vo vymedzení pojmov ošetrovateľskú intervenciu ako „činnosť sestry alebo činnosť pôrodnej asistentky, ktorá je zameraná na riešenie ošetrovateľského problému alebo na uspokojenie potrieb osoby, rodiny alebo komunity z ošetrovateľského hľadiska a z hľadiska pôrodnej asistencie“.

Pády sú definované mimoriadna udalosť počas pobytu pacienta počas hospitalizácie, a preto je dôležité, aby sestry vedeli rozpoznať faktory, ktoré zvyšujú riziko pádu a využiť vhodné intervencie k prevencii pádu. Klasifikačný systém ošetrovateľských diagnóz (NANDA) a intervencií (NIC) sestrám pomáha čo najrýchlejšie a najjednoduchšie určiť rizikové faktory a vhodné intervencie.

Klasifikačný systém NIC (Nursing Intervention Classification) poskytuje systémy závislých i nezávislých činností, ktoré sestram pomáhajú rozhodovať sa vo voľbe ošetrovateľských intervencií. Pacientom, ktorí demonštrujú súvisiace faktory ošetrovateľskej diagnózy NANDA klasifikačného systému Riziko pádu sa realizujú intervencie na prevenciu pádu. Táto realizácia by mala byť vykonaná zdravotníckym pracovníkom s príslušnou kvalifikáciou a dostatočnými skúsenosťami (NICE, 2013). Činnosti sú zamerané na edukáciu pacienta, používanie kompenzačných pomôcok, chôdzu, starostlivosť o prostredie, v ktorom sa pacient nachádza a na pozorovanie pacienta.

Cieľ práce

Zistiť či úroveň vzdelania sestier a dĺžka ošetrovateľskej praxe ovplyvňuje ich voľbu intervencií v prevencii pádu v bezprostrednom pooperačnom období.

Metodika práce

Pre získanie údajov sme sa rozhodli použiť dotazovaciu metódu - metódu dotazníka. Ako základ pre jeho vytvorenie sme použili škálu NIC 6490 Prevencia pádu.

NIC 6490 Prevencia pádu obsahuje 31 špeciálnych opatrení – intervencií u pacienta s rizikom pádu. Dotazník teda obsahuje spolu 31 činností ktoré vedú k prevencii pádu, ku ktorým bola stanovená škála možností výberu z 5 možných odpovedí Likertovej škály.

Tab. 1 Klasifikačný systém NIC 6490 Prevencia pádu

Definícia: Zavedenie špeciálnych opatrení u pacienta s rizikom úrazu pri páde

Vysvetlivky: Nikdy nepreukazovaný (1) ; Ojedinele preukazovaný (2) ; Niekedy preukazovaný (3) ; Často preukazovaný (4) ; Neustále preukazovaný (5)

Činnosti sestry :

1) Identifikujte kognitívne alebo fyzické deficity pacienta, ktoré môžu zvýšiť potenciál pádu v konkrétnom prostredí	1	2	3	4	5
2) Identifikujte správanie a faktory, ktoré ovplyvňujú riziko pádu	1	2	3	4	5
3) Identifikujte charakteristiky prostredia, ktoré môžu zvýšiť potenciál pádu (napr. klzká podlaha a otvorené schodisko)	1	2	3	4	5
4) Monitorujte chôdzu, rovnováhu a úroveň únavy pri chôdzi/pohybe	1	2	3	4	5
5) Požiadajte pacienta, aby sa sústredil na rovnováhu, podľa potreby	1	2	3	4	5
6) Navrhajte pacientovi zmeny pri chôdzi	1	2	3	4	5
7) Ved'te pacienta k tomu, aby sa prispôbil navrhovaným modifikáciám v chôdzi	1	2	3	4	5
8) Asistujte pacientovi so zhoršenou stabilitou pri chôdzi/pohybe	1	2	3	4	5
9) Zabezpečte kompenzačné pomôcky (napr.: palica a chodidlo) pre stabilizáciu chôdze	1	2	3	4	5
10) Povzbudzujte pacienta k používaniu palice alebo chodidla, podľa potreby	1	2	3	4	5
11) Udržiavajte kompenzačné pomôcky v dobrom funkčnom stave	1	2	3	4	5
12) Zabrzdite kolieska na kolieskovom kresle, posteli alebo vozíku počas presunu pacienta z nich alebo na ne	1	2	3	4	5
13) Umiestnite predmety v ľahkom dosahu pacienta	1	2	3	4	5
14) Monitorujte schopnosť presunu z postele na stoličku a späť	1	2	3	4	5
15) Používajte správnu techniku presunu pacienta na kolieskové kreslo, posteľ, toaletu atď.	1	2	3	4	5
16) Zabezpečte vyvýšené sedadlo na toaletu pre ľahký presun	1	2	3	4	5
17) Zabezpečte stoličky správnej výšky, s operadlom chrbta a rúk pre ľahký presun	1	2	3	4	5
18) Použite na posteli bočnice vhodnej dĺžky a výšky pre prevenciu pádov z postele	1	2	3	4	5
19) Umiestnite mechanickú posteľ do najnižšej polohy	1	2	3	4	5

20) Umiestnite penový klin na sedadlo stoličky, aby sa zabránilo tomu, aby pacient vstával, podľa potreby	1	2	3	4	5
21) Zabezpečte pre nesebestačného pacienta zariadenie na privolanie pomoci (napr.: zvonček alebo svetlo), keď opatrovatel' nie je prítomný	1	2	3	4	5
22) Reagujte na zavolanie okamžite	1	2	3	4	5
23) Asistujte pri používaní toalety v pravidelných, naplánovaných intervaloch	1	2	3	4	5
24) Odstráňte nízky nábytok (napr.: podnožky a stolíky), ktoré predstavujú riziko potknutia	1	2	3	4	5
25) Vyhnite sa neporiadku na podlahe	1	2	3	4	5
26) Zabezpečte nešmykľavý povrch dlážky bez rizika zakopnutia	1	2	3	4	5
27) Zabezpečte nešmykľavý povrch vo vani alebo sprche	1	2	3	4	5
28) Zorientujte pacienta v rámci fyzického usporiadania miestnosti	1	2	3	4	5
29) Navrhňte bezpečnú obuv	1	2	3	4	5
30) Umiestnite označenia, ktoré upovedomia personál, že u pacienta je vysoké riziko pádu	1	2	3	4	5
31) Spolupracujte s ďalšími členmi tímu zdravotnej starostlivosti, aby sa minimalizovali vedľajšie účinky liekov, ktoré prispievajú k pádom (napr. ortostatická hypotenzia a nestabilná chôdza)	1	2	3	4	5

Zdroj: Glenn, 2004.

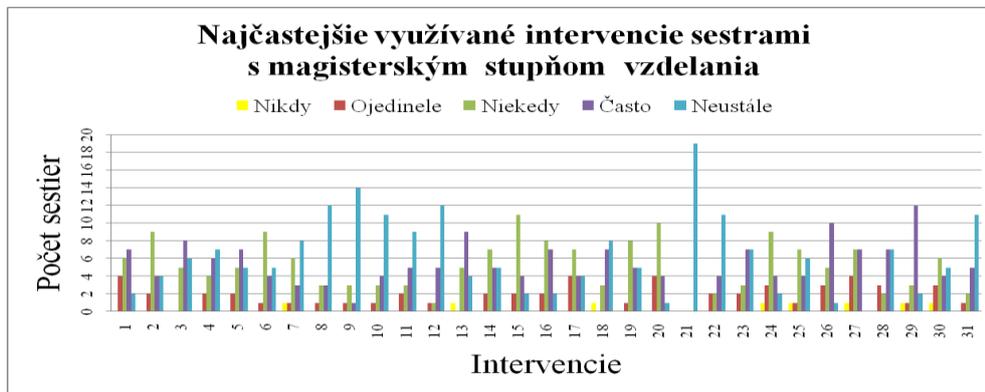
Výberový súbor tvorilo 72 sestier. Zaradujúcim kritériom bola práca sestry na pracoviskách dvoch fakultných nemocníc, konkrétne na klinike úrazovej chirurgie a ortopedie, chirurgickej klinike, neurochirurgickej klinike a na oddelení a klinike cievnej chirurgie. Distribuovali sme 80 dotazníkov a kompletne vyplnených sa nám vrátilo 72, návratnosť bola 90% .

Výsledky

Z hľadiska dĺžky ošetrovateľskej praxe, ktorá ovplyvňuje výber a využitie intervencií v prevencii pádu v bezprostrednom pooperačnom období sestry tvoriace výberový súbor boli rozdelené do 3 skupín podľa dĺžky ošetrovateľskej praxe. Prvú skupinu tvorili sestry s dĺžkou ošetrovateľskej praxe od 0 do 5 (vrátane) rokov počte 19. Tieto sestry určili za najviac preukazovanú intervenciu zabezpečiť pre nesebestačného pacienta zariadenie na privolanie pomoci a rovnako aj intervenciu okamžité reagovanie na pacientovo zavolanie. Navzájom na seba nadväzujúce intervencie majú celkové hodnotenie AM=4,7. Druhú skupinu tvorili sestry v počte 30 s dĺžkou ošetrovateľskej praxe od 6 do 15 (vrátane) rokov. Sestry rovnako ako v prvej skupine určili, že najviac preukazované intervencie v prevencii pádu v bezprostrednom pooperačnom období sú zabezpečenie pre nesebestačného pacienta zariadenie na privolanie pomoci a okamžité reagovanie na pacientovo zavolanie s celkovým hodnotením AM=4,6. Poslednú tretiu skupinu tvorili sestry v počte 23 s dĺžkou ošetrovateľskej praxe 16 a viac rokov. Za najčastejšie využívané intervencie s celkovým hodnotením AM= 4,7 podľa sestier zaradené v tejto skupine boli zabezpečenie pre nesebestačného pacienta zariadenie na privolanie pomoci, čo určilo 16 sestier za neustále preukazovanú a spolupráca s ďalšími členmi tímu zdravotnej starostlivosti, aby sa minimalizovali účinky liekov, ktoré prispievajú k pádom, ktorú určilo tiež 16 sestier za neustále preukazovanú intervenciu. Sestry s viac ako 15 ročnou ošetrovateľskou praxou označujú rozdielne intervencie v prevencii pádu seniorov v bezprostrednom pooperačnom období ako sestry s kratšou ošetrovateľskou praxou. Z odpovedí vyplynulo, že dĺžka ošetrovateľskej praxe u sestier môže do určitej ovplyvniť výber intervencií v prevencii pádu v bezprostrednom pooperačnom období.

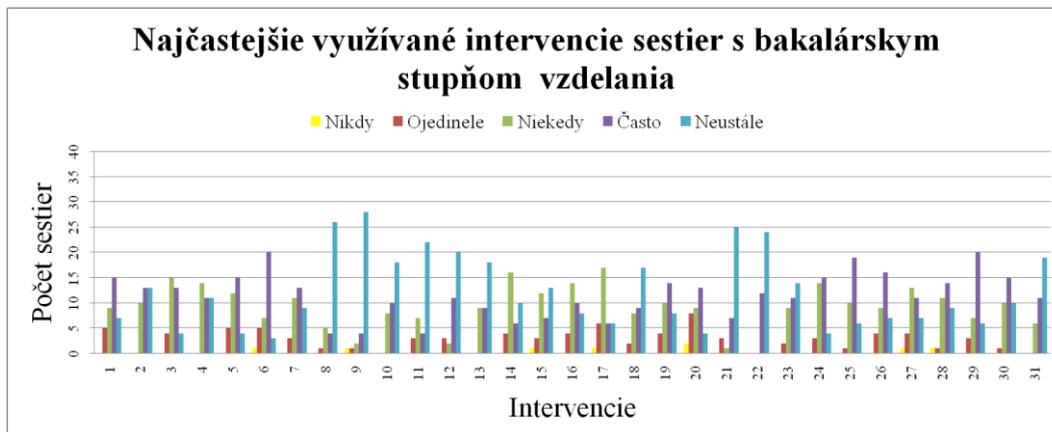
Počas prieskumu k výskumnému cieľu či vzdelanie sestier ovplyvňuje využitie intervencií v prevencii pádu u seniorov bezprostrednom pooperačnom období boli sestry rozdelené do skupín podľa dosiahnutého stupňa vzdelania. Prvú skupinu predstavovali sestry, ktoré dosiahli magisterský stupeň vzdelania v počte 19. Určili, že najčastejšie vykonávanou intervenciou v prevencii pádu u seniorov v bezprostrednom pooperačnom období, je zabezpečenie pre

nesebestačného pacienta zariadenie na privolanie pomoci s celkovým AM = 5. Túto intervenciu za neustále preukazovanú označili všetky sestry zaradené do tejto skupiny.



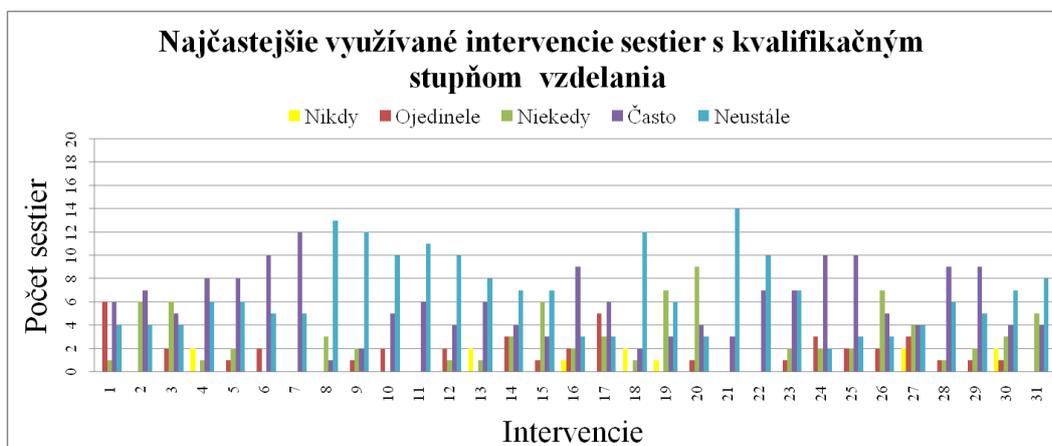
Graf 1

Sestry, ktoré dosiahli bakalársky stupeň vzdelania v počte 36, intervenciu reagovať okamžite na zavolanie pacienta s AM = 4,7 určili za najviac využívanú v prevencii pádu u seniorov v bezprostrednom pooperačnom období. Za neustále preukazovanú ju určilo 24 sestier.



Graf 2

Tretiu skupinu tvorili sestry, ktoré dosiahli stredný kvalifikačný stupeň ošetrovateľského vzdelania s maturitou v počte 17. Za najčastejšie vykonávanú intervenciu označili zabezpečiť pre nesebestačného pacienta zariadenie na privolanie pomoci s celkovým AM=4,8. Túto intervenciu za neustále preukazovanú označilo 14 sestier.



Graf 3

Diskusia a záver

Šenkárová (2012) uvádza, že sestry v zdravotníckych zariadeniach využívajú intervencie na prevenciu pádu ako sú: používanie protišmykovej podložky, na mokrá podlahu upozorniť jasným ukazovateľom, udržiavať čisté prostredie pacienta, umiestniť bezpečnostné opatrenia na zabránenie pádu pacienta z postele, dať pacientovi k dispozícii signalizačné zariadenie, dbať, aby mal pacient vhodnú obuv a mať dobré osvetlenie vo všetkých priestoroch.

Po zozbieraní a následnom spracovaní údajov sme zistili, že sestry v počte 72 považujú za najviac vykonávanú intervenciu zabezpečenie kompenzačných pomôcok pre stabilitu chôdze. Túto intervenciu určilo 55 sestier ako neustále preukazovanú, 6 sestier ako často preukazovanú, 7 sestier ju označilo za niekedy preukazovanú, 3 sestry za ojedinele a 1 sestra označila intervenciu za nikdy nepreukazovanú. Z toho celkový AM bol 4,6.

Na základe zisťovania názorov sestier operačných pracovísk môžeme konštatovať, že v podmienkach pozorovaných pracovísk je myslenie sestier zatiaľ viac intuitívne než kritické aj vzhľadom k výberu adekvátnych intervencií. Sestry s vyšším vzdelaním a dlhšou praxou sú k nemu bližšie a majú v sebe potenciál presadiť v svojej práci používanie štandardizovaných metód práce so zámerom skvalitniť prácu v prospech pacienta.

Bolo zistené, že sestry s pokročilou praxou sú lídrami v rozvoji ošetrovateľskej praxe poskytovaním klinického vedenia; použitím svojej autority a právomoci ovplyvniť klinické rozhodnutia zachovať záväzok k rozvoju ošetrovateľskej praxe.

Bibliografie a odkazy:

GLENN, D. *The nature of clinical practice in advanced practice nursing: A qualitative study*. Dissertation. [on line]. In Proquest Dissertations Publishing, 2004, 317 p.. ISBN 978-0612-92827-5. [citované 2016-11-02]. Dostupné na:

<http://search.proquest.com/central/results/24B13682CA0C47D5PQ/1?accountid=32244>.

KLENKOVÁ, P. *Intervencie na prevenciu pádov seniorov v bezprostrednom pooperačnom období*. Bakalárska práca. UKF, Nitra 2016. 56 s.

McCLOSKEY DOCHTERMAN, J.C. – BULECHEK, G.M. et. al. 2004. *Nursing Interventions Classification*. 4. vyd. Iowa: MOSBY 2004. 911 p. ISBN 0-323- 02392-4.

NICE. *National Institute for Health and Care Excellence*. 2013. Falls in older people: assessing risk and prevention. NICE clinical guideline 161. [online] [citované 2016-02-04].

Dostupné na internete: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg161/chapter/1-Recommendations#multifactorial-intervention>

ŠENKÁROVÁ, Z. 2012. Management pádů v ošetrovatelství. In: *Sestra*, roč. 2012, č. 9, [online] [citované 2016-02-04]. Dostupné na internete:

<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/management-padu-v-osetrovatelstvi-466839>.

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

Podporené projektom KEGA 018UKF-4/2016 s názvom Implementácia ošetrovateľských intervencií do multimediálnych technológií v príprave sestier.

Kontakt:

PhDr. Jozefína Mesárošová, PhD.

Univerzita Konštantína Filozofa

FSVaZ Katedra ošetrovateľstva

Kraskova 1 949 74 Nitra

E-mail: jmesarosova@ukf.sk

OŠETROVATEĽSTVO ZALOŽENÉ NA DÔKAZOCH V KONTEXTE S E-HEALTH EVIDENCE-BASED NURSING IN THE CONTEXT OF E-HEALTH

Luboslava Pavelová¹, Erika Krištofová²

^{1,2} Katedra ošetrovateľstva, fakulte sociálnych vied a zdravotníctva UKF v Nitre

Súhrn:

Informácie patria medzi základné podmienky a činitele existencie človeka a spoločnosti. Boli vždy východiskom pre vzájomné kontakty a ovplyvňovanie ľudí, pre pochopenie života, práce, riešenie problémov a úloh každodenného života. Umožňovali chápať a riešiť spoločenské situácie, vymedzovali obsah a rozsah tvorivých síl, schopností človeka. V posledných desaťročiach problematika informácie jej vytváranie, komunikovanie, využívanie vďaka prudkému rozvoju počítačovej a komunikačnej techniky získala iný rozmer a aplikačnú sféru. Informačné, komunikačné technológie systémy sa plynulo stali integrálnou súčasťou aj medicíny a ošetrovateľstva, výrazne sa rozvíjajú a využívajú v klinickej praxi. Od zdravotníckych pracovníkov – odborníkov v praxi sa žiada aplikovať a maximálne využívať nové trendy a prístupy k starostlivosti o pacienta v zdraví aj v chorobe vo všetkých oblastiach a formách poskytovania zdravotnej starostlivosti. V tejto oblasti sa objavujú nové fenomény, na ktoré musíme ako profesionáli reagovať. Informatika sa stáva faktorom ovplyvňujúcim ďalší rozvoj zdravotníctva, ale aj spoločnosti ako celku. Nastupujúca informačná spoločnosť, informačné a komunikačné technológie menia charakter poskytovanej starostlivosti.

Kľúčové slová: ošetrovateľstvo, e-health, sestra, teleošetrovateľstvo.

Summary:

Information among the basic conditions and factors of human existence and society. They have always been the basis for mutual contact and influence people to understand the life, work, solving problems and challenges of everyday life. Allow understand and deal with social situations to go into the content and scope of creative forces, the ability to function. In recent decades, the issue of information creation, communication, through the use of rapid development of information and communication technology gained another dimension and application sphere. Information, communication technologies (ICT) systems has steadily become an integral part of the medical and nursing significantly develop and use in clinical practice. Health professionals - experts in practice are required to apply and take maximum advantage of new trends and approaches to patient care in sickness and health in all areas and forms of health care provision. In this area there are new phenomena to which we must respond as professionals. Information technology becomes a factor influencing the further development of health care, but also society as a whole. An emerging information society, information and communication technologies are changing the nature of the care provided.

Keywords: nursing, e-health, nurses, teleošetrotel'stvo.

Svetová zdravotnícka organizácia (ďalej WHO) vníma výrazný význam elektronického zdravotníctva pre zdravotníctvo ako celok. Preto v máji v roku 2005 prijala rezolúciu WHA58.28 eHealth, v ktorej vymedzuje stratégiu WHO k eHealth. Vyzýva členské krajiny, aby plánovali využitie eHealth služieb na národnej úrovni, WHO zároveň spustila iniciatívu na monitorovanie eHealth - Global Observatory for eHealth.

Svetová zdravotnícka organizácia definuje eHealth ako „*efektívny a bezpečný spôsob využitia informačných a komunikačných technológií pri podpore zdravia a aktivít súvisiacich so zdravím; zahŕňa poskytovanie zdravotnej starostlivosti, monitoring verejného zdravia, ale aj zdravotnícku literatúru a vzdelávanie, vedomostnú bázu a vedecký výskum*“ (Health

resolution, 2014). Odporúča členským krajinám vypracovať dlhodobé, strategické plány pre implementáciu eHealth, vrátane legislatívneho rámca a infraštruktúry.

Pracovná jednotka programu eHealth WHO spolupracuje s partnermi na globálnej, regionálnej a národnej úrovni, podporuje a posilňuje využívanie informačných a komunikačných technológií v podpore zdravia.

Šesťdesiate šieste Svetové zdravotnícke zhromaždenie uznalo potrebu štandardizácie zdravotných dát v rámci eHealth systémov a služieb a význam správneho riadenia a fungovania svetových internetových doménových mien súvisiacich so zdravím (Health resolution, 2014).

Svetové zdravotnícke zhromaždenie poukazuje na významný potenciál elektronického zdravotníctva, upozorňuje na posilnenie systémov zdravotnej starostlivosti, zlepšenie kvality, bezpečnosti a prístupu k zdravotnej starostlivosti. Vyzvala členské štáty, aby prijali opatrenia na začlenenie e-zdravotníctva v zdravotníckych systémov a služieb (58th World Health Assembly, 2005; Geneva, Switzerland) (Rezolúcia WHA58.25). Svetová zdravotnícka organizácia v roku 1998 uznala rastúci význam internetu a jeho potenciál pre zdravie, vplyv reklamy a propagácie liekov, (101st Executive Board, 1998; Geneva, Switzerland) (Rezolúcia EB101.R3). Pracovná skupina WHO eHealth úzko spolupracuje so spolupracujúcimi centrami (NGOs), mimovládnyimi organizáciami, technickými poradnými skupinami (TAG) a ďalšími partnermi.

Vláda Slovenskej republiky a Ministerstvo zdravotníctva SR vyvíja úsilie, aby sa v súlade so stratégiami budovania informatizácie spoločnosti uviedli do praxe kľúčové prvky informatických riešení aj do zdravotníctva, ktoré je neoddeliteľnou súčasťou e-Governmentu.

V roku 2004 v programovom vyhlásení vláda Slovenskej republiky deklarovala, že elektronizácia zdravotníctva sa stáva hlavným pilierom slovenského zdravotníctva. Uvádza, že zabezpečí legislatívne a inštitucionálne podmienky na realizáciu informačných a komunikačných systémov, ktoré zásadným spôsobom zlepšia kvalitu, nákladovú efektivitu a časovú dostupnosť služieb. Podporí projekt informatizácie zdravotníctva, a postupne realizovať ciele národnej eHealth stratégie, aby sa naplnila vízia moderného zdravotníctva v Slovenskej republike.

Dokument „Strategické ciele eHealth“ je hlavný prostriedok k informatizácii verejnej správy v oblasti zdravotníctva na Slovensku. Cieľom je vytvoriť podmienky pre realizáciu Programového vyhlásenia vlády SR, vízie eHealth a vízie moderného zdravotníctva, skvalitnenie poskytovanej zdravotnej starostlivosti, zefektívnenie systému verejného zdravotníctva, zvýšenie dostupnosti služieb občanom (Strategické ciele eHealth, 2008).

Podľa Koncepcie informatizácie zdravotníctva na roky 2007 – 2010 realizácia informatizácie zdravotníctva pozostávala z nasledovných hlavných úloh *„Vytvoriť Národný zdravotný informačný systém (NZIS, vytvoriť Národný zdravotný portál (NZP), zabezpečiť príslušnú infraštruktúru a vybudovať integračnú vrstvu pre NZIS a NZP. Pripraviť štandardy informatizácie zdravotníctva a návrh na ich implementáciu pre kódovanie a výmenu správ systémom autorizovanej komunikácie, dobudovať informačné systémy poskytovateľov zdravotnej starostlivosti (PZS), dobudovať informačný systém verejného zdravotníctva (EHealth na Slovensku, 2010).*

V súčasnosti sú na Ministerstve zdravotníctva Slovenskej republiky (MZ SR) činné v oblasti informatizácie zdravotníctva *„rada ministra zdravotníctva Slovenskej republiky pre informatiku a štatistiku, komisia eHealth pri Rade ministra zdravotníctva SR pre informatiku a štatistiku, odbor informatiky MZ SR (OI) (EHealth na Slovensku, 2010).*

Základné informácie o elektronickom zdravotníctve (eHealth), jeho poslaní a cieľoch, ale aj podrobné informácie o Programe implementácie eHealth na Slovensku, v Európe a vo svete, dôležité dokumenty týkajúce sa implementácie eHealth, informácie o projektoch a ich očakávaných výstupoch sú prístupné verejnosti na webovej stránke eHealth elektronické zdravotníctvo. V predkladacej správe o stave informatizácie v rezorte zdravotníctva v Prílohe č. 1 sa uvádza vysokoúrovňová SWOT analýza pre eHealth na Slovensku.

Postavenie Slovenskej republiky v rámci EÚ z pozície úspešnej implementácie eHealth nie je dobrá. Zaostávanie Slovenskej republiky za vyspelými krajinami v rámci eHealth aktivít sa odhaduje na 7 - 10 rokov. Toto zaostávanie sa Slovensko snaží výrazne znížiť národným Programom implementácie eHealth (Program implementácie eHealth, 2013).

Dovalovský (2012, s.1) uvádza: „že eHealth sa rozvíja ťažko, ak poskytovatelia zdravotnej starostlivosti nemajú počítače a softvér. Ak aj počítač na stole ambulancie nechýba, zvyčajne ide o zastaranú, málo výkonnú zostavu. Slabé je aj rozšírenie internetu a navyše, ak ambulancia pripojená je, ide často o pomalý dial-up. Lepšie technologické vybavenie majú nemocnice, no ich informačné systémy sú príliš rôznorodé a rozdrobené. Inak povedané, každý používa niečo iné. Nielen jednotlivé nemocnice, ale niekedy aj oddelenia. Veľké nemocnice majú zvyčajne komplexné informačné systémy.“

Nové technológie výrazne zlepšili prístup aj k vzdelávaniu sestier, a to najmä v oblasti celoživotného vzdelávania. Napríklad vzdelávanie mimo akademickej pôdy prostredníctvom videokonferencií, on-line vzdelávania, multimediálnym dištančným vzdelávaním, e-learningom. Praktické zručnosti v oblasti starostlivosti o pacienta môžu nadobudnúť prostredníctvom modelových situácií. Teleošetrovatelstvo ponúka skúseným sestram špecialistkám príležitosť sa podeliť so svojimi dlhoročnými skúsenosťami z klinickej praxe s ostatnými kolegami a profesionálmi aj mimo „pôdy“ nemocníc.

Rozvoj informačných a komunikačných technológií sa spolupodieľa aj na riešení dlhodobého projektu ICNP, ktorý poskytuje štruktúrovanú terminológiu a klasifikáciu v ošetrovatelstve. Technológie použité pre opis a organizáciu údajov, ktoré môžu byť integrované a implementované do multidisciplinárneho zdravotníckeho systému.

Aktuálne poskytnutie adekvátnych informácií pacientom a jeho rodinným príslušníkom znižujú finančné náklady na poskytovanie zdravotnej starostlivosti (prevádzka ambulancie všeobecného lekára, agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti, urgentný príjem, ošetrovateľské domy, zariadenia sociálnych služieb).

Limitujúce zdroje môžu byť benefitom pre väčší počet populácie pre širokú geografickú oblasť. Skrátenie dĺžky pobytu pacienta v nemocnici.

Služby a servis poskytované telekomunikačnými technológiami môžu byť výhodné pre pacientov s nižším finančným príjmom alebo pre pacientov, ktorí nespĺňajú kritériá pre indikáciu domácej ošetrovateľskej starostlivosti ADOS. Prospešné sú pre chronicky chorých pacientov, ktorí potrebujú intenzívne sledovanie a vyhodnotenie fyziologických funkcií alebo iných parametrov.

Výsledkom je celkové zníženie nákladov na poskytovanú zdravotnú starostlivosť, zlepšenie dostupnosti k zdravotnej starostlivosti s efektívnym a vhodným využitím zdrojov (Britton, Keehner, Still a Walden, 1999).

Sestry môžu klinické výsledky zdieľať s inými sestrami a profesionálmi, expertmi na národnej alebo medzinárodnej úrovni.

Moore (2001) uvádza, že sestry v Severnom Írsku etablovali ošetrovateľské postupy pre pacientov s vredmi dolných končatín prostredníctvom teleošetrovateľstva, čo viedlo k zlepšeniu kvality poskytovanej starostlivosti a súčasne upevnilo rolu sestry.

V súvislosti s reformou zdravotnej starostlivosti, používaním sofistikovaných systémov v poskytovaní zdravotnej starostlivosti s cieľom zefektívniť náklady, zvýšiť úroveň poskytovanej starostlivosti sa kladie dôraz na kvalitu poskytovaných služieb. Táto skutočnosť vyzýva ošetrovateľstvo na zmenu kvalifikačnej štruktúry, na identifikáciu indikátorov ošetrovateľských vstupov a výstupov, na kvalifikačnú, odbornú úroveň personálu a ľudské zdroje.

Výsledky pacientov ovplyvnené ošetrovateľstvom definujú konečný výsledok vykonaných ošetrovateľských intervencií, sú ukazovateľmi riešenia pacientových problémov, pokrok v eliminácii príznakov (ICN). ICNP® definuje ošetrovateľský výsledok pacienta ako úkon alebo stav v ošetrovateľskej diagnostike v bodoch v určitom čase po vykonaní ošetrovateľských intervencií, zatiaľ čo výsledky dosiahnuté u pacienta sú definované ako zmeny v zdravotnom stave, na ktorých ošetrovateľská starostlivosť má priamo úmernú závislosť. Medzi premenné, ktoré ovplyvňujú výsledok liečby patrí diagnostika, sociálno-ekonomické faktory, podpora rodiny, vek a pohlavie, kvalita poskytnutej starostlivosti odborníkmi pomáhajúcich profesií.

ICN (2009) uvádza najčastejšie používané indikátory výsledkov ošetrovateľskej starostlivosti odzrkadlené na stave pacienta v súvislosti s teleošetrovateľstvom.

- Aktuálne komplikácie v zdravotnom stave pacienta, napríklad infekcia močových ciest, preležaniny, pľúcna embólia, žilová trombóza, pneumónia.
- Skupina merateľných ukazovateľov zahrňujúcich zvýšené krvácanie z tráviaceho traktu, neurologické komplikácie, sepsa, srdcové zlyhávanie.
- Komplikácie vyskytnuté u chirurgických pacientov, ako sú infekcie rán, respiračné zlyhávanie, metabolické poruchy.
- Dĺžka hospitalizácie pacienta, neúspešná resuscitácia, negatívna reakcia pacienta na akútny stav ako je šok, kardiálne zlyhávanie, ktoré môžu viesť k zvýšenej morbidite a mortalite.

Register ukazovateľov pacientových výsledkov je identifikovaný aj v súvislosti s rozsahom ošetrovateľskej praxe a ostatných členov multidisciplinárneho tímu zdravotníckeho zariadenia, ktorý obsahuje:

- Monitoring príznakov, prípadná zmena ich závažnosti. Funkčný stav pacienta.
- Vedomosti o priebehu liečby a zdravotnom stave. Spokojnosť pacientov so starostlivosťou.
- Neplánované rehospitalizácie.
- Neplánované návštevy urgentného príjmu a pohotovostnej lekárskej služby.
- Kompaktnosť, opodstatnenosť liečby (Nursing sensitive outcome indicators, 2009).

Výsledky pacientov ovplyvnené poskytnutou ošetrovateľskou starostlivosťou upriamujú pozornosť na bezpečnosť a kvalitu poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti. Sú dôležité nielen pre sestry, ale aj zdravotnícke zariadenia, ktorým ponúkajú možnosť monitorovať, merať, kontrolovať úroveň poskytnutej starostlivosti.

Ošetrovateľstvo založené na dôkazoch využíva ukazovatele pacientových výsledkov na preukázanie úrovne, kvality a efektívnosti poskytnutej starostlivosti sestrou, ktoré musia byť primerané. Výsledky pacienta by mali byť v korelácii s ošetrovateľskými intervenciami, poskytujú podporu, primerané zdroje a prostriedky zdravotnej starostlivosti.

Príspevok bol podporený KEGA č. projektu 011UKF-4/2014, s názvom Education and Counselling in Telenursing in Home Health Care, 2014-2016.

Bibliografia a odkazy:

- DOVALOVSKÝ, J. 2012. *IKT v zdravotníctve*. Nepublikovaný odborný materiál. 2012.
- Ehealth na Slovensku*. [online]. 2010, [cit. 2014-10-14]. Dostupné na internete: <http://zdravotnictvo.elet.sk/?slovensko>.
- Health informatics*. [online]. 2014, [cit. 2015-02-14]. Dostupné na internete: http://en.wikipedia.org/wiki/Health_Informatics.
- Health resolution*. [online]. 2014, [cit. 2013-02-24]. Dostupné na internete: <Resolution WHA58.28 eHealthResolution WHA58.28 eHealth>.
- ICN PRESS RELEASES. [online]. 2009, [cit. 2013-02-24]. Dostupné na internete: <http://www.icn.ch/news/icn-press-releases-2009/>.
- Koncepcia informatizácie zdravotníctva SR*. [online]. 2005 [cit. 2013-02-24]. Dostupné na internete: [http://www.health.gov.sk/redsys/rsi.nsf/0/78761f6ea125ef6cc125710e0024d2a7/\\$FILE/Road_Map_eHealth_V2AF_up.pdf](http://www.health.gov.sk/redsys/rsi.nsf/0/78761f6ea125ef6cc125710e0024d2a7/$FILE/Road_Map_eHealth_V2AF_up.pdf) (28. 11. 2014).
- Koncepcia rozvoja informačnej sústavy zdravotníctva*. [online]. [cit. 2013-02-24]. Dostupné na internete: http://www.slus.sk/data/KonISZ2_up2.pdf (14. 1. 2014).
- MOORE, Z., 2001. *The Annual Conference of the European Wound Management Association*, The RDS, Dublin, 2001, "The management of surgical wounds". Royal College of Surgeons in Ireland.
- Nursing sensitive outcome indicators. [online]. 2009, [cit. 2014-04-01]. Dostupné na internete: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe/04.pdf>.
- Strategické ciele eHealth*, 2008. Príloha 1. Dostupné na internete: <http://www.ezdravotnictvo.sk/Program-eHealth/Strategicke-dokumenty/Strategicke-ciele-eHealth/Stranky/default.aspx> .
- WHA58.25. *World Health Assembly*, 2005. Geneva, Switzerland - Rezolúcia WHA58.25.
- WHO, 1998. *Rastúci význam internetu a jeho potenciál pre zdravie, vplyv reklamy a propagácie liekov*. (101st Executive Board, 1998; Geneva, Switzerland, Rezolúcia EB101.R3.)

Kontakt:

PhDr. Ľuboslava Pavelová, PhD.
Katedra ošetrovateľstva, FSVaZ UKF
Kraskova 1, 949 74 Nitra
E-mail: lpavelova2@ukf.sk

ADNÁTNÍ SEPSE U NOVOROZENCŮ

NEONATAL SEPSIS

Helena Petržílková¹, Markéta Moravcová²

^{1,2} Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice

Shrnutí:

Autorky se zaměřily na sledování incidence časných a pozdních sepsí u novorozenců v nemocnici krajského typu v letech 2010 – 2015. Retrospektivní výzkumné šetření se zároveň zaměřilo na výskyt vybraných rizikových faktorů v anamnéze matky ai novorozence.

Klíčová slova: novorozenec, rizikový faktor, sepse.

Summary:

The authors focused on monitoring the incidence of early and late sepsis in newborns in the hospital regional type in the years 2010 - 2015. Retrospective research investigation also focused on the prevalence of selected risk factors in maternal history and even newborns.

Keywords: newborn, risk factor, sepsis.

Úvod:

Stěžejním pojmem našeho příspěvku se stává sepse u novorozenců. Straňák a Janota (2015a) definují sepsi jako „*klinický syndrom systémového onemocnění provázeného bakteriemií*“. Sepse zásadně zvyšuje morbiditu a mortalitu v neonatálním období, kdy mortalita se u předčasně narozených dětí přes včasnou a adekvátní léčbu pohybuje mezi 13 – 50 % (Straňák, Janota, 2015a, s. 466).

Mezi rizikové faktory vzniku sepsy řadíme předčasný odtok plodové vody, febrilii matky za porodu, vícečetné těhotenství, chorioamnitidu, nezralost a nízkou porodní hmotnost novorozence, mužské pohlaví novorozence, galaktosemii a invazivní procedury. Riziko vzniku infekce u nezralých novorozenců je až 8x vyšší než u novorozenců zralých. Pokud dojde k předčasnému odtoku plodové vody, je toto riziko vyšší až 12x, přičemž u chlapců je incidence infekce 2 – 4x vyšší než u dívek (Straňák, Janota, 2015a, s. 468; Dort a kol., 2013; Fox et al., 2010).

Projevy novorozenecké sepsy jsou často nespecifické, zahrnující změnu projevů chování (letargie, dráždivost, změny svalového tonu), nestabilní teplotu (chladná akra), intoleranci stravy, tachykardii, tachypnoi, hypotenzi, hypo- či hyperglykémii a apnoické pauzy. Novorozenec může být také cyanotický, ikterický a na kůži mohou být patrné petechie (Straňák a kol., 2015b, s. 468; Fox et al., 2010).

Incidence sepsí je 1 - 10/1000 živě narozených, přičemž stoupá s nižším gestačním stářím a nízkou hmotností novorozence. Vyšší incidence je popisována u časně manifestované do 7. dne. Nejčastějším patogenem bývá *Streptococcus agalactiae* a *Escherichia coli*. U pozdní formy, kam řadíme i infekce spojené se zdravotní péčí, je nejčastějším zdrojem bakteriální infekce *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus aureus* a *Pseudomonas species* (Straňák, Janota, 2015a, s. 467-468).

Velmi závažným patogenem, jenž vyvolává u novorozenců infekci je výše uvedený *Streptococcus agalactiae*, který je v pochvě kolonizován u 19 – 29 % těhotných žen. Jeho detekce probíhá prostřednictvím výtěru z pochvy mezi 35. – 38. týdnem těhotenství. Je-li kultivace z pochvy pozitivní, nebo je neznámý výsledek vyšetření s přítomností alespoň jednoho z rizikových faktorů, aplikujeme ženě intrapartálně při nástupu děložních kontrakcí nebo po 18 hodinách po odtoku plodové vody antibiotickou profylaxi. Za dostatečnou intrapartální profylaxi je považováno podání jedné dávky antibiotik alespoň 4 hodiny před

porodem (Doporučené a postupy ČNEOS, 2006; s. 1-6; Straňák, Janota, 2015a, s. 262-266; Moravcová, Petržílková, 2015, s. 102-105).

Cíl

Cílem příspěvku je analyzovat a interpretovat výsledky výzkumného šetření realizovaného ve zdravotnickém zařízení krajského typu se zaměřením na odhalení incidence sepsí u novorozenců ve sledovaném období.

Za hlavní cíl si klademe nalézt odpovědi:

- zda existují významné rozdíly v četnosti výskytu časně a pozdní sepse ve sledovaném vzorku respondentů,
- zda existují významné genderové rozdíly u výskytu časně sepse novorozenců.

Stanovené hypotézy:

- časně sepse se ve zkoumaném období objevují častěji než sepse pozdní,
- časná sepse se objevuje častěji u chlapců než dívek.

Metodika

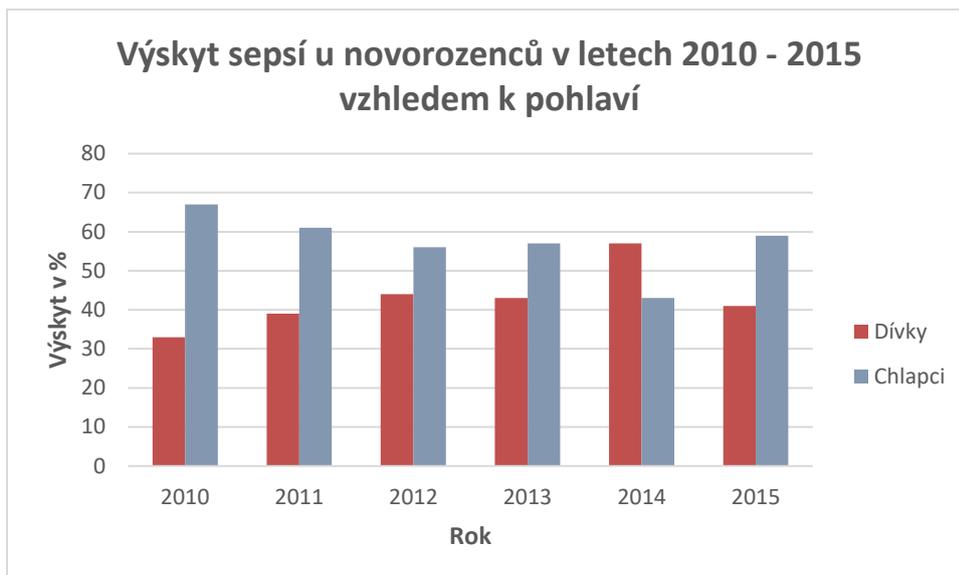
Pro sběr dat bylo zvoleno retrospektivní výzkumné šetření prostřednictvím informačního portálu vybraného zdravotnického zařízení, do kterého jsme měly možnost nahlédnout po souhlasném stanovisku organizace. Výzkumné šetření bylo realizováno v období března až srpna 2016, přičemž výzkumný soubor tvoří novorozenci hospitalizovaní v daném zařízení v letech 2010 – 2015 s diagnostikovanou sepsí. Následně bylo u těchto respondentů nahlíženo do zdravotnické dokumentace a byly vyhledávány přítomné rizikové faktory v anamnéze matky a novorozence.

Získaná data byla zpracována v programu Microsoft Office Excel a poté vyhodnocena pomocí deskriptivní statistiky. Bylo využito veličin absolutní četnosti (n_i) a četnosti relativní (f_i), která je vyjádřena v procentech. Celkový počet je vyjádřen celkovou četností (Σ) (Chráška, 2007, s. 72).

Testování stanovených hypotéz výzkumu bylo provedeno prostřednictvím Pearsonova Chi-kvadrátu na 5% hladině významnosti ($\alpha = 0,05$). Rozhodnutí o zamítnutí či nezamítnutí nulové hypotézy bylo provedeno na základě dosažené hodnoty p (Chráška, 2007, s. 72).

Výsledky šetření, analýza dat

Do výzkumného šetření bylo zařazeno z celkového počtu 9 145 novorozenců 103 respondentů (tj. 1,13 %). V rámci výzkumu byla zjištěna klesající tendence výskytu sepsí u novorozenců (vyjma roku 2015) na daném pracovišti. V roce 2010 byla sepse diagnostikována u 33 (2,04 %) respondentů, v roce 2011 u 23 (1,51 %) novorozenců, v roce 2012 se sepse objevila u 16 (1,05 %) respondentů. V letech 2013 a 2014 byla sepse diagnostikována shodně u 7 (0,5 % a 0,46 %) respondentů. V roce 2015 pak u 17 (1,08 %) novorozenců. Genderové rozdíly výskytu sepse v jednotlivých letech znázorňuje Obr. 1. Ve všech sledovaných letech se sepse objevovala častěji u chlapců než u dívek, pouze v roce 2014 tomu bylo naopak.



Obr. 1 Incidence sepsí v letech

V rámci šetření jsme zjišťovaly, zda existují statisticky významné rozdíly v četnosti výskytu časných a pozdních sepsí. Analýza výsledků odhalila, že ačkoli se časné sepse u novorozenců objevovaly častěji (58 respondentů) než sepse pozdní (45 respondentů), nejedná se o statisticky významné rozdíly. Vypočítaná hodnota testového kritéria ($X^2 = 1,641$) byla menší než kritická hodnota $X^2_{0,05}(1) = 3,841$ a proto přijímáme (nemůžeme odmítnout) nulovou hypotézu. Mezi výskytem zkoumaných druhů sepsí tudíž není statisticky významný rozdíl (Obr. 2).

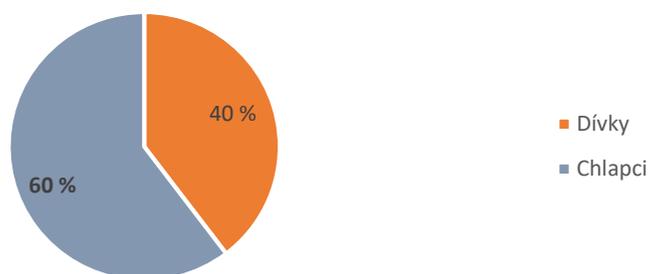


Obr. 2 Časná a pozdní sepse

Jako další cíl práce jsme si stanovily určit, zda existují statisticky významné genderové rozdíly u výskytu časných sepsí. Z Obr. 3 vyplývá, že se časné sepse vyskytly častěji u chlapců než u dívek. Časné sepse se ve zkoumaném období na daném pracovišti objevily celkem u 58 respondentů, z toho u 23 (39,66 %) dívek a 35 (60,34 %) chlapců.

Nejedná se však o statisticky významné rozdíly, neboť vypočítaná hodnota testového kritéria $X^2 = 2,483$ je menší než kritická hodnota $X^2_{0,05}(1) = 3,841$, a proto přijímáme (nelze odmítnout) nulovou hypotézu. Mezi četností výskytu sepsí u chlapců a dívek ve sledovaném souboru není statisticky významný rozdíl.

Výskyt časných sepsí u novorozenců v letech 2010 - 2015 vzhledem k pohlaví



Obr. 3 Incidence sepsí vzhledem k pohlaví

Při sledování rizikových faktorů z anamnézy matky a novorozence byly zjištěny následující poznatky.

Zdravotnické zařízení, ve kterém byl výzkum realizován, nese status pracoviště poskytujícího intermediární péči novorozencům. Je tedy spádovým pracovištěm pro porody od 32. týdne gestace, a tudíž se zde s novorozenci velmi nízké porodní hmotnosti setkáme jen ojediněle. Studium zdravotnické dokumentace bylo zjištěno, že z celkového počtu 58 (100 %) novorozenců s časnou sepsí, mělo 28 (48,28 %) respondentů porodní hmotnost větší než 2 500 g a 30 (51,72 %) novorozenců mělo nízkou porodní hmotnost.

Dále byl analyzován gestační věk respondentů. Nejpočetnější skupinu novorozenců se sepsí tvoří ve sledovaném souboru lehce nezralí novorozenci (24 – 41,38 %). Sedmnáct (29,31 %) novorozenců se sepsí bylo narozených mezi 38. a 42. gestačním týdnem a 16 (27,59 %) respondentů bylo středně nezralých, u jednoho (1,72 %) novorozence nebyl gestační věk uveden.

Z počtu 58 (100 %) respondentů s diagnostikovanou časnou sepsí mělo 6 (10,34 %) novorozenců zkalenou plodovou vodu a 49 (84,48 %) respondentů čistou plodovou vodu, ve 3 (5,17 %) případech nebyl charakter vody plodové v dokumentaci uveden.

U 11 (18,97 %) novorozenců došlo k odtoku plodové vody déle než 18 hodin před porodem, u 43 (74,14 %) respondentů byl tento interval kratší. Čtyři (6,9 %) novorozenci neměli v dokumentaci časový údaj odtoku vody plodové zaznamenán.

Tabulka 1 znázorňuje incidenci *Streptococcus agalactiae* v pochvě rodičky u novorozenců s časnou sepsí. Nejčastěji byl výtěr z pochvy u žen, jejichž novorozenci měli časnou sepsi, negativní (30 rodiček – 51,72 %). Sedmnáct (29,31 %) žen mělo výsledek vyšetření pozitivní a u 11 (18,97 %) žen nebylo vyšetření provedeno.

Tab. 1 Incidence GBS u časně sepse (n_i)

GBS ↓	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Σ
pozitivní	4	6	3	0	2	2	17
negativní	8	7	5	4	2	4	30
neznámé	5	2	2	0	0	2	11

Σ	17	15	10	4	4	8	58
---	----	----	----	---	---	---	----

V případě detekce *Streptococcus agalactiae* v pochvě ženy by na počátku porodu měla být zahájena včas intrapartální profylaxe. U sledovaného vzorku byla dostatečná intrapartální profylaxe provedena u 13 (46,43 %) novorozenců, u 10 (35,71 %) respondentů nebyla dostatečná profylaxe a u 5 (17,86 %) rodiček není podání antibiotik před porodem v dokumentaci zaznamenáno.

Diskuze

Retrospektivní šetření se zaměřilo na zmapování incidence novorozeneckých sepsí a souvisejících rizikových faktorů ve vybraném zdravotnickém zařízení v letech 2010 až 2015. Ve sledovaném souboru respondentů byla sepse diagnostikována z celkového počtu 9 145 hospitalizovaných novorozenců u 103 (1,13 %) respondentů.

Incidence všech typů neonatální infekce se liší v závislosti na geografických faktorech a metodice sledování. Počet adnatních sepsí v posledních letech klesá, avšak jeho rychlý průběh s relativně vysokou mortalitou dosahující až 30 % je stále významným problémem neonatologických jednotek. Straňák a Janota (2015a) uvádí incidenci časné sepse u novorozenců 1 – 10 na 1 000 živě narozených, přičemž riziko a incidence stoupá s nižším gestačním týdnem. V našem výzkumném šetření však nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi časnými a pozdními sepsemi. Porodní hmotnost nad 2 500 g mělo 28 novorozenců s časnou sepsí, 30 novorozenců mělo nízkou porodní hmotnost. Straňák a kol. (2015b) dále uvádí incidenci sepsí u mužského pohlaví 2 – 4krát vyšší než u dívek. Ve vzorku 58 respondentů s časnou sepsí však nebyly zjištěny statisticky významné genderové rozdíly.

Drápalová a kol. (2014) poukazuje na patogen *Streptococcus agalactiae* jako na nejvýznamnějšího původce způsobujícího novorozenecké a kojenecké infekce. Jeho přítomnost je zjišťována výtěrem z pochvy těhotným mezi 35. a 38. týdnem gravidity. Ve zdravotnickém zařízení, kde výzkum probíhal, se výtěr provádí opakovaně všem ženám při příjmu na porodní sál. *Streptococcus agalactiae* byl detekován v pochvě matek novorozenců s časnou sepsí v 17 případech, u 11 žen vyšetření nebylo provedeno (život ohrožující stav, porod mimo zařízení, překlad novorozence z jiného pracoviště) a 30 rodiček mělo výtěr z pochvy negativní. Z počtu 28 respondentek s pozitivní detekcí *Streptococcus* skupiny B či s neznámým výsledkem byla u 13 žen aplikována dostatečná antibiotická profylaxe, 10 žen porodilo dříve než 4 hodiny od aplikace antibiotik a u 5 novorozenců nebyl proveden v dokumentaci záznam o zahájení aplikace antibiotické profylaxe. Lze tedy zkonstatovat, že v našem výzkumném souboru se *Streptococcus agalactiae* vyskytl v kultivačním vyšetření výtěru z pochvy pouze ve 29,3 % novorozenců s diagnostikovanou sepsí.

Dále byl analyzován gestační věk respondentů. Straňák a Janota (2015a) uvádí riziko vzniku infekce u nezralých novorozenců 2 – 8x vyšší. Nepočtenější skupinu novorozenců se sepsí v předkládaném přehledu tvoří lehce nezralí novorozenci (24). Sedmnáct novorozenců je narozeno mezi 38. a 42. gestačním týdnem a 16 respondentů je středně nezralých. Tedy i v našem souboru z celkového počtu novorozenců se sepsí tvoří nezralí novorozenci 68,97 %. Měchurová (2013) poukazuje na nejasný benefit podání antibiotik u těhotenství gestačního stáří 37 + 0 týdnů a více po 18 hodinách po odtoku plodové při negativním GBS screeningu a nepřítomnosti klinické chorioamnionitidy. Straňák a kol. (2015b) řadí předčasný odtok vody plodové déle než 18 hodin za rizikový faktor bez rozdílu gestačního stáří. Odteklou vodu plodovou déle než 18 hodin mělo 11 novorozenců, u 49 respondentů byl tento interval kratší. Čtyři novorozenci neměli v dokumentaci zaznamenán čas odtoku vody plodové. V našem

vzorku se tedy jako rizikový faktor odtok plodové vody před porodem déle než 18 hodin vyskytl pouze u 19,0 % respondentů.

Závěr

Jak již bylo uvedeno, na manifestaci sepse u novorozenců působí celá řada faktorů. Výsledky našeho šetření ukazují, jaká je incidence sepsí ve zdravotnickém zařízení ve sledovaném období a jaké vybrané rizikové faktory jsou přítomny v anamnéze matky a novorozence. V České republice je perinatální a postnatální péče o matku a dítě na velmi vysoké úrovni. Je však důležité nejen rizikové faktory pro manifestaci sepse vyhledávat, ale i jim předcházet pomocí neustálé edukace personálu, důsledným dodržováním bariérové péče v porodní asistenci a včasnou detekcí projevů infekce u novorozenců.

Zjištěné údaje platí pouze pro naše výzkumné šetření a nelze je tedy zevšeobecňovat na celou Českou republiku. Tyto výsledky však poukazují na důležitost sledování rizikových faktorů a incidence sepsí u novorozenců a jejich důsledného zaznamenávání do dokumentace. U řady případů ve sledovaném období bohužel důležité údaje nebyly v dokumentaci uvedeny i přes skutečnost, že se jedná o základní údaje mapující průběh porodu a jeho vliv na postnatální vývoj novorozence.

Bibliografie a odkazy:

Doporučení a postupy ČNEOS. *Postup péče o novorozence Streptococcus agalactiae (GBS) negativních, pozitivních nebo nevyšetřených matek*. 2006 [online] [cit. 2016-10-14]. Dostupné z: <http://www.neonatology.cz/doporuzeni-a-postupy>.

DORT J.; DORTOVÁ, E.; JEHLIČKA, P. *Neonatologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2013, s. 80. ISBN 978-80-246-2253-8.

DRÁPALOVÁ, R.; KLÁSKOVÁ, E.; FABULOVÁ, P.; KOPŘIVA F.; MIHÁL, V. *Streptococcus agalactiae jako původce opakovaných sepsí u imunokompetentního kojence*. *Pediatric pro praxi*. 2014; 15(2): 86–88. [cit. 2016-10-25]. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2014/02/08.pdf>.

FOX, C.; HOQUE, N.; WATS, T. *Oxford Handbook of Neonatology*. Oxford University Press, 2010, s. 307-323. ISBN 978-0199-22884-3.

CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, s. 72. ISBN 978-80-247-1369-4.

MĚCHUROVÁ, A. *Současné názory na management odtoku plodové vody*. *Česká gynekologie*. 2013, 78, supplementum: 15-18. [cit. 2016-10-25]. Dostupné z: http://www.perinatologie.cz/dokumenty/doc/doporucene-postupy/CG_Supplementum%20final.pdf.

MORAVCOVÁ, M.; PETRŽÍLKOVÁ, H. *Základy péče v porodní asistenci I*. 1. vyd. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2014, s. 102-105. ISBN 978-80-7395-859-6.

STRAŇÁK, Z.; ČERNÁ, M.; ŠAŇÁKOVÁ, P. *Donošený novorozenec pro sestry z novorozeneckých oddělení – 1. díl*. 1. vyd., Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2015b, s. 34-45.

STRAŇÁK, Z.; JANOTA, J. *Neonatologie*. 2. přepracované a rozšířené vyd., Praha: Mladá Fronta, 2015a, s. 466-476. ISBN 978-80-204-2994-0.

ŠVIHOVEC, P. *Novorozenecké infekce*. *Medicína po promoci* 2006; 2/2006: 88 s. [cit. 2016-10-25]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/8776>.

Etické aspekty a konflikt zájmu

Z hlediska případného konfliktu zájmu jsme neshledaly žádné okolnosti, které by základní principy publikování ohrožovaly. Tato publikace vznikla v rámci projektu SGS_2016_005

Kvalita péče ve zdravotnických zařízeních 2016 v rámci Studentské grantové soutěže Univerzity Pardubice.

Kontakt:

Mgr. Helena Petržílková
Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií
Průmyslová 395, Pardubice, 532 10
E-mail: Helena.Petrzilkoval@upce.cz

INFORMAČNO KOMUNIKAČNÉ TECHNOLOGIE V EDUKÁCI A PORADENSTVE

INFORMATION AND COMMUNICATION TECHNOLOGY IN EDUCATION AND COUNSELLING

Ľubica Poledníková¹, Alica Slamková², Ľuboslava Pavelová³, Dana Zrubcová⁴
^{1,2,3,4} Univerzita Konštantína Filozofa, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Katedra
ošetrovateľstva

Súhrn:

Cieľom bolo zistiť a analyzovať záujem návštevníkov webovej stránky: www.kega.fsvaz.ukf.sk, ktorú sme vytvorili, o edukáciu a poradenstvo v 4 oblastiach starostlivosti. Ako výskumnú metódu sme použili obsahovú analýzu elektronických dokumentov na menovanej webovej stránke, ktorá má dve časti – edukačnú a diskusné fórum. V časti diskusné fórum výskumný súbor tvorilo 69 respondentov – 59 žien a 10 mužov vo veku od 18 až do 76 rokov, priemerný vek bol 40,3. Z hľadiska roli respondentov, otázku položili 16 pacienti, 51 rodinných príslušníkov/známych a 2 profesionálne opatrovatelky. Zistili sme, že najviac navštevovanou oblasťou v edukačnej časti webovej stránky bola oblasť starostlivosti o zomierajúceho pacienta s počtom zobrazení 5508 a najviac navštevovanou edukačnou témou bola téma „Starostlivosť o pacienta s bolesťou“ (2782 zobrazení). V diskusnom fóre bolo položených 69 otázok, najviac (33) sme zaregistrovali v oblasti starostlivosti o seniorov. Obsahové zameranie otázok bolo veľmi pestré, zahŕňali biologické, psychické aj sociálne potreby pacientov alebo ich opatrovateľov. Výhody profesionálnej edukácie a poradenstva na diaľku vidíme v rýchlom prístupe k spoľahlivým informáciám, v zabezpečení anonymity pre pacienta aj opatrovateľa, potlačení takých bariér ako sú fyzické obmedzenia a časová náročnosť.

Kľúčové slová: informačno-komunikačné technológie, edukácia, poradenstvo, webová stránka.

Summary:

The objective was to find out and analyse interest of the visitors of the website www.kega.fsvaz.ukf.sk in education and counselling in the areas of home care for the elderly, the mentally ill, surgical patients, and the dying. We used content analysis of the electronic documents on the website which has two parts – educational and the discussion forum. In the part the discussion forum, the sample included 69 respondents – 59 women and 10 men aged from 18 to 76 years, the average age was 40.3. As for the roles of the respondents, the questions were asked by 16 patients, 51 family members/friends, and two professional caregivers. We found out the most commonly visited area in the educational part of the website was the area of care for dying patients with 5,508 visits; the most commonly visited educational topic was the topic “Care for patients with pain” (2,782 visits). In the discussion forum, 69 questions were asked; the most questions (33) were in the area of care for the elderly. The content focus of the questions was miscellaneous; they included biological, psychological, and social needs of patients or their caregivers. The advantages of professional education and counselling at a distance are in fast access to reliable information, ensuring anonymity for the patients and caregivers, and elimination of the barriers such as physical and time limitations.

Keywords: information and communication technology, education, consulting, website.

Úvod

Teleošetrovatel'stvo sa vzťahuje na použitie informačnej a telekomunikačnej technológie pri poskytovaní ošetrovatel'ských služieb v prípade, že je veľká fyzická vzdialenosť medzi pacientom a sestrou (Kumar, 2011). Napriek tomu, že komunikácia s pacientmi sa realizuje prostredníctvom internetu alebo telefónu, platia tu rovnaké pravidlá. Je možné používať prepojenie pomocou audio a video kanálov, diaľkového monitorovacieho zariadenia alebo digitálneho nástroja, no ošetrovatel'ská starostlivosť zostáva rovnaká. Z tohto hľadiska nám teleošetrovatel'stvo prináša množstvo výhod, a to jednak z pohľadu pracovníka, ale aj z pohľadu pacienta. Telemedicína a teleošetrovatel'stvo majú v zahraničí široké využitie, zameriavajú sa na všetky vekové kategórie, pacientov s chronickými chorobami, v paliatívnej starostlivosti, po chirurgických zákrokoch so zameraním na ošetrovanie rany, starostlivosť o umelý vývod, o pacientov s enterálnou alebo parenterálnou výživou (Robert et al, 2007, Ganapaty, Ravindra, 2011). Viacerí autori uvádzajú významný prínos teleošetrovatel'stva pri manažovaní takých ochorení, ako je ischemická choroba srdca, zlyhanie srdca, diabetes (Hamar et al., 2010, Kamei et al, 2013). Teleošetrovatel'stvo je tu aplikované v dvoch základných oblastiach starostlivosti a to je telemonitoring a teleedukácia.

Hlavným motívom práce bola naša snaha aplikovať teleošetrovatel'stvo na Slovensku v oblastiach edukácie a poradenstva. Cez grantovú agentúru MŠVaV SR - KEGA sme získali grant na projekt pod názvom **„Edukácia a poradenstvo ako súčasť teleošetrovatel'stva v domácej zdravotnej starostlivosti“**. Cieľom projektu bolo aplikovať nový ošetrovatel'ský prístup a monitorovať záujem pacientov a rodinných príslušníkov o túto formu starostlivosti. Realizácia projektu zahrnila vytvorenie webovej stránky, jej naplnenie edukačnými obsahmi a spustenie diskusného fóra o zdravotných problémoch pacientov v domácom prostredí. Riešiteľský kolektív zabezpečil odborné poradenstvo a edukáciu v oblastiach geriatrickej starostlivosti, starostlivosti o rany, psychiatrickej a paliatívnej starostlivosti. Výsledky získané v riešenom projekte by mali prispieť k zisteniu použiteľnosti teleošetrovatel'stva v domácej starostlivosti v našich podmienkach a k zisteniu záujmu klientov o tento spôsob ošetrovatel'skej starostlivosti.

Cieľ

Zistiť a analyzovať záujem návštevníkov webovej stránky: www.kega.fsvaz.ukf.sk o edukáciu a poradenstvo v oblastiach domácej starostlivosti o seniorov, psychicky chorých, chirurgických pacientov a zomierajúcich, ktorá bola vytvorená v rámci spomínaného projektu.

Súbor

Vzhľadom nato, že prístup k edukačnej časti menovanej webovej stránky bol voľný, charakteristiky výskumného súboru sme nezískali. V časti diskusné fórum výskumný súbor tvorilo 69 respondentov – 59 žien a 10 mužov vo veku od 18 až do 76 rokov, priemerný vek bol 40,3, smerodajná odchýlka 17,1, medián bol 40 rokov. Z hľadiska roľ respondentov, otázku položili 16 pacienti, 51 rodinných príslušníkov/známych a 2 profesionálne opatrovatel'ky.

Metódy

Ako výskumnú metódu sme použili obsahovú analýzu elektronických dokumentov, ktoré obsahuje webová stránka: www.kega.fsvaz.ukf.sk. Stránka má dve časti – edukačnú (materiály o starostlivosti o seniorov, psychicky chorých, chirurgických pacientov a zomierajúcich) a diskusné fórum, kde ľudia kladú otázky v štyroch oblastiach starostlivosti o zdravie. V prvej časti stránky sme zbierali informácie o návštevnosti (počet zobrazení) v štyroch oblastiach starostlivosti, so zameraním na jednotlivé edukačné témy. V druhej časti stránky sme zisťovali záujem respondentov podľa počtu položených otázok v jednotlivých oblastiach diskusného fóra (starostlivosť o seniorov, psychicky chorých, chirurgických pacientov a zomierajúcich) a analyzovali sme zameranosť otázok v diskusnom fóre. Zároveň

sme zisťovali demografické charakteristiky diskutujúcich – vek, pohlavie, rola (pacient, opatrovatel') cez nimi uvedené údaje.

Výsledky

V kvantitatívnej analýze sme urobili výpočet týkajúci sa celkovej návštevnosti stránky ako aj jednotlivých tém zahrnutých do štyroch oblastí starostlivosti (o seniora, o psychicky chorého, o chirurgického pacienta, o zomierajúceho) (Tab. 1). Následne sme analyzovali jednotlivé otázky položené v diskusnom fóre v štyroch oblastiach starostlivosti cez tieto elementy: kto sa pýtal, čoho sa otázky týkali, aká bola reakcia na odpoveď, počet zobrazení pri jednotlivých otázkach (Tab. 2, 3). Kvantitatívnu a kvalitatívnu analýzu sme robili k dátumu 11.10.2016.

Tab. 1 Návštevnosť webovej stránky – edukačná časť

Názov témy		Zobrazenia (n)
Oblasť starostlivosti o seniora		
1	Prevenia pádu a úrazu	837
2	Starostlivosť o inkontinentného klienta	867
3	Alternatívne spôsoby výživy	766
4	Starostlivosť o klienta s poruchou vyprázdňovania	525
5	Starostlivosť zameraná na podporu opatrovateľov	484
6	Starostlivosť o seniora s cukrovkou	336
Spolu		3815
Oblasť starostlivosti o psychicky chorého pacienta		
1	Demencia	1275
2	Schizofrénia	1234
Spolu		2509
Oblasť starostlivosti o chirurgického pacienta		
1	Starostlivosť o pacienta so stómiou	1851
2	Chronické rany	916
Spolu		2767
Oblasť starostlivosti o zomierajúceho pacienta		
1	Paliatívna starostlivosť pri bolesti	2782
2	Paliatívna starostlivosť pri dýchavici	796
3	Paliatívna starostlivosť pri únave a poruche spánku	369
4	Paliatívna starostlivosť pri imobilite	642
5	Paliatívna starostlivosť pri zmätenosti	280
6	Psych. podpora a špecifická komunikácie	333
7	Paliatívna starostlivosť pri výžive	306
Spolu		5508
Spolu všetky oblasti		14599

Z tabuľky 1 vyplýva, že najviac navštevovanou oblasťou v edukačnej časti webovej stránky bola oblasť starostlivosti o zomierajúceho pacienta s počtom zobrazení 5508, druhou v poradí bola oblasť starostlivosti o seniora s počtom zobrazení 3815, na treťom mieste s počtom zobrazení 2767 bola oblasť starostlivosti o chirurgického pacienta a poslednou s počtom zobrazení bola oblasť starostlivosti o psychicky chorého pacienta.

Tab. 2 Účasť na diskusnom fóre

Oblasti starostlivosti	n
Domáca starostlivosť o seniora	34
Starostlivosť o psychicky chorého pacienta	15
Starostlivosť o chirurgického pacienta	10
Starostlivosť o zomierajúceho pacienta	10
Hlavné fórum – spolu	69

Tab. 3 Charakteristiky respondentov podľa oblastí starostlivosti

Súbor/ Oblasti	o seniorov	o psychicky chorých	o chirurg. pacientov	o zomiera júcích	Spolu (n=67)
Pohlavie					
Muži	2	2	4	1	9
Ženy	32	13	6	9	60
Rola					
Pacient	2	7	6	1	16
Rodina	31	7	4	9	51
formálny opatrov.	1	1	0	0	2
Vek					
AM	39,4	30,7	43,6	52,4	40,3
SD	17,2	10,3	18,6	15,7	17,1
Min	18	18	20	25	18
Max	76	53	65	75	76

V diskusnom fóre bolo položených 69 otázok od 9 mužov a 59 žien, ktorí boli v roli pacientov (16), rodinných príslušníkov alebo známych (51) a formálnych opatrovateľov (2). Priemerný vek respondentov bol 40,3 so smerodajnou odchýlkou 17,1.

Diskusia

Teleošetrovateľstvo znamená ošetrovanie na diaľku, pomocou ktorého je možné poskytnúť včasné zdravotné rady ľuďom vo všetkých oblastiach (Kamei et al., 2013). Informačno-komunikačné technológie majú potenciál priniesť interaktívne vzdelávanie, potenciálne bohaté na vizuálny obsah obrovskému počtu záujemcov na veľkom území nákladovo efektívnym spôsobom, ktorý by nebolo možné dosiahnuť inými prostriedkami, čo prezentuje Moehr (2005) na základe pozitívnych výsledkov projektov telehealth v oblasti vzdelávania. Poradenstvo a edukácia je jedna z prioritných oblastí starostlivosti pri použití informačno-komunikačných technológií v práci sestry, zároveň je to oblasť, ktorá si okrem počítača a prístupu na internet nevyžaduje širšie technické zabezpečenie, t.z. mohla by byť prístupná väčšine slovenských domácností. Tento fakt dokazuje aj prieskum štatistického úradu o využívaní informačných a komunikačných technológií v slovenských domácnostiach v roku 2015, kde sa zistilo, že prístup k počítaču doma má až 80,5 % členov domácnosti a prístup na internet doma má 79,5 % (Vlačuha et al., 2015). Na Slovensku sa teleošetrovateľstvo v domácej starostlivosti nevyužíva, sestry pracujú tradičným spôsobom a preto je tu príležitosť ponúknuť ošetrovateľskú službu ináč v oblastiach pre tento ošetrovateľský prístup

vhodných. V snahe potvrdiť vhodnosť nášho výberu pre aplikáciu teleošetrovateľstva sme zvolili poradenstvo a edukáciu na diaľku prostredníctvom webovej stránky, ktorá má dve časti – edukačnú a diskusné fórum, kde ľudia kladú otázky z rôznych oblastí starostlivosti o zdravie. Ahmedzaiová (2007) uvádza skúsenosti Cudneyovej a Weinertovej (2000), ktoré skúmali rolu sestry – poradkyne na diaľku cez konverzáciu medzi chorými ženami, ktorú sestra iniciuje a povzbudzuje; využitie Mailboxu, cez ktorý sa venuje pacientkam individuálne; v HealthChate vyberá témy do diskusie, uvádza nové informácie, pripravuje materiály, odpovedá na otázky alebo pozýva hostí, aby poskytli užitočné rady a v oblasti nazvanej Resource Rack sestra študuje nové publikácie a spolupracuje s dobrovoľníckymi organizáciami, aby mala najnovšie informácie a mohla ich poskytnúť. Internet je zahltený množstvom informácií týkajúcich sa zdravia, ktoré sú však väčšinou neprofesionálne, ľudia si vzájomne odovzdávajú informácie získané na základe vlastnej skúsenosti, ktorá však je individuálnou skúsenosťou bez možnosti zovšeobecnenia, čo môže viesť k nepresným až zavádzajúcim informáciám, ktoré nepomôžu alebo môžu aj ublížiť. Na tento fenomén upozorňujú viacerí autori, ktorí uvádzajú okrem prínosu aj riziká online edukácie, ktoré súvisia s prezentovaním informácií bez dôkazov, ich nesprávnou interpretáciou alebo nevhodnou štruktúrou (Streda, 2014). Profesionálne poradenstvo v otázkach zdravia týkajúce sa rôznych vekových kategórií, všeobecne zamerané (na akékoľvek choroby) alebo špecificky (na jedno ochorenie) ponúkajú viaceré webové stránky. Naša webová stránka bola naplnená edukačnými obsahmi od profesionálov v danej problematike a diskusné fórum je vedené rovnako profesionálnym tímom. Stránka poskytuje informácie o starostlivosti pre pacienta liečeného v domácom prostredí so zameraním sa na štyri oblasti starostlivosti: o seniorov, psychicky chorých, zomierajúcich a chirurgických pacientov a ich opatrovateľov. Edukačné materiály sú ponúknuté vo forme písaného textu, ktorý je doplnený o názorné ukážky v podobe obrázkov, fotografií a videí. V snahe zistiť záujem ľudí o informácie takéhoto typu, sme po 10 mesiacoch sprístupnenia stránky verejnosti, ktoré sprevádzala reklama stránky cez médiá, uskutočnili kvantitatívnu a kvalitatívnu analýzu - výpočet týkajúci sa celkovej návštevnosti stránky, jednotlivých oblastí starostlivosti ako aj jednotlivých edukačných tém.

Zistili sme, že najviac navštevovanou oblasťou v edukačnej časti webovej stránky bola oblasť starostlivosti o zomierajúceho pacienta s počtom zobrazení 5508 a najviac navštevovanou edukačnou témou bola téma „Paliatívna ošetrovateľská starostlivosť o pacienta s bolesťou“ s počtom 2782 zobrazení. V diskusnom fóre, v oblasti starostlivosti o zomierajúceho pacienta, bolo položených 10 otázok od 8 rodinných príslušníkov a jedného pacienta a vekový priemer respondentov bol zo všetkých oblastí najvyšší (52,4), čo pravdepodobne súviselo s vyšším vekom rodinných opatrovateľov. Otázky sa týkali predovšetkým telesných potrieb zomierajúcich, ale aj oblasti podpory a komunikácie. Problematika zomierania a smrti bola vždy predmetom záujmu ľudí. Zvlášť keď sa ich situácia zomierania týka ako pacienta ale predovšetkým ako podpornej osoby. Mnohí ľudia v pokročilom štádiu choroby zostávajú doma a po odchode profesionálov (praktických lekárov a sestier z agentúr domácej starostlivosti) je ťarcha starostlivosti na rodinných opatrovateľoch. Pomoc na diaľku, možnosť poradiť sa kedykoľvek môže byť ponúkaná cez informačno komunikačné technológie. Autori Roberts et al. (2007) uvádzajú skúsenosť, ako informačné a komunikačné technológie umožnili zlúčenie kapacity a odborné znalosti BC NurseLine s odbornými znalosťami špecializovaných zariadení paliatívnej starostlivosti k dosiahnutiu výsledkov zlepšenia symptómov, zníženie návštev na pohotovosti a vylepšenú podporu pre rodiny, ktoré sa starajú o blízky doma. K využitiu internetu v paliatívnej starostlivosti sa vyjadrujú aj autori Pereira, Bruera (1998), ktorí poukazujú na silné stránky, ako je jednoduché publikovanie a prístup k veľkému množstvu informácií, ktorý bude rokmi rásť, ale aj slabé stránky ako sú nedostatočná redakčná kontrola a proces vzájomného hodnotenia. Jönsson, Willman (2008) uvádzajú výsledky z využitia videotelefonov v domácej starostlivosti,

v ktorých pacienti vyjadrili pozitívne pocity spojené s pocitom bezpečia, keď videli tvár sestry. Lind a Karlsson (2004) zasa zistili, že poskytovatelia aj príjemcovia hospicovej služby profitovali z webových služieb v tom, že pacienti hlásili vysokú úroveň prístupu k poskytovateľom, zatiaľ čo poskytovatelia dostali informácie od pacientov včas.

V oblasti starostlivosti o seniorov mali edukačné materiály spolu 3815 zobrazení, a najviac navštevovanou edukačnou témou bola téma 2 „Starostlivosť o inkontinentného pacienta“ s počtom 867 zobrazení, na druhom a treťom mieste s minimálnym rozdielom zobrazení boli téma 3 „Alternatívne spôsoby výživy“ a téma 1 „Prevencia pádu a úrazu v domácom prostredí“. Inkontinentný pacient v domácom prostredí predstavuje veľkú záťaž pre opatrovateľov a práve v populácii seniorov je tento problém pomerne častý. Umelá výživa v domácom prostredí je v našich podmienkach aplikovaná pacientom alebo opatrovateľom cez sondu a hlavne gastrotómii čoraz častejšie, čo zvyšuje záujem o túto problematiku a tento bude stúpať vzhľadom na svetový trend aplikácie aj parenterálnej výživy v domácom prostredí (Grófová, 2007). Záujem o problematiku pádov a úrazov vo vyššom veku súvisí s častým výskytom tohto problému aj v domácom prostredí a závažnosťou dôsledkov pádov. Pády sú najčastejšou príčinou úrazov, ktoré sú piatou najčastejšou príčinou smrti starých ľudí (Hegyí, Krajčík, 2010). V diskusnom fóre v súvislosti s problematikou starostlivosti o seniorov sme zaregistrovali 34 otázok, ktoré položilo 94 % žien, 91 % rodinných príslušníkov v priemernom veku 39,4 rokov. Obsahové zameranie otázok v diskusnom fóre sa v prevahe prípadov zameriavalo na riešenie problémov, ktoré boli obsiahnuté v edukačnej časti webovej stránky, čo nás vedie k záveru, že pýtajúci sa potrebovali individuálne posúdenie problému a poskytnutie individuálnej rady. Najviac otázok sa týkalo oblasti výživy, výživových obmedzení pri hnačke, cukrovke, výžive pri depresii, hydratácie seniora. Borhani et al. (2013), uvádzajú skúsenosť z telefonického kontaktu s pacientmi doma, u ktorých došlo k zlepšeniu procesu starostlivosti o seba v oblasti kontroly glykemického indexu potravín u pacientov s diabetom II. typu. Problematika pádov a kolapsov bola druhou najčastejšou témou položených otázok, čo svedčí o závažnosti tohto problému pri opatrovaní seniora. Chan et al. (2001) uvádzajú zistenia z edukácie klientov rezidenčného sanatória v Hongkongu prostredníctvom teleošetrovateľstva o prevencii pádov, ktoré viedli k záverom o 89 % podiele telemedicíny pri poskytovaní týchto služieb s následkom zníženia počtu pádov. Ahmedzaiová (2007) uvádza skúsenosti s Programom starostlivosti na konci života, v ktorom poskytované informácie rodinným opatrovateľom vyplynuli z analýzy dotazníkových údajov od niekoľkých rodinných opatrovateľov. Títo vyjadrili potrebu praktických informácií, týkajúcich sa užívania liekov, bezpečného pohybu v domácnosti, prevencie preležanín, zdravého stravovania a diétnych obmedzení a ďalších dostupných služieb ale aj potrebu emocionálnej podpory v súvislosti s rolou rodinného opatrovateľa, informácie o priebehu choroby, rizika náhlej smrti a podpory po úmrtí.

Psychiatrické ochorenia a psychické poruchy sú osobité svojimi prejavmi aj príčinami a v niektorých kultúrach, komunitách alebo jednotlivcami sú psychicky chorí považovaní za menejcenných. Táto stigma ich vedie k zmene správania, obmedzeniu sociálnych kontaktov, opatrnej komunikácii niekedy aj vo vzťahu medzi zdravotníkom a pacientom (Marková et al., 2006). Hovoriť o vlastných psychických problémoch na verejnosti, napr. cez diskusné fórum je preto problém. V prospech zapojenia sa je anonymita, kontakt na diaľku, v neprospech strach zo zneužitia informácií, nedostatočná bezpečnosť virtuálneho prostredia. Napriek tomu sme v oblasti starostlivosti o psychicky chorých zaregistrovali záujem o edukačné témy „Demencia“ a „Schizofrénia“, ktoré patrili medzi 4 najčastejšie navštívené a do diskusného fóra sa zapojilo 15 respondentov s najnižším priemerným vekom (30,7) a s najvyššou účasťou pacientov (pomer pacientov a rodinných príslušníkov bol 7:7). Obsahové zameranie otázok bolo smerované hlavne na problémy s alkoholom, depresie, užívanie liekov a kde hľadať

pomoc. Naše rady často orientovali pýtajúcich sa k návšteve psychiatra alebo psychológa, ktorí ako odborníci v danej oblasti sú najviac kompetentní k riešeniu daných problémov. Vo virtuálnom prostredí, v ktorom sa ľudia navzájom nepoznajú, chýba vzájomná dôvera, čo obmedzuje komunikáciu a minimalizuje rozsah aj relevantnosť poskytnutých informácií. Tento nedostatok môže byť prekážkou poradenstva na diaľku hlavne pre pacientov so psychickou poruchou.

V edukačnej časti webovej stránky bola oblasť starostlivosti o chirurgického pacienta navštívená 2767 krát. Z toho až 1851 zobrazení mala edukačná téma „Starostlivosť o pacienta so stómiou“ (celkovo druhá v poradí podľa počtu zobrazení všetkých edukačných tém), ktorá zahŕňala problematiku kolostómie, urostómie a iných druhov stómií, doplnené o psychosociálne poradenstvo a význam podporných skupín, možnosti a nárok na kompenzačné pomôcky. V diskusnom fóre sme zaznamenali 10 otázok od 6 pacientov a 4 rodinných príslušníkov. Najčastejšie sa zaujímali o ošetrovanie rany, poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti sestrou ADOS, nešpecifickými bolesťami brucha, o problémy tráviaceho traktu. Menší záujem súvisel pravdepodobne s tým, že pacienti v domácom prostredí mali v dostatočnej miere saturované problémy v oblasti ošetrovania rán, stómií s náležitým poradenstvom. Návštevnú službu sestrami v domácom prostredí pacienti vnímali ako povinnosť v systéme kontinuálnej zdravotnej starostlivosti, čo potvrdili zistenia prospektívne orientovaného výskumu, 1019 pacientov ošetrovaných sestrami ADOS (Repiská, 2014). Aj v štúdií Poledníkovéj et al. (2014) sestry zaradili využitie teleošetrovateľstva v pooperačnej starostlivosti a v starostlivosti o rany na Slovensku až na posledné miesto. Vo svete je však teleošetrovateľstvo aplikované aj u pacientov po operáciách. Hartford (2005) uvádza zistenia z využitia teleošetrovateľstva u pacientov po operácii bypass a ich rodinných príslušníkov, kde telefonické intervencie boli zamerané na zníženie úzkosti včasným poskytnutím rady a komunikáciou s profesionálom. Podobne Jönsson, Willman (2008) prezentujú inovatívny prístup k ošetrovaniu rán v domácom prostredí pri využití videotelefónov, videokaziet a digitálnych fotografií slúžiacich k virtuálnej komunikácii medzi pacientmi, príbuznými a sestrami.

Záver

Teleošetrovateľstvo, ako špecifický prvok poskytovania zdravotnej starostlivosti je v dostatočnej miere aplikovaný po celom svete, ale pre podmienky Slovenskej republiky je prvkom inovačným. Pre splnenie tejto potreby je nutné technické zabezpečenie, legislatívne zmeny, zvýšenie povedomia pacientov a dôvery k ošetrovateľským službám na diaľku. Je žiaduce definovať rozsah poskytnutej ošetrovateľskej starostlivosti štandardami a kompetenciami sestry. Napriek tomu od zdravotníckych pracovníkov – odborníkov v praxi sa žiada aplikovať a maximálne využívať nové trendy a prístupy k starostlivosti o pacienta v zdraví aj v chorobe. Naše zistenia nás vedú k záverom, že poradenstvo a edukácia na diaľku je efektívny spôsob poskytovania profesionálnych rád a informácií veľkému počtu zdravých aj chorých, pacientom aj opatrovateľom všetkých vekových kategórií, prednostne však v oblasti starostlivosti o zomierajúcich a seniorov. Informačno komunikačné technológie ponúkajú široké možnosti využitia ďalších technológií, ktorých použitie musí byť založené na empirických poznatkoch pre podporu ošetrovateľskej praxe, aby sestra mohla vykonávať holistickú starostlivosť vo virtuálnom prostredí.

Bibliografia a odkazy:

AHMEDZAIJOVÁ, H. 2007. Informační a komunikační technologie v ošetrovatelství. In PAYNEOVÁ, S., SEYMOUROVÁ, J., INGLETONOVÁ, CH. 2007. *Principy a praxe paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. 2007. 807 s. ISBN 978-80-87029-25-1.

- BORHANI, F., LASHKAR, T., SABZEVAR, S., ABBASZADEH, A. 2013. Effect of telenursing (telephone follow-up) on glycemic control and body mass index (BMI) of type 2 diabetes patients. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2013 Nov-Dec; 18(6): 451–456. ISSN 2228-5504.
- GANAPATY, K., RAVINDRA, A. 2011. Telenursing in an Emerging Economy: An Overview. In *Telenursing*. Ed. S. KUMAR, H. SNOOKS, London : Springer-Verlag, 2011, p. 47-59. ISBN 978-08572-9529-3.
- GROFOVÁ, Z. 2007. *Nutriční podpora – praktický rádce pro sestry*. Praha: Grada, 2007. 248 s. ISBN 80-2471-8682.
- HAMAR, B., WELLS, A., GANDY, W., HAAF, A., COBERLEY, C., POPE, J. E. *et al.* 2010. The impact of a proactive chronic care management program on hospital admission rates in a German health insurance society. *Population Health Management*, 13, 339–345 [online]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3128444/>. [cit. 2016-09-26].
- HARTFORD, K. 2005. Telenursing and patients' recovery from bypass surgery. *J Adv Nurs.* 2005 Jun;50(5):459-68. ISSN 1447-4328.
- HEGYI, L. – KRAJČÍK, Š., 2010. *Geriatría*. 1. vyd. Bratislava : HERBA, 2010. 608 s. ISBN 9788089171736.
- CHAN, W.M., WOO, J., HUI, E., HJELM, N. M. 2001. The role of telenursing in the provision of geriatric outreach services to residential homes in Hong Kong. *J Telemed Telecare.* 2001;7(1):38-46. ISSN 17581109.
- JÖNSSON, A.M., WILLMAN, A. 2008. Implementation of telenursing within home healthcare. *Telemed J E Health.* 2008 Dec;14(10):1057-62. ISSN 1556-3669.
- KAMEI, T., YAMAMOTO, Y., KAJI, F., NAKAYAMA, Y., KAWAKAMI, C. 2013. Systematic review and meta-analysis of studies involving telehome monitoring-based telenursing for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Jpn J Nurs Sci.* 2013 Dec;10(2):180-92. [online] Dostupné z: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24373441. [cit. 2016-09-26].
- KUMAR, S. 2011. Introduction to Telenursing. In *Telenursing*. Ed. S. KUMAR, H. SNOOKS, London: Springer-Verlag, 2011, p. 1-3. ISBN 978-08572-9529-3.
- LIND, L., KARLSSON, D. 2004. A system for symptom management in advanced palliative home healthcare using digital pens. *Medical Informatics and the Internet in Medicine.* 2004;29:199–210. [online] Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15742987>. [cit. 2016-09-26].
- MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing, 2006. 352 s. ISBN 8024711516.
- MOEHR, J. 2005. BC Telehealth Program Final Evaluation Report. [online] Dostupné z: http://hinf.ubic.ca/archives/t_health.pdf. [cit. 2016-03-05].
- PEREIRA, J., BRUERA, E. 1998. The Internet as a resource for palliative care and hospice: a review and proposals. *Journal Pain Symptom Manage.* 1998 Jul;16(1):59-68. ISSN 0885-3924.
- POLEDNÍKOVÁ, E., SLAMKOVÁ, A., PAVELOVÁ, L. 2014. Sestry a teleošetrovatel'stvo na Slovensku. In *Grant journal.* 2014 Dec; 3(2):70-73. ISSN 1805-0638.
- REPISKÁ, L. 2014. *Hodnotenie úrovne kvality poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti v ADOS*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, 2014. Dizertačná práca.
- ROBERTS, D., TAYLER, C., MACCORMACK, D., BARWICH, D. 2007. Telenursing in hospice palliative care. *Can Nurse.* 2007 May;103(5):24-7. ISSN 0008-4581.
- STREDA, L. 2014. eHealth a telemedicína – Telefarmácie 21. Díl. [online] Dostupné z internetu: <http://www.streda.com/wp-content/uploads/2014/01/MUDr.-Leos-Streda-eHealth-telemedicina-e-Health-21.pdf>. [cit. 2016-09-26].

VLAČUHA, R., KOTLÁR, J., ŽELONKOVÁ, V. 2015. *Zisťovanie o využívaní informačných a komunikačných technológií v domácnostiach 2015*. Bratislava: Štatistický úrad SR, 2015. 51 s.

Príspevok bol podporený KEGA č. projektu 011UKF-4/2014, s názvom Education and Counselling in Telenursing in Home Health Care, 2014-2016.

Kontakt:

Ľubica Poledníková, PhDr. PhD.

Univerzita Konštantína Filozofa

Kraskova 1, 94974 Nitra

E-mail: lpolednikova@ukf.sk, aslamkova@ukf.sk, lpavelova@ukf.sk, dzrubcova@ukf.sk

REŠPEKTOVANIE AUTONÓMIE A DÔSTOJNOSTI AKO ZÁKLAD ETICKÉHO PRÍSTUPU ZDRAVOTNÍCKYCH PRACOVNÍKOV K PACIENTOM

RESPECT FOR PATIENT AUTONOMY AND DIGNITY AS A PRINCIPLE OF ETHICAL BEHAVIOUR BY HEALTH CARE WORKERS

Tatiana Rapčíková¹

¹ Fakulta zdravotníctva Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave so sídlom v Banskej Bystrici

Súhrn:

Rešpektovanie autonómie a dôstojnosti chorých patrí medzi základné aspekty práce zdravotníckych pracovníkov. Predstavuje jeden z prioritných a najdôležitejších atribútov humanizácie medicíny a humánnej zdravotnej starostlivosti, pretože umožňuje postaviť úroveň starostlivosti o chorých na kvalitatívne vyšší stupeň, eliminuje utrpenie, maladaptívne prejavy chorých a robí ich život zmysluplnejším. Dôstojný prístup k chorým zároveň slúži aj ako veľavravný indikátor kvality zdravotnej starostlivosti. Rešpektovanie autonómie a dôstojnosti chorých nadobúda špecifický význam u pacientov akýmkoľvek spôsobom hendikepovaných, po radikálnych terapeutických zákrokoch (predovšetkým operačných) či umierajúcich. Autorka predkladá aj možnosti a spôsoby rešpektovania dôstojnosti chorých zo strany zdravotníckych pracovníkov, predovšetkým lekárov a sestier.

Kľúčové slová: autonómia, dôstojnosť, etický prístup, zdravotnícki pracovníci, pacient.

Summary:

Respect for the autonomy and dignity of the sick has been one of the fundamental aspects of healthcare worker's work. Allowing for a higher level of care in terms of essential criterion of which is quality, this has been one of the priority and the most important attributes of medicine humanization and human health care. When placing the emphasis on the dignity of the sick, suffering and the maladaptation symptoms undergo elimination in patients, which makes their lives more meaningful. Dignified approach to the sick serves as an indicator of health care quality. Respect for the dignity of patients acquires a specific significance in patients handicapped in any way, in those after radical therapeutic interventions (in particular, surgery ones) or dying patients. The author presents the ways and means of respecting the dignity of patients by health workers, especially by physicians and nurses.

Keywords: autonomy, dignity, ethical approach, healthcare workers, patient.

Úvod

V posledných rokoch čoraz viac občanov začalo participovať na rozhodnutiach súvisiacich s realizáciou zdravotnej starostlivosti. Paternalistický vzťah medzi zdravotníckymi pracovníkmi a pacientmi typický pre predchádzajúce obdobie sa oveľa viac transformuje v partnerskú spoluprácu. To znamená, že pacient prestáva byť v submisívnom postavení a stáva sa partnerom v diagnostickom a terapeutickom procese, ktorého nevyhnutnou a nespochybniteľnou súčasťou je rešpektovanie pacientovej autonómie a dôstojnosti.

Súčasťou zdravotníckej legislatívy sú i práva pacientov predstavujúce činiteľ, ktorý by mal podstatne ovplyvňovať kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti a napomáhať k zrovnoprávneniu vzťahu medzi zdravotníckymi pracovníkmi a pacientom, pretože rovnocenný vzťah je založený nielen na partnerstve, dodržiavaní rovnoprávnosti a spravodlivosti, ale aj rešpektovaní ľudskej dôstojnosti, prejavovaní úcty k hodnote ľudskej bytosti a zabezpečení autonómie chorých.

Dôstojnosť a autonómia pacientov sú pevnou súčasťou Etického kódexu zdravotníckych pracovníkov i Európskej charty lekárskej etiky vydané v roku 2011. Realizovať zdravotnú

starostlivosť na základe rešpektovania dôstojnosti a autonómie pacienta je morálnou povinnosťou každého lekára, sestry a ostatných zdravotníckych pracovníkov.

Aj podľa Medzinárodnej rady sestier je rešpektovanie ľudských práv a dôstojnosti človeka základným cieľom ošetrovateľskej starostlivosti, ktorá sa nemôže diferencovať na základe rasy, veku, vierovyznania, ochorenia alebo hendikepu, politického, sociálneho a ekonomického statusu pacienta (Lin, 2010).

Právo na rešpektovanie ľudskej dôstojnosti, autonómneho postoja k chorým a na kvalitnú zdravotnú starostlivosť realizovanú zdravotníckymi profesionálmi rezonuje i v dokumente Práva pacientov.

1 Princíp autonómie

Autonómia je pojem, ktorý nie je jednoduché jednoznačne definovať, pretože jeho význam je determinovaný právnym, medicínskym, filozofickým i politologickým pohľadom. Autonómia nesúvisí len s aktivitou jedinca pri formulovaní zásadných rozhodnutí, ale skutočná autonómia znamená autentické priebežné rozhodovanie jedinca (Nadace, 2004).

Podľa Munzarovej (2005, s. 44) autonómia predpokladá schopnosť zvážiť a rozlíšiť jednotlivé alternatívy a schopnosť uskutočniť vlastný plán, ktorý si človek predsavzal. V kontexte lekárskej etiky sa týka hlavne práva pacienta na sebaurčenie a informovaného súhlasu.

Autonómia je v absolútnom kontraste s paternalistickým prístupom, kedy za jedinca preberá zodpovednosť niekto iný a znamená predovšetkým zodpovednosť za svoje správanie, vlastné rozhodnutia a názory, ktoré sa formujú postupne s dozrievaním a osobnými skúsenosťami jedinca.

Autonómia má dimenziu funkcionálnu, telesnú, zmyslovú, postojoú, emocionálnu a konfliktnú. S osobnou autonómiou sa spája súkromie, dôstojnosť pacienta, integrita osobnosti a individuálna zodpovednosť. Osobná autonómia prináša človeku pocit fyzickej a psychickej pohody a predstavuje žiaduci rys jeho života. Jej dosiahnutie či udržanie nie je úplne rovnaké, trvalé ani komplexné: mení sa v čase a v závislosti od životných podmienok, sociálneho kontextu, od povahy a rozsahu úloh, s ktorými sa jedinci aktuálne vyrovnávajú, i v závislosti od kompetencií a kritérií, ktorými sú jedinci a aj ich výkon v spoločnosti posudzovaní. Riziku oslabenia alebo dokonca straty autonómie čelia pomerne častejšie práve starí ľudia a ľudia so zdravotným postihnutím (Sýkorová, In: Kalvach, 2011, s. 34 - 35).

1.1 Autonómia pacienta

Z hľadiska zdravotníckeho (medicínskeho) princípu autonómie pacienta znamená právo kompetentného pacienta na rešpektovanie jeho nezávislých, slobodných a informovaných rozhodnutí súvisiacich s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou. Autonómia pacienta predpokladá, že pacient je schopný zvážiť jednotlivé alternatívy a tlmočiť okolie určité rozhodnutia, pacient má dostatok informácií a môže sa rozhodnúť slobodne, bez akéhokoľvek vonkajšieho nátlaku alebo prinútenia (Glasa, Šoltés, 1998, s. 46 - 47).

Rešpektovanie práva určitého človeka na autonómiu predstavuje ďalší spôsob, ako mu prejavíť úctu. V zdravotníckej praxi sme nezriedka svedkami toho, že jednotlivé princípy zdravotníckej etiky si vzájomne protirečia.

S daným konštatovaním sa stretávame aj u Kovaľovej (2004, s. 56), podľa ktorej typickým príkladom je informovanie beznádejne chorého pacienta o jeho diagnóze. Pravdivá informácia môže totiž v jeho prípade spôsobiť nenapraviteľnú „škodu“ a „podkopat“ jeho psychickú a morálnu silu. Preto, ak si sám pacient neželá počuť túto informáciu, lekár mu ju nemusí povedať, hoci takéto konanie protirečí princípu úcty a autonómie pacienta.

Chronické choroby a zdravotné zlyhávania majú silný vplyv na ľudský život, a to tak na každodenné činnosti, ako i na spoločenské vzťahy a vonkajšie prejavy autonómie. Tieto situácie môžu viesť až k pocitom zmeny identity, kedy sa daný človek nestotožňuje s rozhodnutiami, ku ktorým bol dotlačený. Rastúca závislosť nemusí nevyhnutne znamenať stratu autonómie. Autonómiu možno uchovať, pokiaľ starajúca sa osoba aktivizuje pacienta, zapája ho do činností, spolupracuje s ním a ponúka mu možnosť voľby zodpovedajúcu jeho identite (Nadace, 2004, s. 30).

Treba si uvedomiť, že autonómia každého jedinca, t. j. i pacienta, je úzko prepojená so zodpovednosťou, pričom ide o priamo úmerný vzťah. To znamená, že čím väčšia autonómia, tým i väčšia zodpovednosť. Nie je jednoduché realizovať rozhodnutia súvisiace s vlastným zdravím a vlastnou existenciou. Na druhej strane, rešpektovanie autonómie pacienta, t. j. jeho rozhodnutí súvisiacich napríklad s informovaním o zdravotnom stave či diagnostických a terapeutických výkonoch, je ideálnym spôsobom implementácie práv pacientov do interpersonálnych vzťahov medzi poskytovateľmi a prijímateľmi zdravotnej starostlivosti.

Starostlivosť o potreby iných je základným cieľom ošetrovateľstva a obhajoba pacienta je jeho etickým základom. V kontexte s uvedeným treba klásť dôraz na rešpektovanie a ochranu pacientov zo strany zdravotníckych pracovníkov i na to, aby sa zvýšila ich duševná pohoda. Ak aj pacient nevyzdravie, zdravotníci by si mali byť vedomí toho, že urobili všetko pre uľahčenie jeho umierania a zabezpečenie pokojnej smrti. Pacienti môžu urobiť rozhodnutia týkajúce sa potrieb v súvislosti so starostlivosťou o ich zdravie a ochraňujúce a podporujúce ich práva. Je potrebné akceptovať individuálne prania pacientov a ich rozhodnutia vo vzťahu k ich zdravotnému stavu (Seal, 2007, s. 30).

Nezávislosť patrí jednoznačne medzi základné autonómne prejavy jedinca. Na základe miery nezávislosti možno hodnotiť i zdravotný stav pacienta a naplánovať zodpovedajúce ošetrovateľské intervencie zohľadňujúce osobnosť i zdravotný stav pacienta.

Godová s Ondrušovou (2008, s. 145) zastávajú názor, že jednotlivé práva pacientov sa v súvislosti so zdravotnou starostlivosťou zakladajú na práve človeka na ľudskú dôstojnosť, na sebaurčenie a na autonómiu. Ľudská dôstojnosť sa vzťahuje na osobné bytie človeka a je vyjadrením predstavy o osobnostnej a sociálnej hodnote každého človeka. Jej predpokladom je rešpektovanie jedinečnosti, neopakovateľnosti človeka ako osoby s právom na autonómiu v oblasti hodnôt a autonómny spôsob ich realizácie.

2 Ľudská dôstojnosť

Dôstojnosť patrí medzi najdôležitejšie hodnoty v živote každého človeka. S dôstojnosťou sú úzko prepojené také atribúty ako úcta, zmysel života, možnosť slobodného rozhodovania a angažovania človeka. Charakteristika dôstojnosti je rôznorodá. Je determinovaná postojmi jednotlivých autorov a tiež rôznorodými okolnosťami.

Podľa Nemčekovej (2000, s. 26), dôstojnosť vyjadruje predstavy o hodnote ľudského jednotlivca ako bytosti rovnocennej (rovnaká hodnotová a významová úroveň s inými), rovnoprávnej (rovnaké práva a povinnosti), slobodnej (spôsobilosť voliť alternatívy a rozhodovať sa) a autonómnej (možnosť rozhodovať o sebe).

Ako uvádza Nemčeková (2004, s. 36), dôstojný prístup k človeku znamená:

- a) prejavovať úctu k hodnote ľudskej bytosti, jej osobnosti a individualite vrátane jej ochrany,

- b) rešpektovať slobodu, ktorá je špecifickým znakom ľudského bytia, konštitutívnym prvkom ľudskej existencie, ide o možnosť rozhodovať o sebe priamo alebo sprostredkovane, na základe vlastnej vôle, bez donútenia,
- c) dodržiavať spravodlivosť (sociálnu, individuálnu), t. j. nedostávať ani nežiadať viac z hľadiska nezaslúženej osobnej výhody,
- d) dodržiavať rovnoprávnosť (opak diskriminácie), ktorú možno chápať aj ako spravodlivosť z hľadiska realizácie a ochrany práv a povinností,
- e) vytvárať možnosti na uspokojovanie potrieb a záujmov ľudí.

Gábrišová (In: Fobelová, 2011, s. 283) zdôrazňuje, že prioritným cieľom bioetiky je zdôraznenie potreby rešpektu života a rovnako aj vyzdvihnutie ľudskej dôstojnosti ako hodnoty prináležiacej každému človeku.

Koval'ová (2004, s. 63) zastáva názor, že ľudská dôstojnosť patrí nepochybne každému bez výnimky a bez nutnosti byť uznaná navonok. Je daná už príslušnosťou k ľudskému druhu a odôvodnená schopnosťou človeka byť osobnosťou.

I z uvedeného vyplýva, že dôstojnosť je jedným z podstatných fenoménov ľudskej existencie. Zasahuje do najnútornejšej podstaty človeka a jej narušenie negatívne ovplyvňuje integritu osobnosti za každých okolností.

2.1 Dôstojnosť pacienta

Atribút dôstojnosti je významným fenoménom mnohých oblastí zdravotníckej etiky a úzko korešponduje s ohrozením zdravia človeka vplyvom choroby, resp. iných okolností. Etické kódexy, ktoré určujú normy a pravidlá konania a správania zdravotníckych pracovníkov tiež zdôrazňujú potrebu rešpektovania dôstojnosti človeka, a to najmä na základe adekvátneho prístupu zdravotníckych pracovníkov k nemu.

Dôstojnosť patrí k základným hodnotám ľudskej existencie. Mnohí ju považujú za prioritnú hodnotu úzko prepojenú s kvalitou života, so zdravotným postihom, s poskytovaním zdravotníckych a sociálnych služieb a dlhodobou starostlivosťou.

Podľa záverov Európskej konferencie o podpore a ohrozenosti seniorov konanej v Prahe v roku 2009, dôstojnosť je nadradená aj autonómii. Dôsledná ochrana dôstojnosti sa má týkať aj tých ľudských bytostí, ktoré si etický kontext diania buď vôbec, alebo z podstatnej časti neuvedomujú, napr. ľudí v bezvedomí, s ťažkou demenciou či mentálne postihnutých. Ochrana dôstojnosti týchto najbezbrannejších, prípadne nevnímajúcich pacientov, má tiež zásadný dopad na ich rodiny, spolupacientov a v neposlednom rade i na personál daného zariadenia a kultúru celej spoločnosti (Kalvach, 2011, s. 52).

Choroba, jej dôsledky, samotná hospitalizácia, mnohé diagnostické a terapeutické zákroky výrazne zasahujú do života jedinca a viac či menej narúšajú jeho dôstojnosť. Výrazný atak na dôstojnosť človeka predstavujú poškodenia jedinca spojené s jeho viditeľnou stigmatizáciou, radikálne chirurgické zákroky či umieranie. Dôkazom toho je i skutočnosť, že strata ľudskej dôstojnosti je druhou najčastejšou príčinou žiadostí o aktívnu eutanáziu v krajinách, v ktorých to legislatíva umožňuje.

Zdravotnícki pracovníci musia bezpodmienečne rešpektovať dôstojnosť akéhokoľvek človeka – zúboženého, nemysliaceho alebo pod vplyvom psychózy mysliaceho inak, človeka zbaveného autonómneho konania, v bezvedomí, zomierajúceho. Zdravotnícki pracovníci majú povinnosť hájiť túto dôstojnosť do posledného dychu pacienta. Musia si však zároveň uvedomiť, že pocity straty dôstojnosti môžu viesť k veľkému utrpeniu chorých (Ptáček, Bartůněk, 2011, s. 56).

Ako uvádza Dobrovodská (2006, s. 6), pochopenie významu dôstojnosť je predpokladom toho, aby ju zdravotníci podporovali vo svojej praxi. Zároveň konštatuje, že zdravotnícki pracovníci majú byť nabádaní k tomu, aby v pacientovi videli celého človeka, t. j. vnímali ho ako plnohodnotnú a rovnocennú bytosť a nezameriavali sa len na jeho zdravotný problém. Na problém zachovávaní dôstojnosti by sa mali pozrieť očami svojich pacientov a ich rodín. Podľa Wichsovej (2012, s. 7), skúsenosti mnohých pacientov poukazujú na nedostatočné rešpektovanie ľudskej dôstojnosti zo strany zdravotníckych pracovníkov – od sťažností na nedostatok empatie, cez neúctu, zanedbávanie, málo zdvorilé správanie či dokonca ponižovanie a hrubosť, ktorým sú pacienti vystavení.

V zdravotníckych zariadeniach je neraz porušovaná zásada rešpektovania dôstojnosti pacienta zo strany zdravotníckych pracovníkov, a to najmä nerešpektovaním práva pacienta na intimitu a dodržiavaním súkromia pri realizovaní rôznych diagnostických a terapeutických zákrokov. Z daného hľadiska predstavujú ohrozenú skupinu i jedinci istým spôsobom hendikepovaní, pacienti hospitalizovaní na geriatrických a psychiatrických oddeleniach.

Z hľadiska rešpektovania ľudskej dôstojnosti predstavujú špecifickú skupinu aj terminálne chorí a umierajúci pacienti. Aj keď mnohokrát sú fyzicky vyčerpaní, imobilní či majú problémy s komunikáciou, je mylné sa domnievať, že nie sú schopní percipovať, a teda aj posudzovať mieru zachovávaní dôstojnosti v prístupe k nim.

Rešpektovanie dôstojnosti chorých by malo byť jedným z najdôležitejších aspektov nielen humanizácie medicíny, ale aj symbolom ohľaduplnej a humánnej ošetrovateľskej starostlivosti. Takto ponímaná starostlivosť pomáha eliminovať bolesť, fyzické a psychické utrpenie, aktivizuje pacienta a dáva jeho životu nový rozmer.

Jedným z najdôležitejších prvkov humánneho prístupu k chorým je rešpektovanie práv pacientov. Zachovanie dôvernosti informácií, rešpektovanie práva na súkromie, na kvalitu a kontinuitu zdravotnej starostlivosti významnou mierou prispieva k rešpektovaniu dôstojnosti pacientov.

Liečiť a ošetrovať pacienta s úctou k jeho ľudskej dôstojnosti je morálnou povinnosťou každého lekára, sestry, ako aj všetkých ostatných členov zdravotníckeho tímu. To znamená, že zdravotnícki pracovníci by vo svojej práci mali dodržiavať tieto zásady:

1. Rešpektovať potrebu sebaúcty človeka, ktorá môže byť znížená napríklad z dôvodu závažného ochorenia.
2. Zabraňovať akejkoľvek diskriminácii pacienta.
3. Umožňovať prejavy slobodnej vôle a voľbu zodpovedného konania na základe ohľaduplného, ale obsiahleho informovania o podstate ochorenia, diagnostických a terapeutických postupoch a ich význame pre pacienta, ako aj o ich negatívnych dôsledkoch a predpokladanej prognóze.
4. Zmierňovať utrpenie chorého v súlade s aktuálnymi poznatkami a poskytovať mu emocionálnu a duchovnú podporu v súlade s jeho potrebami a svetonázorovou orientáciou. Rešpektovanie uvedených zásad si vyžaduje dostatočne pripravených zdravotníkov, ktorí poznajú nielen zložitosť patologických procesov a ich telesné príznaky, ale dokážu aj interdisciplinárne spolupracovať pri liečení a ošetrovaní chorého človeka, t. j. človeka v životnej núdzi spôsobenej ochorením a osobnou odpoveďou na toto ochorenie (Nemčeková, 2004, s. 96).

Lin (2010) zdôrazňuje, že rešpektovanie dôstojnosti je kľúčovým etickým faktorom starostlivosti v nemocničnom prostredí. Patrí medzi rozhodujúce faktory uzdravenia chorých, pričom zahŕňa akceptovanie ich telesnej intimity, zabezpečenie súkromia, poskytnutie

dostatočného časového priestoru, zabezpečenie emocionálnej podpory pacienta a starostlivosť o pacientov ako o celok.

Nerešpektovanie ľudskej dôstojnosti, predovšetkým dôstojnosti osobnej identity, čo znamená dôstojnosti súvisiacej s celoživotnou, dlhodobou identitou jedinca, so sebareflexiou, sebaúctou, s prvým vedomím vlastného ja, so začlenením do spoločnosti a s naplnením zmysluplnosti vlastného života, môže mať fatálne dôsledky. Zdá sa, že hlavnou príčinou samovrážd starých ľudí nie sú samotné choroby, bolesť, zníženie sebestačnosti, osamelosť ani ovdovenie, ale zrútenie životného konceptu a najmä pocit, že človek sa stáva nedôstojne náročným bremenom pre okolie - rodinu a ošetrovateľský personál (Kalvach, 2011, s. 56).

Dôstojnosť človeka je úzko spätá s pojmom **úcta**. Preukazovaním dôstojnosti a úcty naplníme kľúčové aspekty humánnej a ohľaduplnej zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti. Bezpodmienečná úcta k pacientovi - nové poňatie človeka ako spoločenskej bytosti - vyžaduje, aby sme v rovnakej vážnosti a úcte, v ktorej chceme byť my samotní v kontakte s druhými ľuďmi videní a hodnotení, stáli i voči druhému človeku, či sa nám to páči, alebo nepáči, či s tým súhlasíme, alebo nie. A toto kritérium, ktoré sa prejavuje predovšetkým v emocionálnej stránke nášho postoja, platí bezpodmienečne. Vrelý, emocionálne teplý vzťah je aj podmienkou toho, či sa nám partner v rozhovore otvorí alebo zostane uzavretý (Křivohlavý, In: Kalvach, 2011, s. 46).

Záver

Je potrebné pamätať i na to, že nielen pacienti, ale i zdravotnícki pracovníci majú svoju dôstojnosť a potrebu sebaúcty neraz znevažovanú i tým, že verejnosť nedoceňuje náročnosť ich profesie a nesmiernu zodpovednosť späť so starostlivosťou o chorých ľudí.

Rešpektovanie autonómie, akceptovanie dôstojnosti, preukazovanie úcty každému, kto je zaangažovaný v zdravotnej starostlivosti, vedie k zvyšovaniu sebavedomia a k poznaniu, že i vďaka týmto atribútom sa život človeka stáva zmysluplnejším a práca zdravotníckych profesionálov efektívnejšia. Pretože profesionalita zdravotníckych pracovníkov nespočíva len v ich odbornosti, ale predovšetkým v tom, aký postoj dokážu zaujať k najzraniteľnejším skupinám pacientom a aký rešpekt majú k eticky oprávneným nárokom pacienta – rešpektovanie jeho autonómie a dôstojnosti nevynímajúc.

Bibliografia a odkazy:

DOBROVODSKÁ, L. Poskytování důstojné péče. In *Florence*, 2006, roč. 6, č. 10, s. 6. ISSN 1801-464X.

GÁBRIŠOVÁ, R. *Hodnota života a ľudskej dôstojnosti ako základné bioetické problémy*. In FOBELOVÁ, D. a kol. *Aplikovaná etika a profesionálna prax*. 1. vyd. Banská Bystrica: FHV UMB, 2011. 309 s. ISBN 978-80-557-0217-9.

GLASA, J., ŠOLTÉS, L. a kol. *Ošetrovateľská etika 1*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1998. 211 s. ISBN 80-217-0594-9.

GODOVÁ, D., ONDRUŠOVÁ, Z. *Zodpovednosť za škodu spôsobenú porušením osobnostných práv pacienta*. In *Ošetrovateľský obzor*, 2008, roč. 5, č. 4, s. 144-146. ISSN 1336-5606.

KALVACH, Z. *Důstojnost*. In KALVACH, Z. et al. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.

KOVALOVÁ, D. *Aplikované etiky II. Bioetika a medicínska etika*. 1. vyd. Banská Bystrica: FHV UMB, 2004. 78 s. ISBN 80-8055-996-1.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Komunikace s lidmi v tísní. Participace versus osamělost lidí v tísní*. In KALVACH, Z. et al. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.

LIN, P. Y., TSAI, F. Y. Maintaining patients' dignity during clinical care: a qualitative interview study. In *Journal of Advanced Nursing*, 2010, vol. 67, no. 2, pp. 340-348. ISSN 0309-2402.

MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada Publishing, 2005. 156 s. ISBN 80-247-1024-2.

NADACE OPEN SOCIETY FUND PRAHA. *Respektování lidské důstojnosti*. Příručka pro odbornou výuku a výcvik absolventů lékařských, zdravotnických a zdravotně-sociálních oborů. [online]. Dostupné z: <<http://www.cestadomu.cz/res/data/028/003427.pdf>>. [cit. 2013-07-15].

NEMČEKOVÁ, M. a kol. *Práva pacientov. Medicínske, ošetrovateľské a filozoficko-etické súvislosti*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2004. 213 s. ISBN 80- 8063-162-X.

NEMČEKOVÁ, M. a kol. *Práva pacientov. Filozofická reflexia a zdravotnícka prax*. 1. vyd. Bratislava: IRIS, 2000. 234 s. ISBN 80-88778-94-8.

PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. et al. *Etika a komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.

SEAL, M. Patient advocacy and advance care planning in the acute hospital setting. In *Australian Journal of Advanced Nursing*, 2007, vol. 24, no. 4, pp. 29-36. ISSN 0813-0531.

SÝKOROVÁ, D. *Autonomie*. In KALVACH, Z. a kol. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.

WICHSOVÁ, J. O důstojnosti pacienta. In *Kontakt*, 2012, roč. 14, č. 1, s. 7-13. ISSN 1212-4117.

Kontakt:

doc. PhDr. Tatiana Rapčíková, PhD.

Katedra ošetrovateľstva

Fakulta zdravotníctva SZU

Sládkovičova 21, 974 05 Banská Bystrica

E-mail: tatiana.rapcikova@szu.sk

BEZPEČNOSŤ PACIENTA V RÁMCI PERIOPERAČNEJ STAROSTLIVOSTI Z POHLADU ANESTEZIOLÓGICKÝCH SESTIER

PATIENT SAFETY IN PERIOPERATIVE CARE FROM THE PERSPECTIVE OF AN ANAESTHESIOLOGY NURSE

Daniela Rybárová¹, Ingrid Labašková², Ľubica Rybárová³

¹ Vysoká škola sv. Alžbety, n.o.

² Fakultná nemocnica s poliklinikou J. A. Reimana

³ Fakulta zdravotníckych odborov Prešovskej univerzity v Prešove

Súhrn:

Úvod: Základom bezpečnosti pacienta v perioperačnej starostlivosti je dôkladne zvládnutá predoperačná príprava, perioperačná komplexná multidisciplinárna starostlivosť i edukácia pacienta. Ak im nevenujeme náležitú pozornosť, môže to byť zdroj akútnych anesteziologických príhod u pacienta v perioperačnom období. V príspevku sa zameriavame na prezentovanie názorov sestier anesteziologických pracovísk na bezpečnosť pacienta počas perioperačnej starostlivosti.

Metodika: Pre zber relevantných údajov sme zvolili formu nami zostaveného. Súbor tvorilo 201 sestier pracujúcich na úseku anestézie z Oddelení anestézie a intenzívnej medicíny v 18 nemocniciach na Slovensku. Zber údajov bol realizovaný od septembra 2012 do apríla 2013. Údaje sme analyzovali deskriptívnymi štatistickými metódami prostredníctvom programu Statistica 12

Výsledky: Z analýzy údajov vyplynulo, že pre bezpečnosť pacienta v perioperačnom období je dôležitá efektívna komunikácia medzi členmi tímu, funkčnosť používanej prístrojovej techniky, dobrý psychický stav pracovníkov multidisciplinárneho tímu, kvalitná multidisciplinárna spolupráca, dostatok personálu.

Záver: Na základe výsledkov prieskumu môžeme konštatovať, že poskytovanie kvalitnej a vysoko profesionálnej komplexnej ošetrovateľskej perioperačnej starostlivosti, ktorej súčasťou sú aj sestry špecialistky v anestézii a intenzívnej starostlivosti, zvyšuje bezpečnosť pacienta v perioperačnom období v zdravotníckom zariadení.

Keľúčové slová: bezpečnosť pacienta, Helsinská deklarácia pre bezpečnosť pacienta, perioperačná starostlivosť.

Summary:

Introduction: The basis of patient safety in the perioperative care is perfectly mastered preoperative preparation, perioperative comprehensive multidisciplinary care and education of patients. If we do not attend it, it is often a source of acute anesthetic events in patients in the perioperative period. The aim of the article is to present the view of nurses from anesthesiology departments on the patient safety during perioperative care.

Methods: We collected data by the non-standardized questionnaire. The sample consisted of 201 nurses working in the field of anesthesia at the Department of intensive care in 18 hospitals in Slovakia. Data collection was conducted from September 2012 to April 2013 and were analyzed with descriptive statistics and the program Statistica 12.

Results: The analysis of the views of nurses showed that patient safety within perioperative care will increase effective communication between team members prior to the surgical procedure will be, functioned equipment used during the surgery, if the workers won't be tired and stressed out, the multidisciplinary team cooperation, and sufficient number of personnel.

Conclusion: On the base of results we can say, that providing of quality and highly professional comprehensive perioperative nursing care, which includes nurse specialist in

anesthesia and intensive care, improves patient safety in the perioperative period in the hospital.

Key words: the safety of the patient, Helsinki Declaration for Patient Safety, perioperative care.

Úvod

Bezpečná zdravotná starostlivosť je jednou z hlavných priorít kvalitnej a vysoko profesionálnej ošetrovateľskej praxe a bezpečná zdravotná starostlivosť je základným právom pacienta. Zvyšovanie bezpečnosti pacienta znamená, v konečnom dôsledku, aj zníženie nákladov, ktoré by mohli vzniknúť pri poškodení a výskyte perioperačných komplikácií u pacienta. Medzi nimi dominujú zvýšené náklady na reoperácie, na liečbu infekcií, zlomenín, následkov zlej medikácie atď. (Štandardy GS1 2011).

Bezpečnosť pacienta je predchádzanie nežiaducich udalostí počas obdobia poskytovania zdravotnej starostlivosti s cieľom minimalizovať poškodenie pacienta a dosiahnuť bezpečnejšiu zdravotnú starostlivosť a tiež právo pacienta neutrpieť ujmu alebo potenciálnu ujmu spojenú s ústavnou zdravotnou starostlivosťou (UDZS 3/2014). Ide o vážny problém v celej Európskej únii, čo potvrdzujú aj výsledky vypracovaných výskumných štúdií realizovaných v celom rade krajín. Podľa nich v približne v 10% prípadoch hospitalizácií dochádza k pochybeniu v zdravotnej starostlivosti. Chyby sa robia na všetkých úrovniach poskytovania zdravotnej starostlivosti vrátane primárnej, sekundárnej, sociálnej, domácej, súkromnej, akútnej a starostlivosti o chronicky chorých. Nedostatočná bezpečnosť pacienta predstavuje závažný problém pre verejné zdravie, ako aj vysoké zaťaženie pre obmedzené finančné zdroje v zdravotníctve. Veľkej časti negatívnych príhod sa dá predísť, keďže za väčšinu z nich zodpovedajú systémové faktory (UDZS 3/2014).

14. júna 2010 bola v rámci kongresu Európskej anestéziologickej spoločnosti podpísaná *Helsinská deklarácia pre bezpečnosť pacienta*. Reprezentanti anestéziologických spoločností sa v rámci deklarácie dohodli na týchto princípoch (Grochová a kol. 2012):

- pacienti majú právo očakávať bezpečné perioperačné obdobie,
- ľudský faktor je dôležitý pri poskytovaní zdravotníckej starostlivosti – spolupráca s chirurgmi, sestrami a ďalšími klinickými partnermi,
- dôležitý je vývoj, výroba a dodávka bezpečných liekov a prístrojov,
- organizátori zdravotníctva očakávajú, že perioperačná starostlivosť bude bezpečná, musia na to, ale poskytnúť primerané zdroje,
- podiel anestéziológa na bezpečnosti a kvalite v anestézii, intenzívnej medicíne, liečbe bolesti a urgentnej medicíne,
- anestéziológia je kľúčovou špecializáciou v medicíne, ktorá nesie zodpovednosť za dosiahnutie ďalej uvedených cieľov, čo by malo podstatne zlepšiť bezpečnosť pacientov v Európe,
- všetky európske organizácie, ktoré poskytujú perioperačnú starostlivosť pacientom, musia dodržiavať minimálne štandardy monitorovania odporúčané EBA, a to tak v operačných sálach, ako aj v zotavovacích miestnostiach.

Súčasťou týchto opatrení je aj **perioperačná starostlivosť** o pacienta poskytovaná sestrami, ktorá by mala jeho bezpečnosť podstatne zlepšiť manažmentom ošetrovateľských intervencií v perioperačnom období v zdravotníckom zariadení. **Perioperačná starostlivosť** je spoločný názov pre poskytovanie starostlivosti v predoperačnom, intraoperačnom a v pooperačnom období. **Predoperačná starostlivosť** sa začína rozhodnutím lekára o operácii a končí sa

prevozom pacienta na operačnú sálu, kde pacienta prevezme anestéziologická alebo operačná sestra. **Intraoperačná starostlivosť** sa začína prevzatím pacienta na operačnú sálu a končí sa jeho prevozom na pooperačnú izbu. Ošetrovateľskú starostlivosť v tomto období poskytuje anestéziologická a operačná sestra. **Pooperačná starostlivosť** sa poskytuje v období od prebudenia pacienta po anestézii, až do prepustenia pacienta do domácej starostlivosti (Kubicová a kol. 2005).

Perioperačný manažment pacienta pred operačným výkonom sa začína vyšetrením na anestéziologickej ambulancii. Vyšetrenie sa zameriava na zaistenie aspektov bezpečnosti a kvality anestézie, intenzívnej medicíny a ošetrovateľskej starostlivosti a liečby bolesti počas celého perioperačného obdobia. Aby sa predišlo perioperačným komplikáciám pacienta v súvislosti s operačným výkonom a anestéziou a dosiahli sme vysokú úroveň anestézie, očakáva sa od anestéziologických sestier vysoká profesionálna odborná príprava, zručnosť pri obsluhu prístrojovej techniky, spolupráca pri odborných výkonoch, multidisciplinárna tímová práca, vhodná edukácia pacienta v každej fáze ošetrovateľského procesu a komplexná ošetrovateľská starostlivosť o pacienta. Ľudský faktor do značnej miery ovplyvňuje poskytovanie bezpečnej starostlivosti o pacienta, preto je potrebné, aby na každom pracovisku bol zostavený a realizovaný **program ochrany pacienta** a plán multidisciplinárnej starostlivosti, aby všetky poskytované činnosti boli pre pacienta bezpečné.

Poskytovanie bezpečnej perioperačnej starostlivosti si vyžaduje dodržiavanie štandardov monitorovania a manažmentu nasledujúcich procesov: *predoperačné vyšetrenie, príprava pacienta, kontrola prístrojovej techniky a liekov, farebné označenie striekačiek, intubácia pacienta, liečba toxicity lokálnych anestetík, anafylaxia, kontrola infekcie, krvácania, malígnej hypertermie, pooperačná starostlivosť, liečba bolesti a dodržanie personálnych noratívov*. Významnú úlohu v celom systéme poskytovanej zdravotnej starostlivosti zohrávajú vedomosti, správanie sa ošetrojúceho personálu a kultúrna úroveň jednanja s pacientom. Anestéziológ musí odhadnúť mieru záťaže organizmu pred plánovaným operačným výkonom a zhodnotiť vplyv súčasného patologického stavu u pacienta (Ryšavá a kol. 2000). Súčasťou je aj bezpečné podávanie intravenózných liekov, kde je potrebné ešte pred podaním lieku, zvážiť všetky dostupné informácie o lieku, vrátane jeho komplikácií, ktorým sa snažíme predísť.

Úlohou anestéziologického tímu, ktorého členom je sestra špecialistka v anestézii a intenzívnej starostlivosti, je zabezpečiť bezbolestnosť, komfort a pohodu pacientovi. Operatérovi zabezpečí dobrý prístup k operovanému miestu. V spolupráci s lekárom anestéziológom zaistí bezpečnosť operovaného pacienta vylúčením alebo kompenzáciou nežiaducich účinkov anestézie počas operačného výkonu.

Ciele

Popisovaná aktuálna problematika bezpečnosti pacienta v perioperačnom období na anestéziologickom úseku nás viedla k realizácii prieskumnej štúdie, ktorej cieľom bolo identifikovať bezpečnostné riziká v perioperačnom období z pohľadu anestéziologických sestier v súvislosti s poskytovanou anestéziou počas operačného výkonu.

Metodológia

Prieskum bol realizovaný v 6 fakultných nemocniciach s poliklinikou a 12 nemocniciach s poliklinikou na Slovensku v priebehu septembra 2012 až februára 2013, a to na oddeleniach a klinikách anestézie a intenzívnej medicíny po získaní písomného alebo elektronického súhlasu manažérov pre ošetrovateľskú starostlivosť a na základe súhlasu etických komisií.

Na zber údajov sme použili neštandardizovaný nami vytvorený dotazník, ktorý bol zameraný na zistenie názorov anestéziologických sestier na bezpečnosť pacienta v rámci perioperačnej

starostlivosti. Súčasťou dotazníka boli demografické údaje o respondentoch: pohlavie, dĺžka praxe v zdravotníctve a najvyššie dosiahnuté vzdelanie.

Analyzované premenné boli:

- názory sestier na dodržiavanie pravidiel alebo pokynov súvisiacich s intervenciami pred operáciou
- zmeny v operačnom programe a bezpečnosť pacienta
- význam komunikácie medzi členmi multidisciplinárneho tímu pred operačným výkonom a jej význam pre bezpečnosť pacienta
- funkčnosť prístrojov používaných pri operačnom výkone a bezpečnosť pacienta
- stres, únava personálu a jeho vplyv na zvýšenie výskytu chýb a omylov pri poskytovaných ošetrovateľských intervenciách
- vplyv tímovej multidisciplinárnej spolupráce na bezpečnosť pacienta
- dostatok personálu a jeho vplyv na kvalitu poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti.

Sestry v dotazníku odpovedali vyjadrením názoru na 5-bodovej Likertovej škále (5 - *áno, súhlasím*, 4 - *skôr súhlasím*, 3 - *neviem*, 2 - *skôr nesúhlasím*, 1 - *nie, nesúhlasím*). Jednotlivé zistenia boli analyzované vo vzťahu k typu pracovisku.

Získané údaje sme analyzovali metódami deskriptívnej štatistickej v programe Statistica 12. Použili sme triedenie údajov, spracovanie údajov, výpočet absolútnej a relatívnej početnosti. Spolu sme respondentom rozдали 320 dotazníkov a ich návratnosť bola 201 (63%) dotazníkov.

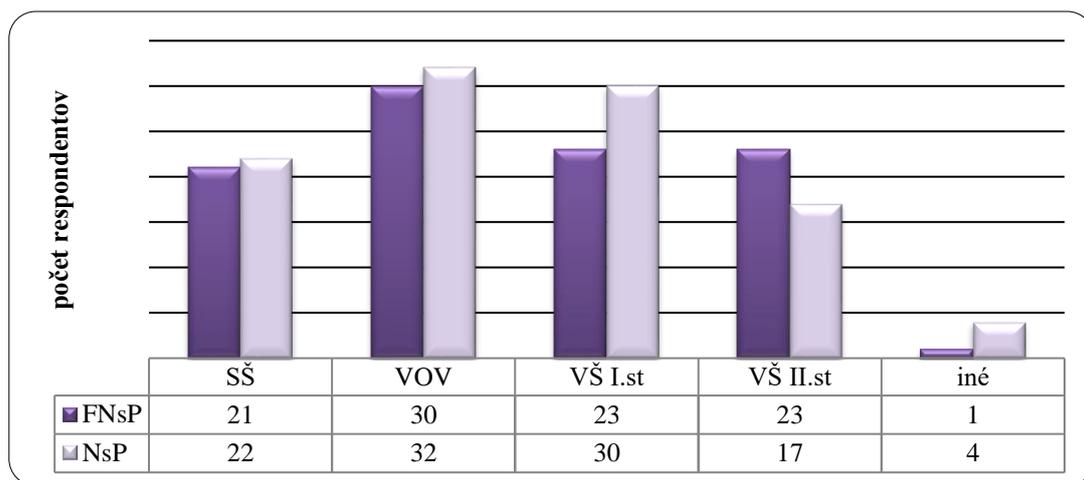
Charakteristika súboru

Analyzovaný súbor tvorilo 201 respondentov zo 6 fakultných nemocníc v: Banskej Bystrici 20 (10%) respondentov, Nitre 16 (8%) respondentov, Prešove 37 (18%) respondentov, Ružomberku 10 (5%) respondentov, Skalici 8 (4%) respondentov, Trenčine 7 (3%) respondentov) a z 12 nemocníc s poliklinikou v: Brezne 12 (6%), Čadci 4 (2%), Dunajskej Strede 10 (5%), Krompachoch 4 (2%), Liptovskom Mikuláši 9 (4%), Poprade 3 (1%), Snine 6 (3%), Spišskej Novej Vsi 10 (5%), Svidníku 7 (3%), Zlatých Moravciach 18 (9%), Zvolene 8 (4%), Žiari nad Hronom 12 (6%).

Z hľadiska pohlavia respondentov najpočetnejšiu skupinu tvorili respondenti ženy 193 (96%), v 6 mestách Slovenska sa prieskumu zúčastnilo 8 (4%) mužov.

Z hľadiska dĺžky praxe najviac respondentov bolo v skupine s praxou od 11 - 20 rokov, vo FNsP 47 (47,96%) a v NsP 41 (39,81%). Priemerná dĺžka praxe bola 19,25 roka.

Prehľad rozdelenia sestier podľa dosiahnutého vzdelania a typu nemocnice uvádzame v Grafe 1.



Graf 1 Rozdelenie respondentov podľa dosiahnutého vzdelania a typu nemocnice

Výsledky

Z analýzy položky týkajúcej sa názoru sestier na identifikáciu rizík bezpečnosti pacienta – či členovia ošetrovateľského multidisciplinárneho tímu prehliadajú pravidlá alebo pokyny súvisiace s intervenciami pred operáciou vyplynulo, že 95 (47%) anesteziologických sestier má skúsenosť s tým, že členovia ošetrovateľského tímu na chirurgických pracoviskách nedodržiavajú pravidlá alebo pokyny súvisiace s intervenciami prípravy pacienta pred operáciou – dodržiavanie štandardov predooperačnej starostlivosti (Tabuľka 1).

Tabuľka 1 Vyjadrenie názoru sestier na dodržiavanie pravidiel alebo pokynov súvisiacich s intervenciami pred operáciou

odpoveď	FNsP		NsP		spolu	
	%	n	%	n	n	%
áno, súhlasím	18	18	32	33	51	25
skôr súhlasím	29	28	16	16	44	22
neviem	6	6	6	7	13	6,5
skôr nesúhlasím	36	35	15	15	50	25
nie, nesúhlasím	11	11	31	32	43	21,5
spolu	100	98	100	103	201	100

Z analýzy položky zameranej na názory sestier na to, či zmeny v operačnom programe vplyvajú na bezpečnosť pacienta (poradie, zámena priezviska, diagnóza...) vyplynulo, že 141 (70%) respondentov súhlasí s tým, že zmeny v operačnom programe vplyvajú na bezpečnosť pacienta (Tabuľka 2).

Tabuľka 2 Vyjadrenie názoru sestier na vplyv zmeny v operačnom programe na bezpečnosť pacienta

odpoveď	FNsP		NsP		spolu	
	%	n	%	n	n	%
áno, súhlasím	50	48	50	53	101	50
skôr súhlasím	24	24	16	16	40	20
neviem	2	2	8	8	10	5
skôr nesúhlasím	12	12	12	12	24	12
nie, nesúhlasím	12	12	14	14	26	13
spolu	100	98	100	103	201	100

Z analýzy položky zameranej na význam komunikácie medzi členmi tímu ešte pred operačným výkonom pre bezpečnosť pacienta vyplynulo, že 190 (94,5%) respondentov pozitívne hodnotí jej prínos (Tabuľka 3).

Tabuľka 3 Vyjadrenie názoru sestier na vplyv komunikácie na bezpečnosť pacienta medzi členmi tímu ešte pred operačným výkonom podľa typu nemocnice

	FNsP		NsP		spolu	
	%	n	%	n	n	%
áno, súhlasím	93	91	96	99	190	94,5
skôr súhlasím	6	6	4	4	10	5
neviem	0	0	0	0	0	0
skôr nesúhlasím	1	1	0	0	1	0,5
nie, nesúhlasím	0	0	0	0	0	0
spolu	100	98	100	103	201	100

Ako vyplýva z analýzy názorov respondentov na to, či je pre bezpečnosť pacientov dôležitá funkčnosť prístrojov používaných pri operačnom výkone (Tabuľka 4), nie je pre nich mysliteľné, aby bez kontroly ich funkčnosti bola začatá anestézia, lebo by to malo vážny dopad na bezpečnosť pacienta.

Tabuľka 4 Vyjadrenie názoru sestier na vplyv funkčnosti prístrojov používaných pri operačnom výkone na bezpečnosť pacientov

	FNsP		NsP		spolu	
	%	n	%	n	n	%
áno, súhlasím	100	98	99	102	200	99,5
skôr súhlasím	0	0	1	1	1	0,5
neviem	0	0	0	0	0	0
skôr nesúhlasím	0	0	0	0	0	0
nie, nesúhlasím	0	0	0	0	0	0
spolu	100	98	100	103	201	100

Z analýzy položky zameranej na názor sestier na to, či stres, únava personálu zvyšuje možnosť výskytu chýb a omylov pri poskytovaní ošetrovateľských intervencií počas anestézie (Tabuľka 5) vyplýva, že až 179 (89%) respondentov súhlasí s týmto názorom.

Tabuľka 5 Vyjadrenie názoru sestier na vplyv stresu, únavy personálu na výskyt chýb a omylov pri poskytovaných ošetrovateľských intervenciách

	FNsP		NsP		Spolu	
	%	n	%	n	n	%
áno, súhlasím	73	72	76	79	151	75
skôr súhlasím	23	22	6	6	28	14
neviem	1	1	3	3	4	2
skôr nesúhlasím	2	2	8	8	10	5
nie, nesúhlasím	1	1	7	7	8	4
spolu	100	98	100	103	201	100

Až 196 (97,5%) sestier súhlasí s tým, že tímová multidisciplinárna spolupráca výrazne pozitívne ovplyvňuje bezpečnosť pacienta počas perioperačnej starostlivosti (Tabuľka 6).

Tabuľka 6 Vyjadrenie názoru sestier na vplyv tímovej multidisciplinárnej spolupráce na bezpečnosť pacienta v perioperačnej starostlivosti

	FNsP		NsP		spolu	
	%	n	%	n	n	%
áno, súhlasím	83	81	88	91	172	85,5
skôr súhlasím	16	16	8	8	24	12
neviem	1	1	2	2	3	1,5
skôr nesúhlasím	0	0	2	2	2	1
nie, nesúhlasím	0	0	0	0	0	0
spolu	100	98	100	103	201	100

Z analýzy položky zameranej na názor sestier na to, či dostatok personálu zvyšuje kvalitu poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti vyplynulo, že 192 (95,5%) sestier s týmto názorom súhlasí (Tabuľka 7).

Tabuľka 7 Názory sestier na vplyv dostatočného počtu personálu na kvalitu poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti

	FNsP		NsP		spolu	
	%	n	%	n	n	%
áno, súhlasím	90	88	89	92	180	89,5
skôr súhlasím	9	9	3	3	12	6
neviem	0	0	2	2	2	1
skôr nesúhlasím	1	1	1	1	2	1
nie, nesúhlasím	0	0	5	5	5	2,5
spolu	100	98	100	103	201	100

Diskusia

Podľa Paulíkovej (2011) je prioritou bezpečnosti pacienta v anestézii kvalitná tímová komunikácia, skúsený tím a absolvovanie anestéziologického vyšetrenia pacientom pred operačným zákrokom. Podľa Bratovej a kol. (2011) je pri poskytovaní anestéziologickej starostlivosti veľmi dôležitá spolupráca medzi všetkými zdravotníckymi pracovníkmi, hlavne v komunikačnej oblasti. Komunikácia je približne v 70% základnou príčinou príhod evidovaných Joint Commission v rokoch 1995-2005 (Seiden a kol. 2006). Názory našich respondentov, že pre bezpečnosť pacienta je dôležitá komunikácia medzi členmi tímu ešte pred operačným výkonom sú jednoznačné, pretože s týmto názorom súhlasí väčšina respondentov z nášho prieskumného súboru. Tímová spolupráca začína pre pacientov už vyšetrením na anestéziologickej ambulancii, kde im lekár a sestra zároveň poskytnú ústnou formou a letákom informácie týkajúce sa anestézie. Súčasne lekár odporučí pacientovi doplňujúce vyšetrenia a ak je to potrebné, pacientovi zodpovie prípadné otázky týkajúce sa problematiky a plánovaného postupu anestézie. Ako uvádza Očenášová a kol. (2008), veľký význam pre zníženie rizík výskytu perioperačných komplikácií u pacienta nepostačuje „vidieť“ pacienta len deň pred plánovaným operačným výkonom, ale dôsledne posúdiť a vyhodnotiť jeho stav a venovať pozornosť jeho príprave na operačný zákrok. Podľa Lichvárovej a Molnára (2011) multidisciplinárny prístup v perioperačnej starostlivosti o pacienta redukuje perioperačné komplikácie. Medziodborová spolupráca je pri nepretržitej starostlivosti o pacienta v nemocnici nevyhnutná, pacient prechádza z lôžkového oddelenia na operačné sály, vracia sa na jednotku intenzívnej starostlivosti a následne na lôžkové oddelenie. To znamená, že nie všetky sestry, zúčastnené na perioperačnej starostlivosti

o pacienta, sú z jedného oddelenia (Páleníková, Prosecká 2010). V takejto veľkej skupine ľudí môže dôjsť k narušeniu komunikácie z rôznych dôvodov, a tým pri starostlivosti o pacienta vznikajú chyby, pochybenia a nedorozumenia. Na mieste je intenzívna multidisciplinárna spolupráca ešte pred príchodom pacienta na operačnú sálu, kedy sa sestry navzájom informujú o reálnom čase operačného výkonu, a tým vedia ovplyvniť dĺžku operačného dňa a logistiku jeho priebehu, včasnú prípravu pacienta na operačný výkon, jeho transport na operačnú sálu a po operácii späť na oddelenie. Sestra na operačnej sále (inštrumentujúca sestra) spolupracuje so sestrou špecialistkou v anestézii a intenzívnej starostlivosti na príprave pomôcok a prístrojov, ktoré budú potrebné na uloženia a na ohriatie pacienta, v prípade dlhšie trvajúceho operačného výkonu. Operačná sestra si pripravuje sálu, zatiaľ čo anestéziologická sestra preberá pacienta z oddelenia na pripravovňu, kde pacienta edukuje. Obe ho posúdia vyplnením verifikačného protokolu. Perioperačný kontrolný protokol je jednoduchý, ale dôležitý koncept na naplnenie motta britskej anestéziologickej spoločnosti: „*In somno securitas.*“ Výhodou zavedenia tohto protokolu je možnosť prispôbiť si ho lokálnym podmienkam a potrebám, zabezpečenie dodržiavania zaužívaných bezpečnostných opatrení a minimálne náklady na zavedenie bezpečnostných postupov (Grochová a kol. 2013). Po skončení operácie odovzdáva anestéziologická sestra dôležité informácie písomne i ústne sestre z lôžkového oddelenia, ktorá preberá pacienta a kde bude prebiehať ďalšia pooperačná starostlivosť. Informácie sa týkajú nielen priebehu anestézie, ale i priebehu operačného výkonu, stavu krytia operačnej rany, zavedených drénov, zabezpečenia čistoty, podanej infúznej terapie, podanej analgetickej liečby a pod.

Z výsledkov analýzy údajov získaných od našich respondentov vyplynulo, že väčšina z nich súhlasí s názorom, že tímová multidisciplinárna spolupráca výrazne ovplyvňuje bezpečnosť pacienta v perioperačnej starostlivosti. Bezpečnosť v ošetrovateľskej starostlivosti bola aj témou práce Krystýnovej (2010), kde sa autorka zamerala na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti, podávanie liekov, overovania totožnosti, dodržiavanie zásad asepsy a hygieny jednotlivých výkonov, zaistenie informovanosti pacientov, dodržiavanie štandardov, sledovala výskyt nežiaducich udalostí (zámena pacienta alebo lieku, pád z postele...). Vo svojej práci uviedla najčastejšie dôvody pochybení a nedostatkov, ktoré podľa jej zistení vyplývajú zo stresu, z časovej náročnosti práce sestier a chýbania personálu. Vtedy najčastejšie dochádza aj k zatajovaniu chýb, ktoré je vyvolané strachom z postihu. To všetko má vplyv na kvalitu poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti, a tým aj na bezpečnosť pacienta.

Z výsledkov nášho prieskumu vyplynulo, že väčšina respondentov súhlasí s názorom, že stres a únava personálu zvyšuje možnosť výskytu chýb a omylov pri poskytovaných ošetrovateľských intervenciách. Simanová (2010) zdôrazňuje, že vplyvom stresu a únavy dochádza často k psychickému vyčerpaniu sestier a výsledkom sú zmeny v správaní, negatívne dopady stresu v psychickej, sociálnej i fyzickej oblasti. Psychické preťaženie sestier môže tak byť zdrojom ohrozenia bezpečnosti pacienta. Mára (2010) uvádza, že 84% sestier pozná formy psychohygieny, avšak z časových dôvodov tieto formy a možnosti prevencie neuplatňuje.

Chourová (2011) vo svojej práci hovorí, že: „...*pacient je vystavený bezpečnostným rizikám, ktoré súvisia s poskytovaním perioperačnej starostlivosti a je potrebné mapovať prácu s pacientom, vyvarovať sa vzniku nežiaducich príhod a zaistiť v čo najvyššej miere jeho bezpečnosť.*“ Na zabezpečenie kvalitnej, bezpečnej a vysoko profesionálnej starostlivosti o pacienta v perioperačnom období sa v niektorých krajinách uplatňuje nový odbor s názvom *perioperačná medicína* (Sámel 2003), kde perioperačnú starostlivosť poskytuje *perioperačná sestra*. Jej úlohou je edukácia pacientov, podanie zrozumiteľných informácií, odovzdávanie pacienta na operačnú sálu, jeho prebratie po operačnom výkone od operačnej a anestéziologickej sestry a odprevádza ho späť na oddelenie (Chmelíková, Šilhartová 2008).

Záver

Pre bezpečnosť pacienta v rámci perioperačnej starostlivosti je veľmi dôležité dodržiavanie štandardov predoperačnej prípravy, efektívna komunikácia medzi členmi tímu ešte pred operačným výkonom, funkčnosť používaných prístrojov, dobrá psychická pohoda, dostatok personálu a fungujúca tímová multidisciplinárna spolupráca. Ďalej je potrebné zaviesť na všetkých pracoviskách kontrolné protokoly perioperačnej starostlivosti (checklist) s cieľom zvýšiť bezpečnosť pacienta, zjednotiť dokumentáciu pre všetky anesteziologické pracoviská na Slovensku, zaviesť evidenciu anesteziologických príhod a komplikácií po anestézii. Tým by bola poskytovaná bezpečná komplexná perioperačná starostlivosť na zásadách moderného ošetrovatel'stva.

Bibliografia a odkazy:

- BRATOVÁ, A., MURGAŠ, J. 2011. *Bezpečnosť pacientů při anestezii*. [online]. [cit. 4-10-2016]. Dostupné na internete: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/bezpecnost-pacientu-pri-anestezii-460972>.
- CHMELÍKOVÁ, P., ŠILHARTOVÁ, V., 2008. Edukace pacienta perioperační sestrou. In: *Sestra*. Roč. 18, č. 7 - 8, s. 62. ISSN 1210-0404.
- CHOUROVÁ, L., 2011. Ošetrovatel'ské diagnózy na operačnom sále. In: *Sestra*. Roč. 21, č. 2, s. 36 - 38. ISSN 1210-0404.
- Európska komisia. *Verejné zdravie. Bezpečnosť pacienta*. 2011 [online]. [cit. 4-12-2015]. Dostupné na internete: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/policy/index_sk.htm.
- GROCHOVÁ, M. a kol. 2012. *Helsinská deklarácia a aktivita Svetovej zdravotníckej organizácie Bezpečný operačný výkon zachraňuje životy – prvé skúsenosti z praxe* [online]. [cit. 4-10-2016]. Dostupné na internete: http://solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=6015&magazine_id=17.
- GROCHOVÁ, M. a kol. 2013. Implementácia aktivít *Bezpečný chirurgický výkon zachraňuje životy a Helsinská deklarácia do praxe*. [online]. [cit. 4-10-2016]. Dostupné na internete: http://www.aimcasopis.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=6334&magazine_id=18.
- KRYSTÝNOVÁ, M., 2010. Bezpečnosť pacienta při poskytování ošetrovatel'ské péče. In: *Sestra*. Roč. 20, č. 7-8, s. 14-15. ISSN 1210-0404.
- KUBICOVÁ, Ľ. a kol. 2005. *Chirurgické ošetrovatel'stvo*. Martin: Vydavateľstvo Osveta. ISBN 80-8063-176X.
- LICHVÁROVÁ, I., MIKULA, J., 2011. Predikčné faktory pľúcnych komplikácií při operáciách horného GIT-u. In: *Novinky v anestéziológii a intenzívnej medicíne 2011*. Prešov: A-print s.r.o. s. 337-341. ISBN 978-80-970708-0-9.
- LICHVÁROVÁ, I., MOLNÁR, T., 2010. Bezpečná perioperačná epidurálna analgézia. In *Zborník prednášok Novinky v anestéziológii a intenzívnej medicíne 2010*. Prešov: Vydavateľstvo A - print s.r.o. s. 90 - 92. ISBN 978-80-89334-04-9.
- MÁRA, M., 2010. Mají sestry vědomosti v oblasti prevence psychické zátěže. In: *Sestra*. Roč. 20, č. 7 - 8, s. 25 - 26. ISSN 1210-0404.
- Metodické usmernenie č.3/2014 o zavádzaní systémov hlásení chýb, omylov a nežiadúcich udalostí v ústavnej zdravotnej starostlivosti*.
- OČENÁŠOVÁ, M., LICHVÁROVÁ, I., ŠEBOKOVÁ, K., 2009. Predanestetické vyšetrenie pacienta pred plánovaným výkonom. In: *Zborník prednášok Novinky v anestéziológii, intenzívnej medicíne a algeziológii 2009*. Prešov: A – media. s. 143-145. ISBN 978-80-89334-02-5.
- PÁLENÍKOVÁ, K., PROSECKÁ, M., 2010. Mezioborová spolupráce sester na operačnom sále. In: *Sestra*. Roč. 20, č. 2, s. 41-42. ISSN 1210-0404.

PAULÍKOVÁ, M., 2011. Úskalia zabezpečenia dýchacích ciest v krčnej onkológii. In: *Novinky v anestéziológii a intenzívnej medicíne 2011*. Prešov: A-print s.r.o. s. 136-138. ISBN 978-80-970708-0-9.

RYŠAVÁ, M., BYSTRICKÝ, Z., 2000. *Základy dětské anesteziologie*. 1. vyd. Brno: IDV PZ. ISBN 80-7013-309-0.

SÁMEL, M. a kol., 2003. Příprava a starostlivosť o pacientov v traumatológii, gynekológii a pôrodnictve, urológii. In: *Interná medicína - Abstrakty z odborného podujatia – III. Cyrilometodský deň*, FNsP sv. Cyrila a Metoda, Bratislava (12.11.2003). Roč. 3, č. 11, s. 677. ISSN 1335- 8359.

SEIDEN SC, BARACH P. 2006. Wrong-side/wrong-site, wrong-pro-cedure, and wrong-patient adverse events are they preven-table? In: *Arch Surg.*, č. 141, s. 931-939.

SIMANOVÁ, I., 2010. Role stresu v práci zdravotníckych pracovníků. In: *Sestra*. Roč. 20, č. 7-8, s. 24 - 25. ISSN 1210-0404.

Štandardy GSI v zdravotníctve – zvyšujeme bezpečnosť pacientov. 2011 [online]. Slovakia Žilina [cit. 4-12-2015]. Dostupné na internete:

http://www.gs1sk.org/download/zdravotnictvo_brozura.pdf.

Kontakt:

Daniela Rybárová

VŠZ a SP sv. Alžbety Bratislava, n. o.

Kósu Schoppera 22

048 01 Rožňava

E-mail: rybdan1131972@gmail.com

POTŘEBY, NADĚJE A ZDROJE PACIENTA Z POHLEDU NEMOCNIČNÍ KAPLANKY

NEEDS, HOPES AND PATIENT RESOURCES FROM THE PERSPECTIVE OF A HOSPITAL CHAPLAIN

Miriam Szókeová¹

¹ Slezská církev evangelická, Slezská diakonie

Shrnutí:

Příspěvek přináší nový podnět ve vnímání komplexnosti pacienta. Pohled nemocniční kaplanky na pacienty má za cíl pracovat se všemi stránkami člověka a všemi čtyřmi kategoriemi potřeb: potřebami fyzickými, psychickými, sociálními a duchovními. Poukazuje zároveň na nepoužívané kategorie, kterými jsou zdroje pacienta a jeho naděje. Potřeby, zdroje a naděje pak staví do těsnější blízkosti, než jsme zvyklí. Příspěvek obsahuje příklady z praxe, které tento pohled doplňují.

Klíčová slova: potřeby, zdroje, naděje, spirituální.

Summary:

The article brings a new approach in our understanding of complexity of the patient. The view of the hospital chaplain at patients has the aim to deal with all the aspects of the person and with the all categories of needs: physical needs, social and psychological needs and spiritual needs. The author brings new categories, such as resources and hopes of patient. Needs, resources and hopes are brought to the closer relationship than we are used to. The article contains the examples of praxis.

Keywords: needs, resources, hopes, spiritual.

Úvod

Nejčastěji mluvíme a slyšíme o potřebách nemocných. Potřeby skloňujeme ve všech pádech a jde nám o to, abychom tyto potřeby naplňovali. Mnohem méně, anebo vůbec však v souvislosti s pacientem můžeme slyšet o jeho nadějích, anebo dokonce o jeho zdrojích. V tomto příspěvku se podíváme na tyto jednotlivé oblasti trochu víc zblízka a zároveň z pohledu nemocniční kaplanky. Hned na začátku objasním pojem „nemocniční kaplan/nemocniční kaplanka“. „Podle Dohody mezi Ekumenickou radou církví (ERC) v České republice a Českou biskupskou konferencí (ČBK) se pod názvem nemocniční kaplan rozumí osoba, která poskytuje duchovní péči ve zdravotnickém zařízení na základě pověření daného svou církví a smlouvy s nemocnicí jako člen multidisciplinárního týmu.“ (ICN, 2017) Kromě toho se nemocniční kaplani v České republice sdružují v Asociaci nemocničních kaplanů, anebo v Katolické asociaci nemocničních kaplanů, přičemž tyto dvě asociace se snaží spolupracovat při vzdělávání a formaci nemocničních kaplanů, jako i při zviditelňování této profese. U nás je ona poměrně nová, ale v zahraničí je běžnou součástí nemocnic a po dlouhá léta existuje nemocniční kaplanství jako jedna z nelékařských a nezdravotnických profesí v nemocnici, podobně jako psycholog, nebo sociální pracovník.

Často, anebo možná vždy, vnímáme potřeby jako to jediné a podstatné, čím se zabýváme u nemocných. Pokud připustíme, že pacienti mohou mít i své zdroje a naděje, pravděpodobně tyto dvě oblasti budeme vnímat spíš jako vzdálené a v porovnání s potřebami ne tolik důležité. Podívejme se teď trochu podrobněji na potřeby, na naděje a na zdroje pacientů. Zároveň se pokusím nastínit tyto tři oblasti v mnohem bližším vztahu.

Potřeby můžeme rozdělit do čtyř kategorií. Jelikož člověk je bio-psycho – sociální a spirituální jednotou, potom definujeme potřeby biologické, anebo fyziologické, potřeby

psychické, sociální a spirituální. V původní Maslowově pyramidě se na jejím základu nachází fyziologické potřeby, pak následují potřeby bezpečí, přijetí, uznání, úcty. Na tomto místě zmíním souvislost, která je důležitá z pohledu nemocniční kaplanky. Jako kaplanka v nemocnici plně respektuji, podle Maslowove pyramidy, že pokud nemá pacient uspokojeny základní fyziologické potřeby, nebude mít zájem věnovat se duchovním otázkám. Pokud pacient např. trpí bolestí, s velkou pravděpodobností nebude mít zájem o modlitbu. Potřebuje být naplněna nejdřív potřeba fyziologická, ta má přednost. Na vrcholu této pyramidy je potřeba seberealizace. Když je např. pacient dlouhodobě hospitalizovaný, netrpí akutní bolestí – aktuálními se u něho stávají potřeby sociální a možná i duchovní. Dlouhodobě hospitalizovaní pacienti, např. i na onkologii, kteří byli mobilní, rádi navštěvovali bohoslužby v nemocnici a říkali mi, že pro ně to je smysluplný program, který je zároveň událostí společenskou, kulturní, hudební. V doplněném modelu Maslowovi pyramidy najdeme kategorie, jakými jsou poznávací (kognitivní) potřeby a to bychom mohli přiblížit na příkladu, že pacient má zájem číst, dovědět se informace (o své nemoci, o dění za zdmi nemocnice apod.), potřeby estetické (tady můžeme zařadit zmiňované bohoslužby v nemocnici anebo např. koncert, vernisáž fotografií v nemocnici, anebo návštěva kadeřnictví v nemocničním areálu apod.). Mezi nejvyššími kategoriemi v doplněné Maslowově pyramidě bychom našli seberealizaci a sebetranscendenci, tedy prostor a možnost, aby se nemocný nějak (pokud je to možné) realizoval a vyjádřil taky potřeby po něčem, co ho přesahuje (tady bych zařadila spirituální potřeby v nejširším slova smyslu). Mezi základní spirituální (nebo-li duchovní) potřeby patří: přijetí, důstojnost, naděje, útěcha, společenství, ale i samota, pokoj, touha po odpuštění (Prášilová, 2003).

U dalších autorů bychom našli další seznamy spirituálních potřeb. Mezi důležité potřeby patří respekt a úcta (Bukowski, 1994). Spirituální potřeby se týkají smyslu života a smrti, smíření se sebou a svým životem, smíření se s blízkými, s Bohem apod. (Hatoková a kol., 2013) Náboženské potřeby mají někteří lidé. Pod pojmem „náboženské potřeby“ rozumíme užší pojem spirituálních potřeb, kde náboženství tvoří víc organizovaný systém duchovních projevů. Mezi náboženské potřeby může patřit účast na bohoslužbách v kostele, pravidelná modlitba, dodržování jistých náboženských rituálů. Určité skupiny lidí tyto potřeby mají a je důležité v procesu hospitalizace o těchto potřebách vědět, protože jejich naplňování přispívá k léčbě pacienta. Existují výzkumy, které potvrzují pozitivní vliv religiozity (víry) na psychické i fyzické zdraví (Rucki, 2014). Znamená to, že vztah mezi oblastí religiozní, nebo-li spirituální a psychickou (i fyzickou) existuje a mnoho badatelů to zajímá. Mohli bychom říct, že většina lidí (v české společnosti) náboženské potřeby nemá, avšak pokud chápeme pojem spiritualita v širokém slova smyslu, pak spiritualitu má každý jedinec a tedy i potřeby spirituální, byť jsou ony vědomé anebo nevědomé.

Nemocný člověk nemá však jenom potřeby, ale má i jisté zdroje. Na zdroje se zcela, anebo často zapomíná. Jaké zdroje může mít pacient, když on sám je v postavení, kdy pomoc a podporu potřebuje. Podobně jako jste rozdělili potřeby do čtyř oblastí, mohli bychom tak rozdělit i vlastní zdroje. **K zdrojům psychickým a sociálním** bychom mohli přiřadit hlavně rodinu, dobré přátele, kolegy, popř. sousedské vztahy (pokud se z nich dá čerpat v tom smyslu, že sousedka přijde na návštěvu do nemocnice, anebo zalije kytky v domě v době, kdy nemocný sused leží v nemocnici). K psychickým zdrojům můžeme taky zařadit vlastní zážitky a zkušenosti, o které se pacient může opírat. Může si vzpomenout, že už byl v minulosti hospitalizován a situaci dobře zvládl. Proto teď, když si na to vzpomíná, pomáhá mu to čelit opakované zkušenosti. Zkušenosti a pozitivní vzpomínky mohou být silným zdrojem, z kterého může nemocný čerpat. Pokud si bude pacient připomínat negativní zážitky a zkušenosti z nemocnice, nebo negativní zkušenosti svých známých a blízkých, nebude to mít účinek opačný a tyto zážitky nebudou pro něho posilou, právě naopak. Druhou kategorií

jsou **zdroje fyzické**. Studie a výzkumy by nám ukázaly, že např. onkologičtí pacienti, kteří byly před onemocněním v dobré fyzické kondici, snášely i drastickou léčbu mnohem líp, než ti, kteří nebyli na tom fyzicky dobře před chorobou. K fyzickým zdrojům patří spánek, výživa, životní styl a další. Stačí si představit důležitost spánku. Dokážeme si lehce představit, že pokud se člověk nevyspí dobře a dostatečně, ovlivní to jeho celý další den. O to víc, když má jeho tělo zvládat léčbu a bojovat s nemocí. Do této kategorie jsem zařadila i fyzické zručnosti. Zdá se, že těch fyzických zručností, které může nemocný uplatnit v nemocnici, není moc, resp. jich bude ubývat. Uvedu jeden příklad z praxe. Jedna pacientka na gynekologickém oddělení v onkologické nemocnici mi říkala o své nelehké situaci a o frustraci z toho, že nemá prostor se v nemocnici realizovat do také míry, jak byla zvyklá. Objevily jsme společně její staré potěšení ze zručnosti pletení svetrů a šálů. Překvapilo mě to, protože tato žena byla slepá. Zeptala jsem se na to a ona mi bez okolků vysvětlila, že pletení se naučila ještě v mládí a nepotřebuje k tomu oči. Stačilo pořídit jí jedno klubko na pletení a pletací jehlice a této ženě se vrátil úsměv v tváři. Drobná fyzická aktivita a zručnost jí přinesla radost a smysluplné vyplnění času v nemocnici.

Poslední kategorií jsou **zdroje duchovní** a pod tuto kategorii můžeme zahrnout všechny spirituální, náboženské i nenáboženské duchovní zdroje, které pacientovi dávají sílu, povzbuzení, klid. Tady můžeme zařadit víru v Boha/boha, modlitbu, bohoslužbu, společenství věřících a další. Jako příklad uvedu organizování bohoslužeb v nemocnici. Když jsme kdysi, během mého studia klinického pastoračního vzdělávání v Kanadě, organizovali bohoslužbu pro seniory s demencí – přímo na oddělení nemocnice (v dobré spolupráci s personálem a dobrovolníky), byl tento program vyhlášen a hodnocen nemocnicí za nejlepší program pro pacienty. Duchovní program pro pacienty ve formě bohoslužby, která nechává prostor pro osobní modlitby nemocných (za ně samotné) se může stát významným duchovním zdrojem. Někteří z pacientů, pro které jsem v onkologické nemocnici připravovala před časem bohoslužbu, mi říkali, že přijít na bohoslužbu pro ně znamená mít kulturní, společenský a duchovní program v jednom, protože se po cestě ještě zastaví na kafe v bufetu. Pro mobilní pacienty to opravdu byla zajímavá a smysluplná odpolední aktivita, kde načerpali. Byl to duchovní zdroj.

Vedle potřeb a zdrojů zůstávají ještě naděje. Říká se, že „naděje umírá poslední“ a mnozí odborníci by to potvrdili. Roberto Badenas ve své knize „Jak čelit utrpení“ píše, že dosah naděje jsme ještě nedocenili a její hranice jsme nedefinovali. V samotném procesu uzdravování je to právě naděje, která je nejdůležitější (Badenas, 2016). Badenas cituje Dr. Jeroma Groopmana, profesora medicíny z Harvardské univerzity, který uvádí, že naděje pomáhá některým pacientům žít déle a všem žít lépe. Autor tvrdí, že i když uzdravení není reálné, naděje zůstává zdrojem klidu a povzbuzení. Naděje je něco víc než jen pozitivní myšlení a optimismus. Groopman je charakterizuje jako „povznášející pocit, který prožíváme, když okem své mysli vidíme cestu k lepší budoucnosti“. Naděje dává člověku postavit se okolnostem a schopnost zdolat je, přičemž potíže neignoruje. Profesor medicíny se snažil objevit biologii naděje. Dnes přednáší o tom, že víra v to, že existuje řešení a východisko, dokáže změnit chemické procesy v mozku a následně ovlivnit celé tělo. Vzácné je to, že profesor Groopman vnímá svou odpovědnost jako lékař v tom, dát pacientovi prostor pro naději (Groopman, 2004). V tomto by se mohli inspirovat i naši lékaři a zdravotníci.

Příkladem z mé praxe nemocniční kaplanky je situace pacientky z interního oddělení fakultní nemocnice, kterou často uvádím. Hospitalizovaná pacientka měla naději, že v nemocnici si zavzpomíná na svého zesnulého syna, který jí před léty, ve věku šesti let, tragicky zemřel. Nakolik na oddělení nemocnice byl rušný provoz a ona si ve svém stavu nevšimla, na který den naplánovali lékaři její invazivní zákrok, stalo se, že termín její vzpomínky na syna a termín vyšetření padl na stejný den. Bylo jí trapně mluvit o svých důvodech odmítání

podstoupit vyšetření, když ještě před pár dny s tímto vyšetřením souhlasila. A tak lékaři na vizitě navrhli, aby k nespolupracující pacientce byl přizván psychiatr. Mezičase jsem měla možnost s pacientkou vést pastorační rozhovor a ona se mi svěřila, že by potřebovala krátkou, možná půlhodinovou vzpomínku se svíčkou na své dítě, protože v dnešní den myslí jenom na něho. Stejně by se nemohla soustředit na žádné vyšetření a ani žádné léčení není pro ni důležité v této chvíli. Tuto naději pacientky jsem tlumočila vrchní sestře, která poskytla svou ambulanci, kde jsem zapálila svíčku a po krátké vzpomínce s modlitbou byla pacientka dostatečně spokojená, klidná a připravená pokračovat ve svém fyzickém léčení.

Podobně jak se může strach rozdělit na drobné (z čeho všechno má nemocný strach), tak je možné dělit i naděje. Kromě naděje na úplné vyléčení, existují další dílčí naděje (Payne, 2002). Je to naděje, že se člověk vrátí domů, že dokončí své dílo, že si splní svůj sen, že odevzdá své zkušenosti, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, že nebude sám. Naděje je důležitá v každé fázi nemoci.

Závěr

Můžeme mluvit o pacientovi jen s jeho potřebami, anebo můžeme vidět člověka, který je teď nemocný a zároveň má své potřeby, zdroje a naděje. Pokud si všímáme a pracujeme jenom s potřebami nemocných, jistým způsobem je zneschopňujeme. „Pomáháme“ jim, tedy používáme svou moc. Máme nad nemocnými moc. Moc v tom, do jaké míry jejich potřeby naplníme a uskutečníme. Pacient nakonec však potřebuje zmocnění, schopnost vnímat, že on má taky nějakou moc a perspektivu ve svém životě. Podívejme se proto na pacienta jinak - v širším kontextu, a to v tak, že dáme prostor i jeho zdrojům a nadějím. Zdroje a naděje pacienta nejsou daleko od samotných potřeb. Ony jsou si blíží, než si myslíme, možná jsou jen skryté. Povzbuzují Vás tedy k tomu vnímat v těsnější blízkosti potřeby, zdroje a naděje pacientů. Bude to mnohem komplexnější. A o to nám jde.

Bibliografie a odkazy:

ICN. online. Dostupné z: <http://www.nemocnicnikaplan.cz/rubrika/16-Dohoda-mezi-ERC-a-CBK/index.htm>. Citované 2017-01-29.

PRÁŠILOVÁ, M. *Duchovné a pastorálne sprevádzanie chorých a zomierajúcich v nemocnici*. 1. vyd. Bratislava: MON.COM, 2003. 40 s. ISBN N/A.

BUKOWSKI, P. *Budu s tebou...role bible v pastýřském rozhovoru*. Praha: MLÝN, 1994. 96 s. ISBN 978-80-86498-29-4.

HATOKOVÁ, M., a kol. *Sprevádzanie chorých a zomierajúcich. Dobrovoľníctvo v nemocniciach a paliatívnych zariadeniach*. 2. vyd. Bratislava: EQUILIBRIA, 2013. 238 s. ISBN 978-80-8143-125-8.

RUCKI, Š. *Přednáška o vztahu víry a zdraví*. Celorepublikový seminář pro nemocniční kaplany, Třinec, 11. 11. 2014.

BADENAS, R. *Jak čelit utrpení, Odvaha a naděje ve světě plném problémů*. Praha: Advent-Orion, 2016. 223 s. ISBN 978-80-7172-731-6.

GROOPMAN, J. *The Anatomy of Hope*. New York: Random House, 2004. In BADENAS, R.: *Jak čelit utrpení, Odvaha a naděje ve světě plném problémů*, Praha: Advent-Orion, 2016. 223 s. ISBN 978-80-7172-731-6.

PAYNE, G. *Přednášky pro nemocniční personál*. Sunnybrook hospital, Toronto: 2002.

Kontakt:

ThDr. Miriam Szókeová, PhD.

Slezská církev evangelická, Slezská diakonie

Na Nivách 7, 737 01 Český Těšín

E-mail: m.szokeova@slezskadiakonie.cz

KVALITA ŽIVOTA PACIENTOV S DIABETES MELLITUS S INZULÍNOVOU PUMPOU

QUALITY OF LIFE IN DIABETES MELLITUS PATIENTS WITH AN INSULIN PUMP

Tatiana Šantová¹, Ľubica Derňárová², Andrea Šuličová³, Jana Cinová⁴, Zuzana Šimová⁵, Zuzana Novotná⁶

^{1,2,3,4,5,6} Prešovská univerzita Fakulta zdravotníckych odborov

Súhrn:

Úvod

Diabetes mellitus je v súčasnosti jedným z najčastejších, najzávažnejších a ekonomicky najnáročnejších chronických chorôb. V dôsledku akútnych a chronických komplikácií významne zvyšuje morbiditu a zhoršuje kvalitu života pacientov.

Cieľ

Hlavným cieľom prieskumu bolo zistiť aký má vplyv inzulínová pumpa na kvalitu života pacientov s ochorením diabetes mellitus 1. typu. Na základe hlavného cieľa sme stanovili čiastkové ciele: Aká je miera spokojnosti pacientov s inzulínovou pumpou. Aká je miera vedomostí pacientov o využívaní technických možností inzulínovej pumpy.

Metodika

Na zber dát sme použili dotazník, ktorý bol zameraný na kvalitu života pacientov s ochorením diabetes mellitus 1. typu liečených pomocou inzulínovej pumpy.

Súbor

Prieskumnú vzorku tvorilo 32 respondentov s ochorením diabetes mellitus 1. typu, ktorí sú liečení pomocou inzulínovej pumpy, z toho 17 dievčat a 15 chlapcov vo veku od 5 do 25 rokov. Respondenti sú členmi Združenia rodičov a priateľov diabetických detí. Za deti mladšie ako 15 rokov vyplnili dotazník rodičia.

Výsledky

Väčšina respondentov (75%) má ochorenie lepšie kompenzované pomocou inzulínovej pumpy. Čo sa týka celkovej spokojnosti s liečbou pomocou inzulínovej pumpy až 63% respondentov sú s inzulínovou pumpou veľmi spokojní a len 3% respondentom inzulínová pumpa nevyhovuje. Zvyšných 34% respondentov sú s inzulínovou pumpou spokojní. Pri zisťovaní úrovne vedomostí pacientov o využívaní technických možností inzulínovej pumpy, môžeme konštatovať, že všetky možnosti inzulínovej pumpy vie využívať len 12% respondentov.

Diskusia

Inzulínová pumpa pacientom s ochorením diabetes mellitus 1. typu výrazne zlepšuje kvalitu života a priblíži ich k bežnému životnému štýlu osobám bez tohto ochorenia. Vzhľadom na zistené fakty o nízkej úrovni vedomostí o možnostiach inzulínovej pumpy považujeme za dôležité vyzdvihnúť význam edukácie detí a ich rodičov o danej problematike.

Záver

Edukácia predstavuje prostriedok k zlepšeniu kvality života dieťaťa s ochorením diabetes mellitus 1. typu vo všetkých jej dimenziách. Prostredníctvom projektu KEGA chceme inovatívnymi spôsobmi rozvíjať možnosti edukácie a prispieť tak ku zvýšeniu nielen vedomostnej úrovne o komplikáciách diabetu, ale aj k zlepšeniu kvality života detí a mladých ľudí s diabetom.

Kľúčové slová: kvalita života, pacient, diabetes mellitus, inzulínová pumpa.

Summary:

Introduction

Diabetes mellitus is one of the most common, serious and economically demanding chronic diseases. It is significantly increasing morbidity and worsens of patients life due to acute and chronic complications.

Aim

The aim of our research was to identify the effect of insulin pump on life quality of patients with I.type of diabetes mellitus. Partials goals were specified based on the main aim: How satisfied are the patients with insulin pump. -What is the level of knowledge of using technical options of insulin pump.

Method

For data collection a questionnaire with the questions focused on the quality of patients life with diabetes mellitus I. type equipped with insulin pump was used.

Dataset

Our survey contained 32 respondents (17 girls and 15 boys in the age range of 5 to 25 years) with diabetes mellitus I.type using the insulin pump. Respondents are members of the Association of parents and friends of diabetic children. The questionnaire was filled in by parents in cases when patients were under age of 15.

Results

The most of respondents (75%) suffering from diabetes are benefiting from insulin pump. Regarding the satisfaction level, up to 63% of respondents were highly satisfied on one hand and only a 3% of respondents were not satisfied with the pump on the other. The rest of the participants of the survey (34%) were satisfied. Surprisingly just 12% of respondents can use all operational parameters of the insulin pump.

Discussion

The insulin pump can be very helpful for the diabetic patients and it can make their lifes comparable to the life style of healthy people. Because of a low knowledge on insulin pump options, we consider education of parents and their children in this topic as very important.

Conclusion

Education can improve the quality of child with diabetes mellitus I. type. We want to improve the ways of education by the project KEGA and consequently increase not only the knowledge level of diabetic complications, but also enhance the life quality of diabetic children and young people.

Keywords: quality of life, patient, diabetes mellitus, insulin pump.

Úvod

Liečba detských pacientov s diabetes mellitus 1. typu pomocou inzulínovej pumpy sa stala štandardným spôsobom intenzifikovaného inzulínového režimu. V porovnaní s inými modalitami inzulínovej liečby má viaceré výhody. Za najväčšie prínosy sa považuje zlepšenie dlhodobej metabolickej kompenzácie diabetu, zníženie počtu hypoglykémií, zníženie glykemickej variability a v neposlednom rade aj celkové zvýšenie kvality života pacientov. Použitie glukózového senzora v spojení s inzulínovou pumpou tieto výhody ešte znásobí, ale zatiaľ sa v rutinej klinickej praxi nevyužíva, najmä pre vysokú finančnú náročnosť (Repko, 2016).

Inzulínová pumpa umožňuje diabetikom aj zdravotníckym pracovníkom lepšie imitovať spôsob, akým zdravý pankreas zásobuje telo bazálnym inzulínom, keďže do tela počas dňa aj noci uvoľňuje malé dávky rýchlo pôsobiaceho inzulínu. Vďaka tomu môže diabetik lepšie nastavovať dávky inzulínu podľa potreby, najmä po jedle a počas noci a dosiahnuť tak lepšiu kontrolu glykémie. Klinické štúdie potvrdzujú, že pacienti s diabetom 1. typu akéhokoľvek veku, ktorí prešli od injekčného podávania inzulínu viackrát denne na inzulínovú pumpu, uvádzajú, že sa im zvýšila kvalita života a sú s týmto spôsobom liečby spokojnejší (Medtronic).

Cieľ

Hlavným cieľom prieskumu bolo zistiť aký má vplyv inzulínová pumpa na kvalitu života pacientov s ochorením diabetes mellitus 1. typu. Na základe hlavného cieľa sme stanovili čiastkové ciele: Aká je miera spokojnosti pacientov s inzulínovou pumpou. Aká je miera vedomosti pacientov o využívaní technických možností inzulínovej pumpy.

Metodika

Na zber dát sme použili dotazník, ktorý bol zameraný na kvalitu života pacientov s ochorením diabetes mellitus 1. typu liečených pomocou inzulínovej pumpy. Dotazník obsahoval 17 otázok uzavretej formy, ktoré poskytovali respondentom voľbu medzi pripravenými odpoveďami. V prvej časti dotazníka boli otázky zamerané na základné informácie: aký je vek a pohlavie respondentov, dĺžka liečby ochorenia, kompenzácia ochorenia a každodenný život pacienta. V druhej časti dotazníka sme skúmali, či sú samotní diabetici schopní využívať všetky funkcie, ktoré im ponúka IP pri manažovaní ich života a či sú dostatočne edukovaní zdravotníckym personálom.

Súbor

Prieskumnú vzorku tvorilo 32 respondentov s ochorením diabetes mellitus 1. typu, ktorí sú liečení pomocou inzulínovej pumpy, z toho 17 dievčat a 15 chlapcov vo veku od 5 do 25 rokov. Za deti mladšie ako 15 rokov vyplnili dotazník rodičia. Prieskum sme realizovali v marci 2015 u respondentov, ktorí sú členmi Združenia rodičov a priateľov diabetických detí a členmi skupiny Spiššiačik na Facebooku.

Výsledky

Je Vaše ochorenie lepšie kompenzované pomocou IP?

Tab. 1 Kompenzácia pomocou IP

Možnosti	Počet	Percento
Áno	24	75%
Nie	8	25%
Spolu	32	100%

Z celkového počtu respondentov (32) až 24 respondentov (75%) má ochorenie lepšie kompenzované pomocou inzulínovej pumpy. Zvyšných 8 respondentov (25%) uviedlo, že ochorenie nie je lepšie kompenzované pomocou IP.

Aká je obťažnosť podania inzulínu pomocou IP?

Tab. 2 Stupeň obťažnosti podávania inzulínu pomocou IP

Možnosti	Počet	Percento
Vysoká obťažnosť	6	19%
Stredná obťažnosť	14	44%
Bez obťažnosti	12	37%
Spolu	32	100%

Z celkového počtu respondentov (32) vysokú obťažnosť označilo len 6 respondentov (19%), strednú obťažnosť 14 respondentov (44%) a bez obťažnosti označilo 12 respondentov (37%).

Ako ste celkovo spokojný s IP?

Tab. 3 Celková spokojnosť s IP

Možnosti	Počet	Percento
Veľmi spokojný	20	63%
Spokojný	11	34%

Nespokojný	1	3%
Spolu	32	100%

Z celkového počtu respondentov (32) až 20 respondentov (63%) sú s IP veľmi spokojní a 11 respondentov (34%) sú spokojní. 1 respondent (3%) uviedol, že nie je spokojný s IP.

Do akej miery viete využívať možnosti IP?

Tab. 4 Úroveň znalostí o možnostiach využívania IP

Možnosti	Počet	Percento
Veľmi dobre	4	12%
Priemerne	14	44%
Slabo	14	44%
Spolu	32	100%

Z celkového počtu respondentov (32) len 4 respondenti (12%) vedia využívať všetky technické možnosti IP. 14 respondentov (44%) vie využívať IP priemerne a 14 respondentov (44%) má slabé technické zručnosti s IP.

Využívate funkciu nahrávania dát pre komunikáciu s lekárom?

Tab. 5 Využívanie funkcie nahrávania dát pre komunikáciu s lekárom?

Možnosti	Počet	Percento
Áno	6	19%
Nie	26	81%
Spolu	32	100%

Z celkového počtu respondentov (32) prekvapivo len 6 respondentov (19%) využíva nahrávanie dát pre komunikáciu so svojím lekárom. Zvyšných 26 respondentov (81%) túto funkciu nevyužíva.

Využívate funkciu rozložený bolus?

Tab. 6 Využívanie funkcie rozložený bolus?

Možnosti	Počet	Percento
Áno	12	37%
Nie	20	63%
Spolu	32	100%

Z celkového počtu respondentov (32) rozložený bolus využíva len 12 respondentov (37%). 20 respondentov (63%) túto funkciu nevyužíva.

Využívate funkciu kombinovaný bolus?

Tab. 7 Využívanie funkcie kombinovaný bolus?

Možnosti	Počet	Percento
Áno	12	37%
Nie	20	63%
Spolu	32	100%

Z celkového počtu respondentov (32) kombinovaný bolus využíva 12 respondentov (37%). Zvyšných 20 respondentov (63%) túto funkciu nevyužíva.

Využívate funkciu bolus wizard?

Tab. 8 Využívanie funkcie bolus wizard

Možnosti	Počet	Percento
Áno	8	25%
Nie	24	75%
Spolu	32	100%

Z celkového počtu respondentov (32) Bolus Wizard využíva len 8 respondentov (25%). Zvyšných 24 respondentov (75%) túto funkciu nevyužíva

Diskusia

Prieskumnú vzorku tvorili pacienti vo veku od 5 do 25 rokov. Najviac dotazníkov vyplnili pacienti vo veku od 18 do 25 rokov. Prieskumu sa zúčastnilo viac respondentov ženského pohlavia ako mužského. Najväčšia skupina respondentov (50%) sa liečila na diabetes mellitus 1. typu viac ako 11 rokov. Pomocou inzulínovej pumpy sa 16 respondentov (50%) lieči 1 – 5 rokov a druhá polovica sa lieči na ochorenie diabetes mellitus 1. typu 6 – 10 rokov. Najčastejším dôvodom pre liečbu inzulínovou pumpou bol nepravidelný denný režim. Kvôli komplikáciám sa pomocou inzulínovej pumpy lieči 19% respondentov a zvyšných 16% respondentov uviedlo iný dôvod. Informácie o inzulínovej pumpe získavajú respondenti najčastejšie z médií, klubov diabetikov a od diabetológa. Najčastejším problémom pri používaní IP respondenti uvádzajú problém s upchávaním kanyly v podkoží, zalomenie kanyly a nesprávne podanie bolusovej dávky.

Väčšina respondentov (75%) má ochorenie lepšie kompenzované pomocou inzulínovej pumpy. Čo sa týka celkovej spokojnosti s liečbou pomocou inzulínovej pumpy až 63% respondentov je s inzulínovou pumpou veľmi spokojní a len 3% respondentom inzulínová pumpa nevyhovuje. Všetky možnosti inzulínovej pumpy vie využívať len 12% respondentov. Zvyšných 88% má priemerne alebo slabé technické zručnosti s používaním inzulínovej pumpy. Funkcie ako nahrávanie dát pre komunikáciu s lekárom, rozložený bolus, kombinovaný bolus, bolus wizard a funkciu kontinuálny monitoring využíva menej ako tretina respondentov.

Pre porovnanie uvádzame výsledky iných výskumov. Npr. Linková uvádza, že pri hodnotení celkovej životnej spokojnosti v závislosti od spôsobu liečby, vyššiu spokojnosť vykazujú pacienti liečení inzulínovou pumpou (Linková, 2016).

Rozdiely v kvalite života u diabetikov liečiacich sa inzulínovou pumpou a u diabetikov bez pumpy sledovali pomocou štandardizovaného dotazníka WHOQOL – BREF v edukačnom centre pre diabetikov v Michalovciach. Výskum realizovali v období od septembra 2014 do januára 2015 na vzorke 104 respondentov. Výsledky ukázali, že spôsob liečby výrazne vplýva na kvalitu života diabetikov. Toto zistenie je veľmi dôležité pre sestru vo vzťahu k edukácii pacienta. Pacienti liečiaci sa inzulínovou pumpou sú spokojnejší s kvalitou svojho života a hodnotia pozitívnejšie svoje postoje vo všetkých oblastiach kvality života ako pacienti bez pumpy (Michalovová, Tkáčová, 2015).

Ovšonková a Mozolová (2012) uvádzajú podobné zistenia. Vo výskume sledovali rozdiely v kvalite života v závislosti od spôsobu aplikácie inzulínu. Výsledky výskumu potvrdili, že deti aplikujúce si inzulín inzulínovou pumpou udávali lepšiu kvalitu života ako deti aplikujúce si inzulín niekoľkokrát denne pomocou inzulínových pier.

V roku 2005 bola realizovaná štúdia DCCT porovnávajúca aplikáciu inzulínu inzulínovou pumpou a inzulínovými perami, v ktorej sa zistilo väčšie zlepšenie kompenzácie u pacientov aplikujúcich si inzulín inzulínovou pumpou o 0,23 – 0,84 %, pokles dennej dávky inzulínu i nižší výskyt hypoglykémii. Štúdiou dospeli k výsledkom, že deti liečiace sa inzulínovou

pumpou udávali lepšiu kvalitu života (Hirsch et al., 2005, s. 533-538). Aplikácia inzulínu inzulínovou pumpou je efektívnejší spôsob liečby vedúci k zlepšeniu metabolickej kontroly u detí s DM 1. typu, čo prispieva k ich lepšej kvalite života.

Záver

Využívanie inzulínovej pumpy síce zlepšuje kvalitu života diabetikov, avšak k jej plnému využitiu je potrebná efektívna edukácia. Zistili sme, že mnohé funkcie a výhody inzulínovej pumpy diabetici nevyužívajú z dôvodu nedostatočnej znalosti. Efektívna edukácia diabetikovi pomáha zaujať správny postoj k jeho síce nevyliciteľnej, ale predsa dobre kompenzovateľnej chorobe. Prostredníctvom projektu KEGA chceme inovatívnymi spôsobmi rozvíjať možnosti edukácie a prispieť tak ku zvýšeniu nielen vedomostnej úrovne o komplikáciách diabetu, ale aj k zlepšeniu kvality života detí a mladých ľudí s diabetom.

Bibliografia a odkazy:

HANČÁKOVÁ, Z. 2015. *Život diabetika s inzulínovou pumpou*. Bakalárska práca. Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov. 58 s.

HIRSCH, I.B. 2005. Continuous Subcutaneous Insulin Infusion (CSII) of Insulin Aspart Versus Multiple Daily Injection of Insulin Aspart/Insulin Glargine in Type 1 Diabetic Patients Previously Treated With CSII. In *Diabetes Care* [online], 2005, vol. 28, no. 3, pp. 533-538.

[cit.2012-01-27]. Dostupné na internete:

<http://care.diabetesjournals.org/content/28/3/533.full.pdf>.

LINKOVÁ, M. Vzťah medzi glykemickou kompenzáciou a kvalitou života u pacientov s diabetes mellitus. [online]. [citované 2016-10-18]. Dostupné na internete:

<https://www.upjs.sk/files/2e690b581eb0910c113ff44fa3b4a635.ppt>.

MICHALOVOVÁ, M. TKÁČOVÁ, Ľ. 2015. Kvalita života u pacientov s diagnózou Diabetes mellitus. *Ošetrovateľstvo a pôrodná asistancia*. 2015, issue 2. ISSN 1339-5920.

[online]. [citované 2016-10-17]. Dostupné na internete:

<https://dk.upce.cz/handle/10195/59071>.

OVŠONKOVÁ, A., MOZOLOVÁ, M. 2012. Kvalita života rodičov a detí s diabetes mellitus 1. typu In: *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2012, vol. 2, no. 4, pp. 143-148. [online]. [citované 2016-10-18]. Dostupné na internete:

<http://www.osetrovatelstvo.eu/archiv/2012-rocnik-2/cislo-4/kvalita-zivota-rodicov-a-deti-s-diabetes-mellitus-1-typu>.

REPKO, P., BARÁK, Ľ., ČIŽNÁR, P. 2016. Liečba inzulínovou pumpou u detí s diabetes mellitus 1. typu. In: *Pediatrica pre prax*, 2016, 17(3): 102–106. [online]. [citované 2016-10-17]. Dostupné na internete:

<http://www.solen.sk/pdf/6c69dabc2d2f250140648809d28ff4c7.pdf>.

Život s pumpou. [online]. [citované 2016-10-17]. Dostupné na internete:

<https://www.medtronic-diabetes.sk/zivot-s-inzulínovou-pumpou/diabetes-a-cestovanie>.

Kontakt:

PhDr. Tatiana Šantová, PhD.

Prešovská univerzita v Prešove

Fakulta zdravotníckych odborov

Katedra ošetrovateľstva

E-mail: tatiana.santova@unipo.sk

PÔRODY VÄZENKÝŇ V KONCENTRAČNOM TÁBORE OSVIENČIM PRISONER BIRTHS IN THE AUSCHWITZ CONCENTRATION CAMP

Andrea Ševčovičová¹

¹ Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o. Bratislava,
Detašované pracovisko bl. Sáro Sakaházi, Rožňava

Súhrn:

Koncentračné tábory zakladané počas druhej svetovej vojny na podnet nacistického Nemecka predstavovali miesta pre masové sústredenie veľkého počtu nepohodlných osôb. Najväčší koncentračný tábor v poľskom Osvienčime Auschwitz - Birkenau sa stal zároveň strediskom masového vyvražďovania. Denne prichádzali do tábora nové transporty mužov, žien a detí. Niektorí boli ihneď po príchode selektovaní do plynových komôr, iní boli určení pre prácu v tábore. Medzi väzenkyňami sa nachádzali aj tehotné ženy, zakrývajúce svoj stav pred zrakom dozorcov. U niektorých sa potajme podarilo vykonať interrupciu, iné za prežívania silných psychických otrasov a v katastrofálnych hygienických podmienkach privádzali na svet deti, ktorým nebolo súdené žiť. Spolu s novorodencami boli často splynované aj čerstvé rodičky. Pre záchranu životov matiek pred smrťou v plynovej komore sa pristupovalo k duseniu a zabíjaniu detí hneď po narodení.

Kľúčové slová: koncentračný tábor, životné podmienky, pôrody väzenkýň, novorodenci, experimenty na ženách.

Summary:

Concentration camps, established during World War Two by Nazi Germany, presented places of mass concentration of a large number of inconvenient people. The largest concentration camp in Poland, Oswiecim, Auschwitz - Birkenau also became a center of mass slaughter. New transports of men, women and children arrived in the camp on daily basis. Some of them were selected to go straight into gas chambers after their arrival, others were ordered to work in the camp. Among the prisoners there were also pregnant women, who tried to conceal their condition from the guards. Some of them secretly underwent abortion, others, experiencing strong psychical trauma and in catastrophic hygienic conditions, brought their children into the world, who were not destined to live. Many times, women fresh after labour were sent to gas chambers together with their newborns. To save the lives of mothers from death in gas chambers, children were strangled and killed immediately after they were born.

Keywords: concentration camp, living conditions, labours of prisoners, newborns, experiments on women.

Úvod

Narodenie dieťaťa predstavuje pre ženu neopakovateľný životný moment. Tehotenstvo a pôrod so sebou prinášajú veľkú fyzickú a psychickú životnú zmenu nielen pre matku, ale aj pre narodené dieťa. Tehotné ženy deportované do osvienčimského tábora však boli hneď po príchode konfrontované s brutálnym zaobchádzaním a neľudskými podmienkami. Pochopiteľne, o to ťažšie bolo ich prežívanie v tábore v stave gravidity, ktorá im nezabezpečila žiadne výnimky ani úľavy od každodennej vysilujúcej práce s minimálnym odpočinkom. Budúce rodičky boli naopak vystavované neustálemu psychickému tlaku z odhalenia ich stavu, ktoré by pre ne znamenalo istú smrť v plynovej komore. V osvienčimskom tábore neboli podmienky a miesto pre nový život.

Prvé transporty prichádzajúce do Osvienčimu boli sústredené v tábore Auschwitz. Väzni spali v poschodových murovaných barakoch na slame pohodenej na betónovej podlahe, neskôr boli zavedené slamníky. Spalo sa aj na trojposchodových pričniciach. Na jednom poschodí spali

dvaja väzni, ktorí sa prikrývali špinavými a roztrhanými prikrývkami. Životné podmienky boli v jednotlivých obdobiach existencie tábora Auschwitz rozdielne, vždy však katastrofálne. Neskôr asi 3 km od kmeňového tábora vybudovali väzni tábor Auschwitz II – Birkenau, kde bývali v barakoch bez základov, priamo na bahnistej pôde. Pre tábor bol pohromou nedostatok vody, katastrofálne hygienické podmienky a množstvo krýs. Na rozlohe 175 hektárov bolo vystavených viac ako 300 murovaných alebo drevených barakov - pôvodne poľných stajní pre 52 koní, v ktorých žilo až 1000 väzňov. V murovaných žili väzenkyne, ktoré spali po ôsmich na trojposchodových pričiach na zhnitej a rozpadajúcej sa slame (Smoleň, 2008). V zime ich trýznil chlad, preto sa tlačili blízko k sebe, aby sa aspoň čiastočne zahriali. V lete boli v barakoch neznesiteľné horúčavy, dusno a všadeprítomné vši a blchy.

Na poriadok v tábore dozerali členovia organizácie SS (*Schutzstaffeln*, Ochranné oddiely). Esesáci okrem stráženia a spravovania táborov vykonávali tresty smrti na väzňoch a zúčastňovali sa na ich hromadnom vyvražďovaní (Swiebocka a kol., 2011). Po príchode nových transportov ozbrojená stráž so psami vykonávala spolu s ďalšími príslušníkmi SS selekciu. Ľudia prichádzali do tábora vyčerpaní, natlačení v dobytčích vagónoch. Hneď pri vstupe do tábora sa určovalo, komu bude súdené žiť. Starí ľudia, matky s malými deťmi a tehotné ženy boli takmer vždy selektovaní do plynu. Vybraní pre prácu v tábore boli spočiatku v karanténe a asi po troch týždňoch boli zaradení do pracovných kománd. Vzhľadom na obmedzenú priestorovú kapacitu, nízky kalorický príjem, únavnú prácu, nedostatok odpočinku a zlé hygienické podmienky, dochádzalo v tábore k šíreniu epidémii rôznych chorôb.

Táborová nemocnica – revír

Pre potreby tábora bola zriadená hneď od začiatku táborová nemocnica - tzv. revír. Slovenská doktorka Schwalbová (2011) pôsobiaca na revíri v ženskej časti koncentračného tábora opisuje podmienky v Birkenau, kde bol v bloku 27 židovský revír s kójami. Tisícky chorých ležalo natlačených bez liečebných pomôcok, ošetrovania a takmer bez jedla. V októbri 1942 po celodennom státi pacientok pred blokom na slnku, ich na rozkaz všetky splynovali.

Vyšiel zákaz prijímať židov do nemocnice a ošetrovať ich. Roku 1943 bola nemocnica pre židov už v drevených barakoch v Birkenau, kde sa skoro denne vykonávala selekcia do plynu. Kto išiel do nemocnice, na 90% sa vystavil jej riziku. Preto väčšina židovských väzňov prekonala choroby na nohách a denne chodila do práce. Nežidia mali svoje osobitné nemocničné bloky, kde sa selekcie na splynovanie nerobili. Neobišli ich však infekčné ani iné choroby a vzhľadom na minimálnu zdravotnú starostlivosť bola úmrtnosť v dôsledku krutých životných podmienok vysoká (Hrabovecká, 1998).

V zime 1944 za ženský koncentračný tábor prešahoval do bývalého cigánskeho tábora, kde umiestnili aj ženský revír (Schwalbová, 2011).

Neľudské a nedôstojne pôrody väzenkyní

Deti v tábore prichádzali na svet za najrôznejších podmienok. V revíri za pomoci pôrodných asistentiek alebo lekároek, na blokoch v tajnosti a bez pomoci, v záchodoch, aj pri práci (Schwalbová, 2011). V drážďanských novinách Union z 29. 9. 1946 bolo takto zdokumentované narodenie dieťaťa v osviencimskom tábore smrti, časti Birkenau: *„Rodička v revíri ležala na zemi zatínajúc zuby, jej ruky hľadajú oporu v blate, ktorú nazývajú podlahou. Vedľa drží ošetrovatelka v ruke novinový papier, ktorý páli po kúskoch, aby mali osvetlenie, keďže sa rodí dieťa a nie je tu žiadne iné svetlo. Žena leží priamo na špinavej zemi, nemá pod sebou matrac ani prestieradlo, ani posteľnú plachtu. Vedľa nej nie je žiadna miska s vodou, keďže voda je len vtedy, keď prší. Mladá lekárka klačí pri žene a pomáha jej. Doktorka nemá biely plášť, chýbajú jej aj sterilné gumové rukavice, má ale ostrihanú hlavu*

a jej tvár je bledá a s rozpakmi... Žena vnára svoje ruky hlbšie do blata, kričí, lekárka pri nej kľučí a rýchlo, zručne pracuje svojimi mladými rukami. Po poslednom výkriku sa dieťa narodí. Vyčerpaná matka zatvára oči a plače. A plačú všetky okolostojace ženy“. (in Kubica, 2010, s. 26).

Podobne opisuje neľudské podmienky privádzania dieťaťa na svet aj väzenská lekárka Schwalbová (2011), zobudiac sa na výkrik jednej z ošetrovateliek, ktorá mala pôrodné bolesti. Na treťom poschodí postele ležala vedľa rodičky ďalšia pacientka, ktorá nemala ani síl pohnúť sa. Iná kolegyňa zapálila buničitú vatú a snažila sa dostať k rodičke trochu svetla. Rodiaca ošetrovatelka nekričala a neplakala. Dieťa sa narodilo do veľkého šalejúceho temna. Na podviazanie pupočníka použili odtrhnutú šnúрку z topánok. O dva dni nato, matku so synom splynovali.

Pôrodná asistentka Leszczyńska strávila v osvienčinskom Birkenau dva roky. Funkciu pôrodníčky vykonávala postupne v troch blokoch, ktoré sa nerozlišovali ani z vonku, ani z vnútra, ani vybavením. Vo vnútri baraku sa po obidvoch stranách tiahli trojposchodové kóje. V každej z nich sa na špinavom senníku so stopami zaschnutej krvi alebo blata tlačili 3-4 choré ženy. V jednom bloku bolo asi 1000-1200 osôb. Stredom pozdĺž baraku sa ťahala pec vo forme akéhosi kanálu vybudovaného z tehál, s ohniskom na koncoch. Ten slúžil ako jediné miesto, kde sa vykonávali pôrody. Celoročne v ňom zakúrili iba niekoľko raz. V bloku boli prítomné nákazy, smrad a plno všelijakého hmyzu a potkanov, ktoré útočiac na bezvládných odhrýzali väzňom nosy, uši, prsty alebo päty. Pomáhali aj choré, ktoré trochu vládali, hlavne v noci. Prinesenie jedného vedra vody pre rodičky zabralo okolo dvadsať minút. Obeťami potkanov sa stávali aj novorodenci. Vyčerpané hladom, zimou a následkom chorôb veľmi rýchlo umierali. Telá sa vynášali pred blok a boli každodennou nemou správou prežitých tragédií. Žena, ktorá čakala na pôrod, musela dlhšie odkladať dennú porciu chleba, aby za výmenou získala prestieradlo. Roztrhnutím na pásy zabezpečila plienky a oblečenie pre dieťa. Žiadnu inú výbavu pre dieťa ženy nedostávali. Chýbala voda, pranie plienok znamenalo veľa ťažkostí, obzvlášť tvrdého zákazu opúšťania bloku a nemožnosť sa pohybovať v stiesnenom priestore. Vyprané plienky rodičky sušili na vlastných pleciach a stehnách. Ich rozvešanie na viditeľných miestach bolo zakázané a trestané. Deti nedostávali žiadne prídely mlieka. Prsia matiek vysušených hladom iba dráždili ústa novorodencov a vyvolávali zbytočný sací reflex a hlad (in Kubica, 2010).

Deti však neprichádzali na svet iba na revíri. Stávalo sa, že pôrodné bolesti pristihli tehotnú priamo na apeli (nástupe väzňov). Tehotné ženy sa snažili ukrývať svoj stav aj tým, že na apeli stávali v zadných radoch. Niekedy im ani neumožnili presunúť sa do iných priestorov a tak rodili priamo vonku počas počítania väzňov. Inokedy spoluväzenkyne zadusili deti hneď po narodení, alebo ich hádzali do latríny v presvedčení, že je to jedinou cestou záchrany matky pred splynovaním.

Rozdielne podmienky pre život

V ženskom tábore bolo zo začiatku pravidlom, že matku i s dieťaťom bez rozdielu národnosti splynovali alebo usmrtili injekciou fenolu do srdca (Schwalbová, 2011). Ak do lágru prišla gravidná žena židovka a esesáci to zistili, zobrali ju ešte pred pôrodom alebo tesne po ňom do plynovej komory. Ak porodila dieťa nežidovka, dieťa poslali do rodiny alebo nejakého domova v Nemecku. S cigánmi za zaobchádzalo podobne (Hrabovecká, 1998).

Neskôr bolo možné ponechať aj nežidovské deti nažive a žiť krátko s matkami. Po týždňoch sa však zozbierali nemlúvňatá i s matkami a boli splynované. Každý pôrod sa stal podnetom k dvojnásobnej vražde. Niektoré pôrodné asistentky preto v snahe zachrániť matku nikdy neprodili živé dieťa (Schwalbová, 2011).

Tehotné ženy árijského pôvodu neprichádzali do tábora bežným transportom, ale jednotlivo nemeckými policajnými silami. Boli posielané rodiť na revír a po pôrode ich zobrali na detský blok. Táborový poriadok nezaistoval žiadnu špeciálnu stravu pre novorodencov ani ich matky, kŕmiace svoje deti normálnym táborovým jedlom. Esesman z politického oddielu, ukrajinský nemecký Bilan, žiadal pre novorodencov špeciálne prídely, ktoré boli konfiškované z balíkov zasielaných väzňom do tábora. Po istom čase bol však obvinený z intervencie vo veciach zlepšovania podmienok väzňov. Sanitár na revíri Kiwały zasa potajme pomáhal zháňať deťom mlieko a matkám biely chlieb z táborovej kuchyne (in Kubica, 2010).

Vraždenie novorodencov

Príbeh novonarodených detí v Osvienčime bol jedným z najtragickejších činností tábora. Pôrodná asistentka Leszczyńska dokumentuje, že do mája 1943 boli všetky narodené deti zavraždené. Topenie detí v kadi s vodou hneď po narodení vykonávala sestra Klára, ktorá bola do Osvienčimu deportovaná za usmrtenie detí, čím bola pozbavená vykonávať svoju odbornú činnosť. Matky neskôr mohli vidieť vonku pred barakom telo dieťaťa vyhodené pred blok a roztrhané potkanmi. V máji 1943 sa situácia niektorých detí zmenila - svetlovlásé a modrooké boli odoberané matkám a posielané na ponemčenie. Odchádzajúce transporty novorodencov sprevádzal prenikajúci plač matiek. Židovské deti boli naďalej prenasledované bezvýhradnou surovosťou a nebolo možné ukryť ich. Klára a jej pomocnica Phani neustále sledovali židovky v čase pôrodu. Osud detí ktoré prežili, bol ešte horší, keďže zomierali pomalou smrťou hladom (in Kubica, 2010).

Židovské deti nemali právo žiť. Ožinská, ktorá vykonávala prácu asistentky v táborovej nemocnici pre ženy, vyzdvihuje šľachetnosť pôrodnej asistentky Leszczyńskiej. Podľa rozkazu sa židovským deťom nesmela prerezať pupočná šnúra a spolu s placentou ich tak vyhadzovali do vedra. Leszczyńska však ako katolíčka odmietla zabíjať deti. Pôrody sa uskutočňovali pravidelne a deti boli dávané matkám. Všetky deti narodené v bloku 17 ale na prelome rokov 1943-1944 zomreli (in Kubica, 2010).

Interupcie a zločinecké experimenty na tehotných ženách

Priviesť na svet dieťa „nečistej“ rasy bolo proti zásadám nacistickej ideológie platným v koncentračných táboroch. Gravidné ženy mali len dve možnosti. Odstrániť nedonosený plod a zachrániť sa, alebo s nedonoseným plodom či novorodencom skončiť v plynovej komore. Všetci zúčastnení pri zákroku sa vystavovali veľkému riziku. Ženám nachádzajúcim sa v prvých mesiacoch tehotenstva, ktoré sa s tehotenstvom zverili, vykonali väzenské lekárky gynekologicky prerušenie tehotenstva v revíri. Ženy preto za týmto účelom prichádzali po večernom apeli tajne na revír. Ani jedna žena nezomrela na následky zákroku. Všetko sa robilo v tajnosti a ženy boli prijímané na revír pod inou diagnózou. Na druhé ráno väčšina zo žien nastúpila do svojho pracovného komanda (Hrabovecká, 1998, Schwalbová 2011). Oficiálne prerušenie tehotenstva (bez ohľadu na jeho stupeň) vykonával doktor Bodman, každá žena však zomrela na otravu krvi (Schwalbová, 2011).

Český väzeň Češpiva pracoval ako lekár v rodinnom tábore pre cigánov. Pred Najvyšším národným tribunálom v roku 1947 vo Varšave vypovedal o cigánskych matkách, umelo nakazených týfusom. Týmto experimentom sa chceli zločineckí lekári presvedčiť, či ložisko matrice pracuje ako ochranná bariéra proti nákaze a dieťa sa narodí zdravé. Ženy rodili pri 40 stupňoch horúčky v nedostatočných hygienických podmienkach. Urobilo sa 86 experimentov, dvadsať žien a detí zabili fenolom. Doktor Fiderkiewicz z Varšavy bol svedkom vykonávania cisárskych rezov u žien od 6 mesiaca tehotenstva. Nemluvnatá vyberali vždy živé a hádzali ich do jedného vedra, kde nedonosené deti v šiestom a siedmom mesiaci

a dokonca aj deväťmesačné kričali, až pokiaľ nezomreli. Rozkaz musel byť vykonaný. Žene to dávalo možnosť byť zachránenu pred splynovaním (in Kubica, 2010).

Zločinecké pokusy na gravidných ženách vykonávali lekári SS. Ženám vyvolávali umelo potraty a robili ďalšie experimenty, ktoré zanechali na fyzickom zdraví i psychike žien celoživotnú traumu. Ak ženy tieto neľudské pokusy na tele prežili a dočkali sa oslobodenia, mnohé následkom týchto zločinov proti ľudskosti už nikdy nemohli mať deti. V osviečimskom tábore smrti sa vykonávali aj násilné sterilizácie žien.

Záver

Tehotné ženy transportované do koncentračného tábora v Osvienčime zastihol tragický osud. Pôrod sa stal synonymom napätia, strachu, bolesti, poníženia, utrpenia a smrti. Deti prichádzali na svet v nedôstojných podmienkach; v tme, v špine a za úplnej bezmocnosti trpiacich rodičiek. Personál nemocnice riskujúc tresty z odhalenia, pomáhal v neľudských podmienkach zmiernovať táborové utrpenie. Vďaka organizovanej spolupráci, ak sa o gravidite dozvedeli včas, tajne prijímali pacientky k vykonaniu kyretáže. Úspech takýchto „zachraňovacích“ akcií závisel od obetavej spolupráce odvážnych väzenkýň. Život ešte nenarodeného dieťaťa bol položený za neistú budúcnosť ženy. Niektorí prisluhovači režimu z radov nemocničného personálu však len prehlbovali telesné i duševné trápenie väznených obetí.

Nacisti sa snažili všetkými možnými prostriedkami vyhubiť „menejcennú rasu“. Desivou skutočnosťou zostáva barbarské vraždenie novorodencov. Čerstvé matky sa za cenu uchovania svojho života stavali svedkami zabitia vlastných detí. Utrpenie rodičiek, plač umierajúcich detí, splynovanie nevinných obetí, ostanú navždy nemým výkrikom v dejinách.

Bibliografia a odkazy:

HRABOVECKÁ, H. 1998. *Ruka s vytetovaným číslom*. Bratislava: Vydavateľstvo PT, 1998. 110 s. ISBN 80-88912-04-0.

KUBICA, H. 2010. *Głosy Pamięci 5. Kobiety ciężarne i dzieci urodzone w KL Auschwitz*. Oświęcim: Państwowe Muzeum Auschwitz-Birkenau, 2010. 101 s. ISBN 978-83-60210-94-9.

SCHWALBOVÁ, M. 2011. *Vyhasnuté oči*. Bratislava: Marenčin, PT, 2011. 154 s. ISBN 978-80-8114-104-1.

SMOLEŇ, K. 2008. *Štátne múzeum Auschwitz-Birkenau v Osvienčime. Sprievodca*. Oświęcim: Państwowe Muzeum Auschwitz-Birkenau, 2008. 24 s. ISBN 978-83-60210-45-1.

ŚWIEBOCKA, T. - PINDERSKA-LECH, J. - MENSFELT, J. 2011. *Auschwitz-Birkenau. Dejiny a súčasnosť*. Oświęcim: Państwowe Muzeum Auschwitz-Birkenau, 2011. 31 s. ISBN 978-83-7704-023-2.

Kontakt:

PhDr. Andrea Ševčovičová
VŠZaSP sv. Alžbety, n.o. Bratislava
Kósu Schoppera 22
048 01 Rožňava
E-mail: ada.sevcovicova@gmail.com

SKÚSENOSTI SESTIER S AGRESIOU PACIENTOV NA JEDNOTLIVÝCH KLINICKÝCH PRACOVISKÁCH

NURSES FACING AGGRESSION BY PATIENTS IN DIFFERENT CLINICAL SETTINGS

Zuzana Šimová¹, Andrea Šuličová², Tatiana Šantová³, Zuzana Novotná⁴
^{1,2,3,4} Prešovská Univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra ošetrovateľstva

Súhrn:

Východiská: Agresia a násilie voči sestram je súčasťou klinickej ošetrovateľskej praxe vo všetkých ošetrovateľských disciplínach. Nie je to nová skutočnosť, násilie vždy bolo potenciálnou či aktuálnou hrozbou výkonu povolania sestry. **Cieľ:** Cieľom práce bolo zistiť a porovnať, aký je rozdiel vo výskyte a frekvencii agresie pacientov voči sestram na jednotlivých klinických pracoviskách (chirurgické, neurologické, oddelenie dlhodobo chorých). **Materiál a metodika:** Prieskum sme realizovali u 60 sestier pracujúcich na oddeleniach neurológie (20 sestier), chirurgie (20 sestier) a oddelení dlhodobo chorých (20 sestier). Zber údajov bol realizovaný pomocou dotazníka - Výskyt agresie pacientov voči sestram (VAPS) autorov Lepiešová a kol. (2012). **Výsledky:** V celkovom súbore sestier sme zaznamenali najvyšší výskyt slovnej agresie (3,32 – často). Telesná agresia bez použitia útočnej zbrane sa v našom súbore sestier vyskytuje zriedka (2,40) a najnižšia frekvencia nikdy (1,12) bola zaznamenaná v rámci telesnej agresie s použitím útočnej zbrane. Z hľadiska typu pracoviska sestier sme najvyšší výskyt slovnej agresie a telesnej agresie bez použitia útočnej zbrane zaznamenali u sestier pracujúcich na chirurgickom oddelení. **Záver:** Analýzou výsledkov sme zistili, že sestry z rôznych typov oddelení sú konfrontované so širokou škálou foriem agresie zo strany pacientov, ale dominujú verbálne formy agresie.

Kľúčové slová: slovná agresia, telesná agresia, povolanie sestry, násilie, pacient.

Summary:

Background: Aggression and violence against nurses is part of the clinical nursing practice in all nursing disciplines. It is not a new fact, violence has always been a potential or actual threat to the profession of nurse. **Objective:** The aim of this study was to investigate and compare, what is the difference in the incidence and frequency of aggression of patients to nurses at various clinical conditions (surgical, neurologic, Department of chronically ill patients). **Material and Methods:** The survey was conducted with 60 nurses working in departments of neurology (20 sisters), surgery (20 sisters) and separating the chronically ill (20 nurses). Data collection was conducted through a questionnaire - The incidence of aggression of patients to nurses (VAPS) author Lepiešová et al. (2012). **Results:** In the total sample of nurses we recorded the highest incidence of verbal aggression (3,32 - often). Physical aggression without the use of assault weapons in our group of nurses occur rarely (2.40) and the lowest rate ever (1.12) was recorded as part of physical aggression with the use of assault weapons. In terms of the department, we have the highest prevalence of verbal aggression and physical aggression without using offensive arms recorded by nurses in the surgical ward. **Conclusion:** Analysis of the results, we found that nurses from various types of departments are confronted with a wide range of forms of patient aggression, but verbal forms of aggression dominated.

Key words: verbal aggression, physical aggression, nursing profession, violence, patient.

Úvod

Fenómén násilia na pracovisku sa stáva celospoločenským problémom, pôsobí ako stresujúci a demotivačný faktor, znižuje produktivitu práce a môže negatívne zasahovať i do súkromného života jednotlivých zamestnancov (Pekara, Trešlová, 2011). Pod pojmom násilie na pracovisku rozumieme úmyselné konanie, či hrozbu takéhoto konania s cieľom iného poškodiť, ku ktorému dochádza pri výkone povolania (Lepiešová, Nemčeková 2013). Zvýšené nebezpečenstvo výskytu násilia na pracoviskách sa týka najmä zdravotníckych pracovníkov, ale osobitne sestier, sociálnych pracovníkov, taxikárov, pokladníkov, policajtov či strážnikov (Pačaiová, Fečíková, 2007).

Násilie v zdravotníckych zariadeniach a na pracoviskách môžu mať rôzne formy, rozličných pôvodcov/aktérov, rôzne príčiny i následky. Nemá vymedzené hranice, netýka sa len určitých pracovísk či zamestnaneckých skupín. Jeho jednotlivé formy môžeme kategorizovať na základe prejavov násilia ako slovné, verbálne či telesné, fyzické. Nie všetky formy násilia sú také zreteľné ako telesný alebo slovný útok, v pracovnom prostredí sestier sú časté aj formy ako zastrašovanie, obťažovanie, vyhrážky (Jackson, 2002). Medzi zdravotníckymi pracoviskami so zvýšeným rizikom výskytu agresie, okrem psychiatrických oddelení, patria aj všetky typy pohotovostných služieb, čakárne, geriatrické kliniky. Avšak s násilím voči zdravotníckym pracovníkom sa môžeme stretnúť takmer v každom type zdravotníckych zariadení (Haškovcová, 2004).

Násilia sa dopúšťajú jednak pacienti, ale taktiež aj ich príbuzní. Obeťami týchto činov bývajú buď zdravotnícki pracovníci alebo spolupacienti (Látalová, 2013). Zdravotnícki pracovníci často pracujú pod tlakom a k tomu prichádzajú do priameho styku s ľuďmi v ťažkej životnej situácii. Pre odbor zdravotníctva je preto častý výskyt vyhrotených stresových situácií typický. Dokonca viac než štvrtina všetkých násilných incidentov na pracovisku sa odohrá práve v zdravotníctve. Najčastejšie sa terčom násilia v zdravotníctve stávajú sestry (Hnilicová, 2007).

Ciele

Cieľom práce bolo zistiť a porovnať, aký je rozdiel vo výskyte a frekvencii agresie pacientov voči sestram pracujúcich na jednotlivých klinických pracoviskách (chirurgické, neurologické, oddelenie dlhodobo chorých).

Súbor a metodika

Zber empirických dát sme realizovali v mesiacoch február – marec 2015 v Ľubovnianskej nemocnici n.o. medzi sestrami na oddeleniach chirurgie, neurológie a oddelení dlhodobo chorých. Prieskumu sa celkovo zúčastnilo 60 sestier, ktoré boli rozdelené do skupín podľa typu pracoviska. Reprezentatívnu vzorku tvorili sestry pracujúce na oddelení chirurgie (20 sestier), oddelení neurológie (20 sestier) a oddelení dlhodobo chorých (20 sestier). Priemerný vek sestier bol 37 rokov. Väčšina sestier (40%) mala ukončené vysokoškolské vzdelanie I. stupňa a stredoškolské vzdelanie (33%). Zber údajov bol realizovaný pomocou dotazníka: Výskyt agresie pacientov voči sestram (VAPS). Ide o dotazník autoriek Lepiešovej a Nemčekovej (2012), ktorý pozostáva z 11 položiek opisujúcich rôzne formy agresie zo strany pacientov. Úlohou sestier je posúdiť, ako často sa stali objektom uvedených prejavov agresie v období posledného roka výkonu ich praxe. Dotazník pozostáva z 3 subškál: subškála slovná agresia (S), subškála telesná agresia bez použitia útočnej zbrane (VT1) a subškála telesná agresia s použitím útočnej zbrane a kontaktné formy sexuálnej agresie (VT2). Odpovede v dotazníku sú ponúkané formou 6 stupňovej frekvenčnej škály od nikdy (1) až po vždy (6). Platí pri tom, že čím vyššie je dosiahnuté skóre, tým častejšia je incidencia agresívnych prejavov voči sestram zo strany pacientov. Pre štatistické spracovanie

a vyhodnotenie získaných údajov sme použili deskriptívnu štatistiku – priemer, smerodajná odchýlka, absolútna a relatívna početnosť. Na realizáciu prieskumu bol získaný súhlas od príslušnej etickej komisie nemocnice. Dotazníky boli administrované sprostredkované cez oslovené vedúce sestry. Návratnosť dotazníkov bola 85 %.

Výsledky

V nasledujúcich tabuľkách uvádzame rozdiely vo výskyte a frekvencii jednotlivých foriem násilia vzhľadom na charakter pracoviska sestier.

Tab. 1 Verbálny útok, urážky a nadávky

	NEU		CHIR		ODCH	
	n	%	n	%	n	%
Nikdy	4	20	1	5	0	0
Zriedka	9	45	6	30	11	55
Občas	7	35	7	35	7	35
Často	0	0	4	20	2	10
Veľmi často	0	0	2	10	0	0
Neustále	0	0	0	0	0	0
SPOLU	20	100	20	100	20	100

V tabuľke 1 je uvedený výskyt verbálneho útoku, urážok a nadávok u sestier pracujúcich na neurologickom, chirurgickom oddelení na oddelení dlhodobo chorých. Najviac zastúpenou možnosťou u sestier na neurologickom oddelení je frekvencia zriedka (45%), u sestier na chirurgickom oddelení je to frekvencia občas (35%) a na oddelení dlhodobo chorých frekvencia zriedka (55%).

Tab. 2 Slovné poznámky sexuálneho charakteru

	NEU		CHIR		ODCH	
	n	%	n	%	n	%
Nikdy	9	45	5	25	5	25
Zriedka	11	55	7	35	11	55
Občas	0	0	5	25	4	20
Často	0	0	3	15	0	0
Veľmi často	0	0	0	0	0	0
Neustále	0	0	0	0	0	0
SPOLU	20	100	20	100	20	100

Z uvedených výsledkov v tab. 2 vyplýva, že s poznámkami sexuálneho charakteru má väčšina sestier skúsenosť vo frekvencii zriedka. Z neurologického oddelenia zriedkavú skúsenosť udáva 55% sestier, z chirurgického oddelenia 35% sestier a 55% sestier z oddelenia dlhodobo chorých.

Tab. 3 Opľutie, uhryznutie, poškrabanie a uštipnutie

	NEU		CHIR		ODCH	
	n	%	N	%	N	%
Nikdy	5	25	3	15	4	20
Zriedka	9	45	5	25	7	35
Občas	4	20	7	35	9	45
Často	2	10	3	15	0	0
Veľmi často	0	0	2	10	0	0
Neustále	0	0	0	0	0	0

SPOLU	20	100	20	100	20	100
--------------	----	-----	----	-----	----	-----

Tab. 3 prezentuje frekvenciu výskytu opľutia, uhryznutia, poškrabania a uštipnutia zo strany pacientov. Z výsledkov konštatujeme, že s touto formou agresie sa stretáva najviac sestier z neurologického oddelenia vo frekvencii zriedka (45%), z chirurgického oddelenia najviac sestier udáva frekvenciu občas (35%) a sestry z oddelenia dlhodobochorých udávajú frekvenciu občas (45%).

Tab. 4 Telesný kontakt so sexuálnym zámerom (bez fyzického ublíženia)

	NEU		CHIR		ODCH	
	n	%	n	%	N	%
Nikdy	17	85	18	90	17	85
Zriedka	3	15	2	10	3	15
Občas	0	0	0	0	0	0
Často	0	0	0	0	0	0
Veľmi často	0	0	0	0	0	0
Neustále	0	0	0	0	0	0
SPOLU	20	100	20	100	20	100

Z výsledkov v tab. 4 môžeme konštatovať, že vo všetkých nami sledovaných skupinách sestier sa s touto formou násilia sestry vôbec nestretávajú, pretože ako najčastejšiu možnosť udávali frekvenciu nikdy.

Tab. 5 Vyhodnotenie subškál VAPS škály v celkovom súbore sestier

	M	SD
Slovná agresia	3,32	1,25
Telesná agresia bez použitia útočnej zbrane	2,40	1,02
Telesná agresia s použitím útočnej zbrane a kontaktné formy sexuálnej agresie	1,15	0,65

Tab. 5 prezentuje celkové vyhodnotenie subškál v celkovom súbore sestier. Z analýzy výsledkov vyplýva, že slovná agresia je v najvyššej vyskytujúcej sa miere s priemernou hodnotou 3,32 – často. Telesná agresia bez použitia útočnej zbrane sa vyskytuje zriedka – 2,40. Telesná agresia s použitím útočnej zbrane a kontaktné formy sexuálnej agresie sa vyskytujú v priemernej hodnote 1,15 – nikdy.

Diskusia

Definícia násilia v zdravotníckych zariadeniach podľa Komisie pre bezpečnosť v zdravotníctve je akýkoľvek konflikt, pri ktorom dôjde k slovnému poníženiu, vyhrážaniu alebo verbálnemu útoku na jednotlivca zo strany inej osoby alebo pacienta (Morgan, 2001). Viac než štvrtina všetkých násilných incidentov na pracovisku sa odohrá práve v zdravotníctve. Najčastejšie sa terčom násilia v zdravotníctve stávajú sestry (Hnilicová, 2007). Sestry sú častejšie predmetom násilia v porovnaní s inými zdravotníckymi profesionálmi. To ovplyvňuje ich zdravie, spokojnosť s prácou a následne aj kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti poskytovanú jej príjemcom.

Cieľom práce bolo zistiť a porovnať, aký je rozdiel vo výskyte a frekvencii agresie pacientov voči sestram na jednotlivých klinických pracoviskách (chirurgické, neurologické, oddelenie dlhodobo chorých). Najvyšší výskyt slovnej a telesnej agresie voči zdravotníckym pracovníkom je zaznamenaný na oddeleniach pohotovostného príjmu, úrazových

ambulanciách, psychiatrických oddeleniach a jednotkách intenzívnej starostlivosti. Podľa výsledkov výskumov však násilie nie je problémom len týchto úsekov. O'Connell et al. (2000) uvádzajú výsledky štúdie o násilí voči sestram realizovanej v austrálskej fakultnej nemocnici, kde do súboru respondentov (n = 209) cielene neboli zaradené sestry pracujúce na pohotovostných a psychiatrických pracoviskách. Aj napriek tomu až 95% sestier v tejto štúdií potvrdilo opakované incidenty slovnej agresie v období posledných 12 mesiacov a 80% bolo opakovane objektom telesnej agresie v rovnakom období.

Aj výsledky našej práce potvrdzujú, že sestry z rôznych typov oddelení sú konfrontované so širokou škálou foriem agresie zo strany pacientov. Analýzou výsledkov v celom súbore sestier môžeme konštatovať, že sestry boli pri výkone svojho povolania najviac konfrontované so slovnou agresiou vo frekvencii často. Telesná agresia bez použitia útočnej zbrane sa v našom súbore setier vyskytuje zriedka a najnižšia frekvencia nikdy bola zaznamenaná v rámci telesnej agresie s použitím útočnej zbrane a kontaktnými formami sexuálnej agresie (tab. 5). Naše zistenia sme porovnali aj s výsledkami výskumu Lepiešovej, Nemčekovej (2013) realizovaného u 270 sestier z rôznych typov oddelení. V sledovanom súbore sestier autorky taktiež zaznamenali najvyšší výskyt slovnej agresie (96,3%). Nižší výskyt bol zaznamenaný pri telesnej agresii bez použitia útočnej zbrane, a to v priemere 2,16 čo je zriedkavá frekvencia. Najnižší výskyt má v tejto práci agresia s použitím útočnej zbrane a kontaktné formy sexuálnej agresie a to v priemere 1,16 čo je vo frekvencii nikdy. Vo výskume Gurková a kol. (2015) realizovanom u 90 sestier pracujúcich v Štátnej nemocnici v Salzburgu, autori zistili, že najčastejšie sa vyskytujúcim prejavom agresie zo strany pacientov boli verbálne útoky (urážky a nadávky).

Ďalším cieľom prieskumu bolo zistiť, či sa frekvencia výskytu agresie odlišuje v závislosti od typu pracoviska sestier. Za najčastejšiu formu slovnej agresie vo výskume Lepiešovej a Nemčekovej (2013) sestry označili verbálny útok – urážky, nadávky a to v priemernej frekvencii občas. V rámci výskytu verbálnej agresie sme najvyššiu frekvenciu zaznamenali taktiež v položke verbálne útoky, urážky a nadávky. Zistili sme, že z hľadiska typu pracoviska sú s týmito formami slovnej agresie najviac konfrontované sestry pracujúce na chirurgickom oddelení a to vo frekvencii často a veľmi často (tab.1). Najmenšiu frekvenciu v oblasti verbálnej agresie sme zaznamenali v položke slovné poznámky sexuálneho charakteru. V tejto položke najviac sestier označilo frekvenciu zriedka a to sestry pracujúce na oddelení neurológie – 55%, sestry z oddelenia chirurgie – 33% a sestry pracujúce na oddelení dlhodobých chorých – 55% (tab.2). Len 3 sestry na chirurgickom oddelení udávali, že sa s touto formou slovnej agresie stretli a to vo frekvencii často. Naše výsledky v oblasti výskytu verbálnej agresie korešpondujú s viacerými štúdiami. Kačmárová a kol. (2014) taktiež zaznamenala vo svojej štúdií realizovanej u sestier pracujúcich na psychiatrickom oddelení, internistickom oddelení a chirurgickom oddelení ako najčastejšie sa vyskytujúci prejav verbálnej agresie zo strany pacientov ohováranie a verbálne útoky (urážky a nadávky). Autorka Tomagová a kol. (2015) realizovala výskum u 310 setier pracujúcich na pracoviskách vybraných fakultných a univerzitných nemocníc v SR (internistické, chirurgické, intenzívne a psychiatrické). Zistili, že najčastejšou skúsenosťou sestier s agresiou zo strany pacientov bol verbálny útok – urážky, nadávky (3,13) a neoprávnené obviňovanie (2,87).

V rámci prieskumu sme sledovali aj skúsenosť setier s telesnou agresiou bez použitia útočnej zbrane. Z telesných foriem násilia boli najviac zastúpené položky oplŕutie, uhryznutie, poškrabanie a štipanie. O čosi v nižšej miere sa vyskytovala facka, úder päťou, kopnutie. Naše výsledky korešpondujú s výskumami Tomagovej a kol. (2015) a Lepiešovej, Nemčekovej (2013). V týchto výskumoch z telesných foriem agresie sestry taktiež najčastejšie uviedli oplŕutie, uhryznutie, poškrabanie, štipanie a to vo frekvencii občas. Vzhľadom na typ pracoviska sestier sme túto formu násilia v najvyššej frekvencii

zaznamenali u sestier pracujúcich na chirurgickom oddelení (tab.3), ktoré udávali frekvenciu výskytu často a veľmi často. Najmenej sa s týmto typom telesnej agresie stretli na neurologickom oddelení.

V rámci frekvencie výskytu telesnej agresie s použitím útočnej zbrane a kontaktné formy sexuálnej agresie sme nezaznamenali z hľadiska charakteru pracoviska výrazné rozdiely. Vo všetkých nami sledovaných skupinách sestier sme zistili, že s touto formou násilia sa sestry takmer vôbec nestretávajú. Aj Tomagová a kol. (2015) zistila, že najmenšiu skúsenosť mali sestry s touto formou agresie a to najmä so sexuálnym napadnutím vrátane fyzického ublíženia (1,18). Skúsenosť s telesnou agresiou ako telesný kontakt so sexuálnym zámerom sme však identifikovali u 3 sestier pracujúcich na oddelení dlhodobo chorých a neurologickom oddelení a to vo frekvencii zriedka (tab.4). Sexuálny zámer vrátane fyzického ublíženia udala 1 sestra z oddelenia dlhodobo chorých.

Záver

Fenomén násilia sa postupne integruje do rôznych typov pracovného prostredia a nevyhýba sa ani povolaniam, ktoré svojou podstatou majú ľuďom pomáhať a slúžiť im. Jednoznačne medzi ne patrí aj odbor zdravotníctva, zvlášť povolanie sestry. Náplň tejto profesie už vo svojej podstate zahŕňa prácu s ľuďmi, a to v najrôznejších životných situáciách. Preto je zjavné, že hrozba násilia nadobúda v práci sestry formu potenciálneho i reálneho rizika. Z týchto dôvodov je potrebné vyvíjať zvýšené úsilie k vytvoreniu takého pracovného prostredia, v ktorom by sa sestry cítili bezpečne a mohli tak pacientom poskytnúť všetky svoje profesionálne i osobnostné vlohy k ochrane a prinavráteniu zdravia.

Bibliografia a odkazy:

- DZIAKOVÁ, E. *Násilie voči sestrám v zdravotníckych zariadeniach: bakalárska práca*. Prešov. Prešovská Univerzita. Fakulta zdravotníckych odborov. 2015. 48 s.
- GURKOVÁ, E., GÁLIKOVÁ, D., ŽIAKOVÁ, K., GRZYWNA, T. Agresia pacientov a pracovná spokojnosť sestier vo vybranom zdravotníckom zariadení v Rakúsku. In *Ošetrovatel'stvo: teória - výskum - vzdelávanie (online)*. roč. 5, č. 1. 2015. s. 6-12. ISSN 1338-6263 [cit. 2016-06-09]. Dostupné z: <http://www.osetrovatelstvo.eu/archiv/2015-rocnik-5/cislo-1/agresia-pacientov-a-pracovna-spokojnost-sestier-vo-vybranom-zdravotnickom-zariadeni-v-rakusku>.
- HÁŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek o násilí*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2004. ISBN 80-7013-397-X.
- HNILICOVÁ, H., 2007. Násilí na pracovišti ve zdravotnictví. In: *Zdravotnické noviny* [online]. roč. 8, č. 46, s. 14. ISSN 0044-1996. [cit. 2016-06-10]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/nasili-na-pracovisti-vezdravotnictvi-330310>.
- KAČMÁROVÁ, M., GURKOVÁ, E., ČELOVSKÁ, L., RENDEKOVÁ, A. In *Ošetrovatel'stvo: teória - výskum - vzdelávanie (online)*, 2014. roč. 4, č. 1, s. 16-24. ISSN 1338-6263. [cit. 2016-06-10]. Dostupné z: <http://www.osetrovatelstvo.eu/files/2014/01/16-prediktory-postojov-sestier-k-agresii-pacientov.pdf>.
- LÁTALOVÁ, K. *Agresivita v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4454-4.
- LEPIEŠOVÁ, M. a kol. Výskyt agresie voči sestrám – psychometrické vlastnosti meracieho nástroja. In: *Ošetrovatel'stvo teória-výskum-vzdelávanie [online]*, 2013, roč. 2, č. 1, s. 26-32. [cit.2016-06-09]. ISSN 1338-6263. Dostupné z: <http://www.osetrovatelstvo.eu/files/2012/01/26-vyskyt-agresie-pacientov-voci-sestrampsychometricke-vlastnosti-meracieho-nastroja.pdf>.

LEPIEŠOVÁ, M., NEMČEKOVÁ, M. Násilie a agresia voči sestram pri výkone povolania. In: *Sociológia* 45 [online], 2013, roč. 2, č. 2, s.150-171. ISSN 1336-8613. [cit. 2016-06-10]. Dostupné z:

<http://www.sav.sk/journals/uploads/05031018Nemcekova%20%20Lepiesova%20-%20ML%20-%20SD%20-%20OK.pdf>.

O'CONNELL, B., YOUNG, J., BROOKS, J., HUTCHINGS, J., LOFTHOUSE, J. Nurses' perceptions of the nature and frequency of aggression in general ward settings and high dependency areas. In *Journal of Clinical Nursing*, 2000, vol. 9, no. 4, pp. 602-610. ISSN 1365-2702.

MORGAN, S., 2001: The problems of aggression and violence for health-care staff. In *Professional Nurse* 17, No. 2, s. 107-110. ISSN 0266-8130.

PAČAIOVÁ, H., FEČÍKOVÁ, I., 2007. *Prevenia násilia a obťažovania na pracovisku* [online]. [cit. 2016-06-09]. Dostupné z:

https://osha.europa.eu/sk/topic_prevention_violence/slovakia/state_of_play.pdf.

PEKARA, J., TREŠLOVÁ, M., 2011. Prevence násilí v ošetrovatelství. In *Prevence úrazu, otrav a násilí* [online]. Roč. 6, č. 2, s. 187 – 191. [cit. 2016-06-10]. ISSN 18010261. Dostupné z:

<http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/prevence-urazu-otrav-anasili/administrace/clankyfile/20120514102106667618.pdf>.

TOMAGOVÁ, M. LEPIEŠOVÁ, M., BÓRIKOVÁ, I. ČÁP., J. 2015. Skúsenosti sestier s agresiou pacientov a jej manažmentom. In *Profesionalita v ošetrovatelství II (elektronický zdroj)*. Ed. Z. Mikšová. Olomouc: Univerzita Plackého v Olomouci. 2015. s. 240-241. ISSN 978-80-244-4862-6.

Kontakt:

PhDr. Zuzana Šimová, PhD.
Prešovská univerzita v Prešove,
Fakulta zdravotníckych odborov
Katedra ošetrovatel'stva
E-mail: zuzana.simova@unipo.sk

PSYCHOSOCIÁLNÍ PODPŮRNÝ SYSTÉM PRO SESTRY 1-6

PSYCHOSOCIAL SUPPORT SYSTEM FOR NURSES 1-6

Lenka Špirudová¹

¹ Ústav ošetrovatelství, Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě

Shrnutí:

Článek informuje o možném způsobu implementace podpůrného metadoprovázení do pregraduálního vzdělávání sester.

Klíčová slova: psychosociální podpůrný systém, ošetrovatelství, výuka, student, sestra.

Summary:

The article informs about the possibilities of implementation of the psychosocial supports in undergraduate nursing education.

Keywords: psychosocial support system, nursing, teaching, student, nurse.

Situace v oblasti podpůrného doprovázení v českém ošetrovatelském vzdělávání a praxi

Podpůrné doprovázení je v českém ošetrovatelství prozatím oblast nedostatečně probádaná a tím pádem také neadekvátně aplikovaná v praxi. Problémy, které aktuálně brání rozvoji a implementaci podpůrného doprovázení a metadoprovázení jsou:

- v *klinické praxi* – zastaralá metodika práce s jedincem (rodinou, komunitou, s personálem), nedůvěra, neznalost a nezkušenost, neochota a nezáměr, pocit ohrožení, nedostatek financí, chybějící legislativní rámec ...

- ve *vzdělávání* – velký rozsah hodin studia jak teoretických, tak také praktických (4600 hodin za 3 akademické roky, z toho minimálně 2 300 hodin praxe). V reálu ale dochází díky stále se horšícímu financování vysokoškolského studia k programovanému snižování hodin přímé kontaktní výuky (z 2300 hodin teoretické výuky na kontaktní, tedy přímou výuku připadá pouze 1093 hodin a na samostudium 1207 hodin. Počet hodin samostudia již tedy přesahuje počet hodin kontaktních a to u oboru, který není možné studovat distanční formou. Obsah studia a cílové kompetence jsou dány legislativně. Ve vzdělávací praxi stále převládají zastaralé metody přímé práce se studentem. Prostor pro přímou podpůrnou práci pedagoga se studentem je tedy značně limitovaný, ale je možné ho vytvořit, pokud na tom má garant studia a škola zájem.

V oblasti klinické ošetrovatelské praxe pod vedením mentorů a sester chybí systematické zpracování a reálné doprovázení studenta.

Implementace do studijního plánu v bakalářském programu oboru Všeobecná sestra Slezské univerzity v Opavě

Implementace do vzdělávání sester byla systematicky připravována jako vyústění práce na problému podpůrného doprovázení zhruba pět let. Metodický rámec tomuto předmětu dává podpůrná profesní a klinická supervize. Do studijního plánu je předmět zařazen jako volitelný pod názvem *Psychosociální podpůrný systém pro sestry 1 – 6*. Číslo za názvem předmětu označuje semestr, tedy se jedná o označení, kolikátý kurz student absolvuje. Předmět je zařazen do všech semestrů tříletého bakalářského studia. Do předmětu lze vstoupit pouze v 1. ročníku v zimním semestru. Z předmětu studenti mohou vystoupit po ukončení zapsaného kurzu (jednoduše se nezapíší do dalšího semestru výuky). Ukončení každého kurzu zápočtem je pouze za účast na sezeních a za aktivní participaci. Předmět je koncipován jako model soustavné podpůrné supervize – tedy důraz je kladen na dlouhodobost v doprovázení. Skupina má max. 15 osob. Každá skupina si samostatně definuje principy svého fungování a tyto se na počátku každého semestru aktualizují. Výuková jednotka je 2 – 3 hodinová v minimálně

14denním intervalu (optimální je frekvence 1x za měsíc). Rámcová osnova předmětu slouží jako základní vymezení supervizního kontraktu. Vymezený časový prostor je studentů – oni jsou podněcováni k přinášení témat do jednotlivých sezení, případně časový prostor naplňuje pedagog vneseným tématem, které je aktuální pro současnou i budoucí praxi studentů. Každé sezení je tedy originální a neopakovatelné v následujícím ročníku. Každé sezení si vyžaduje naprosto specifickou přípravu.

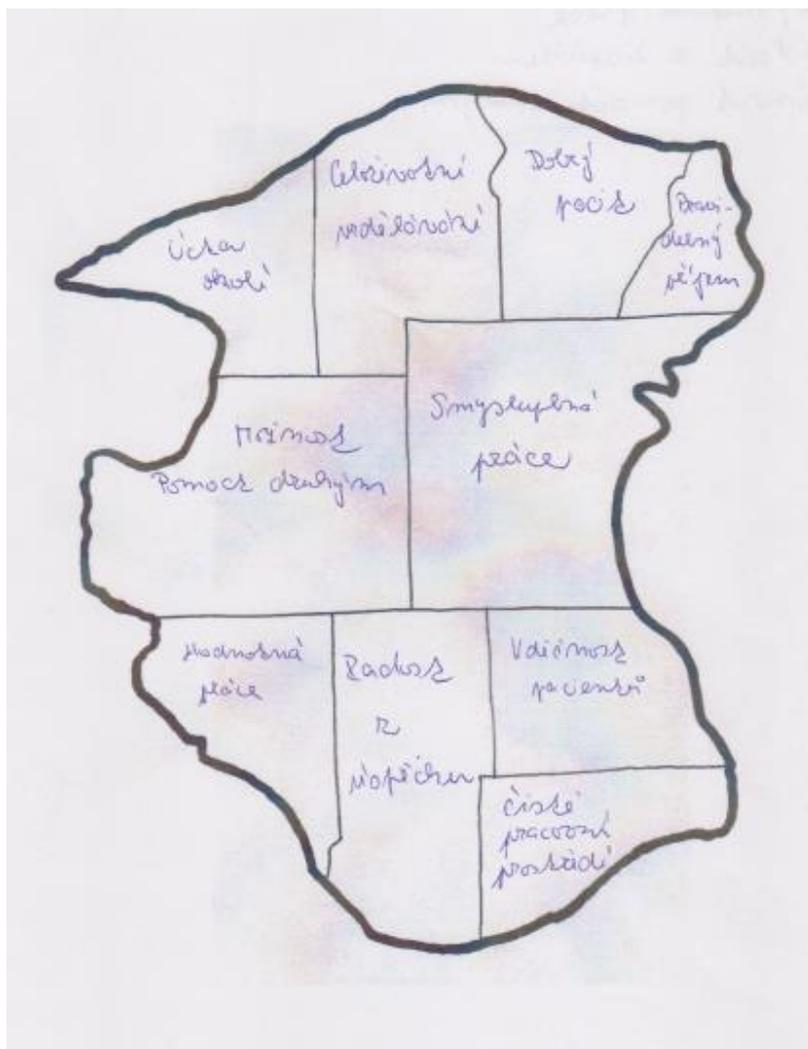
Vymezení kontraktu – základní obsah jednotlivých kurzů

Kurz 1

- Reflexe, sebereflexe a supervize jako klíčové podpůrné systémy - úvod do předmětu.
- Pravidla a etické principy práce ve skupině.
- Jak prožít kvalitní život v roli sestry? Osobní očekávání od profese.
- Životní styl jako sebeobrana.
- Dobré vztahy - šance pro život, budování týmu.
- Problémy v rámci počátku studia, neúspěch, principy řešení problémů.

Techniky: Qualitalia (viz obr. 1), syndrom vyhoření – test, životní zátěž - test, motivace, cvičení z oblasti zážitkové pedagogiky - Mariňáci, Všichni jsme na sobě závislí, sebereflexe, skupinová diskuse, brainstorming...

Obr. 1 Qualitalia – ukázka individuálních faktorů podílejících se na kvalitě života v profesi sestry (Zdroj: archiv autorky.)



Kurz 2

- Reflexe absolvované ošetrovatelské praxe, generování tématu příštího setkání.
- Balintovské skupiny - co mi přinesla do života ošetrovatelská praxe.
- Diskuze a reflexe k tématu zvolenému studujícími.
- Bojíme se komunikovat?
- Můj strach a témata přinesená studenty.

Techniky: Balintovská skupina, diskuse, reflexe, zážitkové cvičení – komunikace v týmu (obr. 2).

Obr 2: Cvičení k otevření komunikace a spolupráce v týmu – Paleta barev (Zdroj: archiv autorky.)



Kurz 3

- Reflexe absolvovaných ošetrovatelských praxí a diskutování problémů.
- Krizové intervence – pro sestry, pro sekundárně zasažené klienty.
- Volné téma generované dle požadavků studujících.
- Limitní životní situace.

Techniky: setkání a diskuse s interventem SPIS, prožívání osobních ztrát, moje spiritualita, diskuse, sebereflexe, zážitkové cvičení – prožívání ztrát...

Kurz 4

- Reflexe absolvovaných ošetrovatelských praxí a diskuze problémů.
- Umění naslouchat a umění nezbláznit se. Proč jsme cyničtí?
- Zdravotník jako lék - osobnost pomáhajícího profesionála a úskalí pomáhání.
- Moc v profesi sestry (vliv – moc – pravomoc – kompetence)...

Techniky: reflexe a sebereflexe (příklad – obr. 3), Balintovské skupiny, techniky systemického přístupu, logoterapeutický přístup...

Obr. 3: Erb – moje profesní - vůdcovské krédo (Zdroj: archiv autorky.)



Kurz 5

- Příprava na komentování ošetrovatelské praxe.
- Preferované schopnosti nově připravované sestry, formulování požadovaných postojů nové sestry, jak tyto schopnosti a postoje cíleně rozvíjet, jaké portfolio profesionálních zkušeností si studující mohou z konkrétního klinického pracoviště odnést...
- specifika praxí studujících a adaptačních procesů na konkrétních pracovištích...

Techniky: Diskuse ve skupině, reflexe, samostatná i skupinová práce, příprava dokumentace atd.

Kurz 6

Po ukončení ošetrovatelské praxe je realizováno celodenní setkání (8 hodin) formou skupinové supervize a to buď v klinických podmínkách praxe, nebo ve škole - dle místních podmínek a možností.

Setkání je reflexí ošetrovatelské praxe, mentorování praxe a dosavadních profesních zkušeností a problémů, a zároveň přípravou na adaptační proces.

V letošním roce probíhá poprvé kurz 5 a v letním semestru teprve bude realizován také poprvé kurz 6. Každý končící kurz je ukončován reflexí toho, co studujícím kurz přinesl, zda naplnil očekávání a účel. Prozatím byly ze strany studentů jen pozitivní reakce, i když dochází k odpisu studentů a u prezenční formy studia byl celý první cyklus ukončen po 4. kurzu – nikdo si navazující 5. kurz nezapsal, i když i jejich vyjádření k dění v kurzu bylo kladné. Práce se studenty v prezenční a v kombinované formě studia je diametrálně odlišná. Kombinovaná forma reaguje, přináší problémy z praxe, diskutuje, baví se, učí se. Prezenční forma studia vyžaduje zcela odlišný přístup – témata z 95 % přináší pedagog, diskuse je poměrně chudá, je tam poměrně mnoho zábran mluvit před ostatními o svých pocitech, je velmi málo klinických zkušeností, nejsou odžité často ani běžné profesní problémy, studující

se musí opírat ponejvíce o své studijní zkušenosti, je tam evidentní snaha předmět absolvovat bez významnější námahy s cílem získat kredit, je to viděno i jako čas, který „tam musí sedět“. Velké rozdíly jsou ale také mezi samotnými ročníky v dané formě studia.

Závěr

Podářilo se koncipovat předmět (i když prozatím ne pro všechny studenty), který v mnohém kopíruje podpůrný supervizní koncept. Budoucí sestry se v něm učí pracovat se supervizí, učí se přinášet problémy, rozhodovat o tom, co potřebují, co preferují. Proto, aby sestry mohly aktivně supervizní podporu konzumovat, je velmi důležité významnou pozornost věnovat rozvoji základních kamenů podpůrné profesní supervize a to *reflexi a sebereflexi, kritickému myšlení a kreativitě*. Pouze sestry, které budou od školy obeznámené s podpůrnými metodami a technikami, budou schopny je využívat a cíleně poptávat.

Bibliografie a odkazy:

ŠPIRUDOVÁ, L. *Psychosociální podpůrný systém pro sestry 1-6*. E-opora. [online] Opava: FVP SU, 2015. ISBN 978-80-7510-153-2. Dostupné z: <https://elearning.fvp.slu.cz>.

ŠPIRUDOVÁ, L. *Doprovázení v ošetrovatelství 1*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5710-0.

ŠPIRUDOVÁ, L. *Doprovázení v ošetrovatelství 2*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5711-7.

Kontakt:

Mgr. Lenka Špirudová, Ph.D.

Ústav ošetrovatelství

FVP SLU, Bezručovo nám. 14, 746 01 Opava

E-mail: lenka.spirudova@fvp.slu.cz

ÚVOD DO PROBLEMATIKY PODPŮRNÉHO DOPROVÁZENÍ V OBORU OŠETŘOVATELSTVÍ

INTRODUCTION TO SUPPORTIVE ACCOMPANIMENT IN THE DOMAIN OF NURSING

Lenka Špirudová¹

¹ Ústav ošetrovatelství, Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě

Shrnutí:

Text je souhrnem základních informací k vzhledu do problematiky podpůrného doprovázení v oboru ošetrovatelství. Koncept doprovázení je do oboru ošetrovatelství převzat ze sociologického konceptu doprovázení a je v souladu s učením o pomáhajících profesích.

Klíčová slova: doprovázení v pomáhajících profesích, doprovázení v ošetrovatelství.

Summary:

The text is a summary of essential information to understand the issue supportive accompaniment in the field of nursing. The concept of accompanying them into the nursing field taken from the sociological concept of accompaniment and is in line with the teachings of the helping professions.

Keywords: accompaniment in the helping professions, nursing accompaniment.

Úvod

„... Současné lidstvo má problém s emocemi...

Naší lidskou přirozeností je soucit. Je to součást naší naděje. ...

Současné sekulární vzdělávání by mělo více zmiňovat srdečnost a věnovat pozornost hlubším hodnotám .“

Tändzin Gjamccho, 14. Dalajláma,
nositel Nobelovy ceny za mír
V Praze 22. října 2016

Také současná česká společnost a potažmo také ošetrovatelství mají problémy s emocemi. V rovině všeobecného vzdělávání se diskutuje o tzv. „měkkých dovednostech“. V profesní rovině obor ošetrovatelství tento problém de facto sám aktivně neřeší. Dvacet šest let se rozpracovává ošetrovatelský proces, ošetrovatelské posuzování a diagnostiku, vzdělávání, kvalita a profesní regulace. Na základě potřeb vysokoškolské vzdělávací praxe bylo nakonec v roce 2011 alespoň rámcově upraveno Věstníkem Ministerstva zdravotnictví vzdělávání mentorů pro klinickou ošetrovatelskou praxi. Ukazuje se, že zkušenosti s mentoringem jsou u nás poměrně neuspokojivé a pravděpodobně dozrál čas na aktualizaci této metody. Od roku 2010 se začínají stále více propagovat supervizní služby pro sestry nejčastěji ze strany absolventů Českého institutu pro supervize. Ošetrovatelská praxe ale tyto služby nepovažuje za potřebné a neumí s nimi pracovat. Tradiční je v oboru ošetrovatelství adaptační proces, tedy uvádění do praxe nových sester. I tento proces je ale velmi formální, obrácen na klinické odborné znalosti a dovednosti, málo pozornosti věnuje kultivaci postojů, práci s emocemi, preventivním strategiím syndromu vyhoření, adaptaci na tým a vytvoření zdravých interpersonálních profesionálních vztahů apod.

České ošetrovatelství jako by bylo posledních 26 let zahleděno jen samo do sebe a úplně opomnělo sledovat vývoj v blízkých vědách (v sociologii, psychologii, pedagogice, antropologii, filosofii, sociální práci ...) a aplikovat do svého ošetrovatelského portfolia

moderní a efektivní metody a techniky práce s klienty /pacienty, ale i s profesionály, které mají potenciál pomoci zvládat nejrůznější psychosociální obtíže v rámci praxe.

Systémový přístup k metodám a technikám práce s klientelou i profesionály v oboru ošetrovatelství

Naše práce začala jako intenzivní studium problematiky profesních supervizí a ukázala nám, že problém je potřebné racionálním způsobem ukotvit do oboru, dát mu náležitý kontext, provázat ho s tím, co v oboru již existuje a také vytvořit otevřený prostor pro možnou implementaci dalších nových metod a technik, které se v budoucnu teprve objeví. Východisko pro obor ošetrovatelství vidíme v *sociologickém konceptu doprovázení*, který by všechny metody a techniky, které je možné využívat k podpůrnému doprovázení v oboru ošetrovatelství, zastřešil a poskytl jim metodologický rámec.

Epistemologickým východiskem podpůrného doprovázení v pomáhajících profesích je *sociální determinovanost lidské existence*. Neustálou přítomnost jiných lidí v našem životě je možné z tohoto úhlu pohledu považovat za *doprovázení v nejširším slova smyslu* (dítě + rodič, senior + jeho dospělé děti a vnoučata, žák + učitel, pacient + lékař, sestra, student oboru ošetrovatelství + mentor klinické praxe, supervidovaný + supervizor atd.).

Proces doprovázení zahrnuje tři základní druhy aktivit: *nezbytnou pomoc, podporu, poradenství*.

Sociálně inteligentní doprovázení

„Je to lidsky rozumné doprovázení člověka člověkem.“ Pro sociálně inteligentní doprovázení je charakteristická transakce: *dospělý – dospělý* bez psychologicko-komunikačních her typu *oběť – kat - zachránce*. Sociální inteligence je zpravidla segmentována na složku percepční a složku akční. (viz např. Vágnerová, 2012, s. 97-107). Pro sociálně inteligentní doprovázení je příznačné sociálně (mezilidsky) *rozumné, vhodné, přijatelné a přiměřené doprovázení, které akceptuje autonomii a svobodu doprovázených*. Směr, způsoby a tempo doprovázení určuje doprovázený, nikoliv doprovázející.

Sociálně inteligentní doprovázení vyžaduje: sociální takt, empatii, cit pro mezilidské vztahy, obratnost v komunikaci, kognitivní, emoční i praktickou inteligenci, způsobnost k osobnostnímu růstu a rozvoji. Sociálně inteligentní doprovázení se odvozuje od existenciálního modu „*být*“, nikoliv od modu „*mít*“ (ten náleží paternalismu, který je založen na dominanci, autoritě, na moci a možnosti rozhodovat o jiných).

Doprovázení v pomáhajících profesích je projevem spolubytí s druhými lidmi, jímž svojí přítomností dáváme najevo zájem, poskytujeme podporu a potřebnou pomoc v jednotlivých fázích jejich životní dráhy. V ošetrovatelství podpůrné doprovázení můžeme klasifikovat do dvou úrovní:

1. doprovázení pacienta/klienta sestrou
2. metadoprovázení sester sestrami.

ad 1) Doprovázení pacientů/klientů sestrami

Sestry ošetrování a pečování o své pacienty/klienty, které má respektovat autonomii, kulturu, životní hodnoty a životní historii každého člověka, musí primárně odvíjet od konceptu sociálně inteligentního doprovázení. Až v rámci něho pak jsou schopny efektivně aplikovat specifické ošetrovatelské koncepty, strategie, metody, techniky.

Pro názornost uvádíme příklady ošetrovatelských konceptů, metod, strategií a technik, jak je lze promítnout do kategorií aktivit podpůrného doprovázení:

- **Pomoc** : ošetřování a pečování dle prioritních potřeb pacienta/klienta metodou ošetrovatelského procesu, v kontextu příslušného konceptuálního ošetrovatelského modelu (Orem, Roy, Leininger, ...), specificky lze pomoc poskytnout také skrze využívání např. validace, reminiscenčních technik atd.
- **Podpora**: dle potřeb a situace pacienta/klienta: fyzická dopomoc, naplňování sesterské role advokáta pacienta, ale také rozvoj a podporování pacienta a jeho blízkých ve využívání kritického myšlení, sebereflexe, techniky posilování osobní motivace, logoterapeutická podpora, koučování, mediační principy, techniky systemické metody, systém psychosociální intervenční služby (SPIS) – krizová intervence...
- **Poradenství** : informování, edukování, konzultování, poradenská služba, supervize pacienta sestrou...

ad 2) **Metadoprovázení**

Je to pojem, kterým se vyjadřuje speciální úroveň doprovázení a to doprovázení doprovázejících profesionálů, v ošetrovatelství tedy sester sestrami ev. jinými odborníky, pokud si to sestry vyžádají. Aktivní přístup sester ke svým vlastním podpůrným metodám je naprosto nezbytný a sestry si to musí uvědomit. V současné době se ukazuje, že o sesterskou profesní skupinu, která čítá cca 100 tis. registrovaných sester, je ze strany supervizorů velký zájem, protože ji vyhodnocují jako velmi perspektivní a lukrativní příležitost. Problémem ale je, že tito supervizoři jsou převážně psychologové se soukromou praxí, kteří hledají klientelu a sestry jsou ty, které by podporu sice potřebovaly, ale nechtějí ji od psychologů či psychoterapeutů, protože to považují za „patologizaci“ svého prožívání, chování a reagování v rámci profesních situací a za profesionální devaluaci. Služby sestrám ale nabízejí také supervizoři, kteří náleží profesně k sestrám a získali si kvalifikaci supervizora (nejčastěji vzdělání v supervizi v kontextu psychoterapie). Tito supervizoři by mohli být pro sestry profesně přijatelnější, problémem ale je, že jich je velmi málo, než aby mohli pracovat s významnou částí sesterské populace. Metadoprovázení ale nezahrnuje pouze supervize, jsou známy také jiné metody a techniky, kterými lze sestrám pomáhat a podporovat je v různých situačních kontextech.

Příklady metod – konceptů z oblasti metadoprovázení sester:

- Mentoring
- Adaptační proces
- Systém psychosociální intervenční služby (SPIS) - Peer podpora
- Supervize
- Koučování
- Mediace
- Program zaměstnanecké podpory (EAP – Employee Assistance Program).

V rámci výše uvedených metod, ale také samostatně lze využívat řadu technik, jako např.: reflexe a sebereflexe, techniky kritického myšlení (např.: OPT - model reflexivního klinického uvažování; VTS – strategie vizuálního myšlení), Balintovské skupiny, techniky systemické metody, copingové strategie a techniky...

Závěr

Doprovázení je podpora doprovázeného k tomu, aby sám obstál v situacích, kterými musí projít, které řeší, do kterých se dostal. Je to elementární báze metod a technik, kterou

potřebujeme pro efektivnější a cílenější aktivity a činnosti v rámci ošetrovatelské péče, kterou poskytujeme pacientům/klientům, tedy doprovázeným. Ať už rovina doprovázení, nebo metadoprovázení, vždy se jedná o konkrétní projev profesionální akceptace a evalvace člověka člověkem. Obrací pozornost zejména k emocionální dimenzi profesionality. Sestrám v České republice se otevírají pomyslné dveře do další „*profesní komnaty*“, ve které mohou objevit mnoho zajímavých „pokladů“ jak pro sebe, tak také pro své pacienty/klienty. Aby je ale sestry mohly aktivně využívat a také používat, musí se je učit, studovat a zkoumat.

Koncept sociálně inteligentního podpůrného doprovázení je pro obor ošetrovatelství také výbornou připomínkou, aby se neorientoval pouze sebestředně sám na sebe, ale aby pečlivě sledoval také vývoj v ostatních vědních oborech a průběžně integroval moderní nástroje efektivnější a kvalitnější práce s člověkem a péče o něho.

Bibliografie a odkazy:

PETITCOLLIN, Ch. *Oběť, kat a záchránce ve vztazích a v komunikaci*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-362-8.

ŠPIRUDOVÁ, L. *Doprovázení v ošetrovatelství 1*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5710-0.

ŠPIRUDOVÁ, L. *Doprovázení v ošetrovatelství 2*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5711-7.

VÁVROVÁ, S. *Doprovázení v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0087-1.

VĚSTNÍK MZ ČR č. 2/2011. *Certifikovaný kurz v oboru mentor klinické praxe ošetrovatelství a porodní asistence*.

Kontakt:

Mgr. Lenka Špirudová, Ph.D.

Ústav ošetrovatelství

FVP SLU, Bezručovo nám. 14, 746 01 Opava

E-mail: lenka.spirudova@fvp.slu.cz

MENTOROVÁNÍ PRAXE STUDENTŮ OBORU VŠEOBECNÁ SESTRA V MEZNÍCH SITUACÍCH ŽIVOTA PACIENTŮ

MENTORING STUDENT NURSES IN CLINICAL PLACEMENTS – THE CASE OF LIMIT/BORDERLINE SITUATIONS

Lenka Špirudová¹, Marie Vavrečková²

^{1,2} Ústav ošetrovatelství, Slezská univerzita v Opavě

Shrnutí:

Článek rozpracovává problém mentorování klinické praxe u studentů oboru všeobecná sestra v kontextu péče o umírající a zemřelé pacienty. Jedná se o teoretickou přípravu k empirickému šetření, které se připravuje.

Klíčová slova: mentorování ošetrovatelské praxe, student, sestra, mezní situace v životě, pacient.

Summary:

Article elaborates the problem mentoring clinical practice for students of general nurse in the context of care for the dying and deceased patients. It is a theoretical preparation for an empirical study, which is being prepared.

Keywords: mentoring nursing practice, student, nurse, borderline situation in life, patient.

Úvod

Cílem tohoto sdělení je jednak poukázat na vybraný problém mentorovaných ošetrovatelských praxí v ČR u studujících oboru Všeobecná sestra. A také získat respondenty pro připravovanou studii „*Umírání a smrt z pohledu studentů oboru všeobecná sestra*“.

Definování pojmů

Mentorování ošetrovatelských praxí

Původní význam slova mentor lze najít již ve spisech ze starověkého Řecka. Bylo to označení pro moudrou a zkušenou osobu, loajálního přítele a důvěrníka, ochránce a zkušeného rádce, učitele, který pomáhal překonávat překážky mladíkům, jejichž otec musel pobývat mimo domov (služba, válka ...).

Definice mentoringu v Českém ošetrovatelství není ujednocená. V *Metodickém pokynu k Vyhlášce Ministerstva zdravotnictví č. 39/2005 Sb.* nalezneme pouze doporučenou náplň činnosti mentorů v rámci klinických praxí studentů a také adaptačního procesu u nových sester. Přesnou definici legislativa neuvádí. Můžeme si tedy vypomoci obecnou definicí: „*Mentoring je proces, v němž speciálně školená a zkušená osoba – mentor – dobrovolně podporuje, pomáhá a předává zkušenosti méně zkušené osobě – mentee.*“

V ošetrovatelství má mentor pro klinické ošetrovatelské praxe vést studenty k naplňování profesních rolí sestry. Není to profesionál v oboru učitelství, ale je to klinická sestra – profesionál, který pomáhá studentům stát se také profesionální sestrou. Mentoring řeší do jisté míry také problém nedostatku pedagogů v oboru ošetrovatelství (vč. nedostatku financí na potřebný počet plně kvalifikovaných pedagogů). Nedostatek mentorů v klinické ošetrovatelské praxi může do jisté míry zmírnit tzv. *comentoring*. Komentorem může být jiná kvalifikovaná sestra, nebo také vybraní a proškolení vysokoškolští studenti z programu Ošetrovatelství z bakalářského či navazujících magisterských oborů studia. Komentor pracuje se studentem v rámci mentorské praxe konkrétního klinického ošetrovatelského mentora a on určuje rozsah komentorových kompetencí při vedení konkrétního přiděleného studenta.

V jakých základních profesních rolích se má studující oboru Všeobecná sestra učit fungovat?

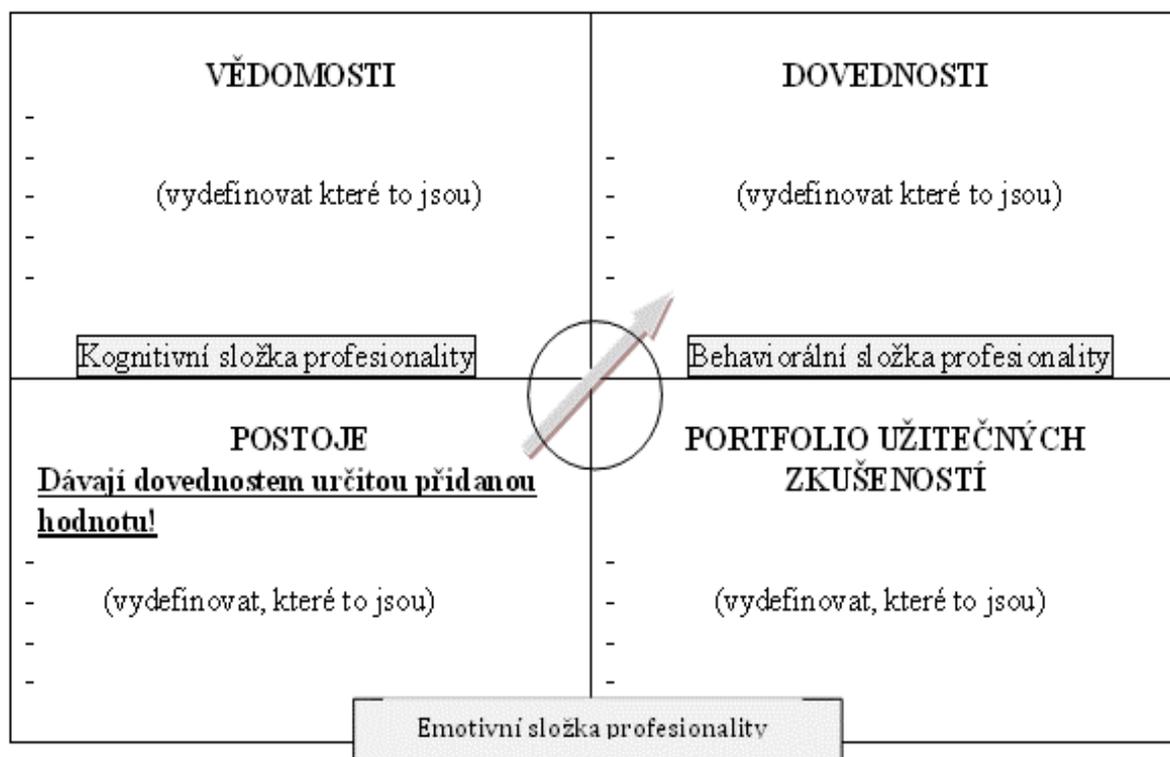
Nejobecnější a nejznámější je tato sada profesních rolí moderní sestry (viz např. Kozier, Erb, Olivieri (1995): role *ošetřovatelky, edukátorky, komunikátorky, poradkyně, nositelky změn, manažerky, advokátky, týmové hráčky, výzkumnice*.

Co potřebujeme studentovi – budoucí sestře v rámci výuky a klinických praxí předat?

Následující obrázek (obr. 1) jednoduše zpřehledňuje oblasti, které by mělo vzdělávání budoucích sester zahrnovat. Vědomosti a dovednosti jsou pregnančně formulovány v akreditovaných studijních dokumentech. Co ale není rozpracováno v současných vzdělávacích dokumentech, jsou postoje a portfolio užitečných zkušeností.

Abychom připravovali harmonicky vyvážené profesionály, je potřebné si také uvědomit, jak je profesionalita strukturovaná a co představuje obsah jednotlivých struktur (viz obr. 2). Emotivní složka profesionality má být pro mentory klinických praxí prioritní specifickou oblastí, které věnují nejvýznamnější pozornost a péči. Složka kognitivní a behaviorální je prioritou školy, i když klinická praxe samozřejmě slouží k jejich rozvoji a kultivaci.

Obr. 1: Oblasti, které by měly být předmětem zdělávání a výchovy u budoucích sester (Autorka: L. Špirudová.)



Obr. 2: Obsahy jednotlivých struktur profesionality u sester (Autorka: L. Špirudová.)



Mezní životní situace

„...jsou situace zvláštního druhu, v nichž člověk naráží na své meze, na hranice imanentního bytí a vlastního pobývání.“ Jako filozofický termín tento pojem poprvé užil roku 1919 německý filozof Karl Jaspers v knize *Psychologie světonázorů* (Havelka, 2000). Mezní životní situace jsou podle Jasperse: *smrt, utrpení, boj, vina*.

Mezní situace v životě pacientů, pohledem a zkušenostmi sestry, mohou být tyto:

- náročný invazivní diagnostický výkon
- operace
- zatěžující dlouhodobá léčba
- nepříznivý vývoj zdravotního stavu
- ztráta části těla
- ztráta soběstačnosti a nezávislosti
- ztráta blízké osoby (blízkých osob)
- ztráta životních hodnot a motivů
- ztráta vlastního soukromí a domova
- *vlastní proces umírání a smrt* (kategorie, která je předmětem našeho studijního zájmu).

Role a odvozené dovednosti sestry v procesu péče o umírající a zemřelé

Abychom mohli studovat mentoring u studentů, jejichž pacienti se nacházejí v mezní životní situaci, v našem případě v preterminálním, terminálním a postmortem stavu, museli jsme si definovat profesní role, které by měla profesionální sestra zastávat v kontextu této klinické situace. Především musí plnit svoji roli ošetřujícího a pečujícího profesionála. Dále se od ní očekává, že bude naplňovat roli doprovázejícího, podporujícího, tichého svědka, poslední posluhy – vykonavatele posledních přání, obhájce a ochránce, zprostředkovatele mezi umírajícím resp. zemřelým a jeho rodinou, garanta profesionální odborné a etické péče, komunikátora, edukátore a informátora, rádce, organizátor a koordinátora, dokumentátora a také likvidátora pozůstalosti, která po zemřelém na ošetřovací jednotce zůstala atd. Ke každé uvedené profesní roli v kontextu péče o umírajícího, zemřelého a také o pozůstalé, se pojí určité specifické dovednosti.

Potřebné postoje na straně sestry

Postoje jsou to, co dovednostem, které vyplývají z výše uvedených rolí, dodávají přidanou hodnotu, díky níž se pak výkon sestry stává etickým, taktním, empatickým, takovým, že o konkrétní sestře je možno říci, že je špičkový profesionál, který vlastní „know how“ pro péči o terminálně nemocné, zemřelé a o jejich blízké.

Domníváme se, že v naší kultuře bychom očekávali od profesionální sestry tyto postoje:

- jednoznačná úcta a respekt k životu
- výkon ošetrovatelských aktivit a činností vždy v souladu se standardy a dobrou praxí
- úcta a pieta k lidské smrti a k lidským ostatkům
- osobní odpovědnost za tiché, uctivé a empatické doprovázení pacienta i jeho blízkých
- tolerance k projevům umírajícího i jeho blízkých
- spolehlivost při nakládání s pozůstalostí pacienta
- vstřícnost, empatie, pochopení a angažovanost při řešení problémů a přání
- autentičnost (opravdovost) a citlivost v doprovázení
- pocit osobní odpovědnosti a pečlivost při vedení dokumentace
- korektnost v souvislosti s podáváním svědectví atd.

Portfolio užitečných zkušeností studenta

Z výše definovaných rolí a postojů můžeme formulovat požadavky na situace, kterými by student oboru všeobecná sestra měl projít, co by měl prožít v kontextu péče o umírající, zemřelé a pozůstalé. Mohou to být tyto užitečné zkušenosti, kterými by škola a školní praxe mohla novou sestru do začátku profesní kariéry vybavit:

- individuálnost procesů umírání pacientů, individuálnost jejich problémů a potřeb
- saturace spirituálních potřeb pacienta a asistence při přípravě náboženských obřadů, které proběhnou na ošetrovací jednotce, na pokoji umírajícího
- specifika práce s blízkými umírajících pacientů, jejich podpurné doprovázení kaplanem či profesionálním interventem, sestrou
- nakládání s pozůstalostí a administrativa kolem úmrtí pacienta
- dočasné důstojné uložení těla a jeho příprava k transportu z ošetrovací jednotky na patologii
- zvládnutí situace na pokoji, kde pacient zemřel (práce se spolupacienty)
- ukončování ošetrovatelské dokumentace zemřelého, jeho poslední slova, okolnosti úmrtí...
- specifika práce s pozůstalými, při předávání osobních věcí po zemřelém...
- strategie a rituály vyrovnávání se s úmrtím pacienta na straně ošetrujícího personálu...

Metodika připravované studie

Výzkumné otázky:

- *Jak jsou studující oboru Všeobecná sestra v rámci klinických praxí vedeni klinickými mentorkami v případech umírání a smrti pacienta?*
- *Jsou studující oboru Všeobecná sestra připraveni na profesionální samostatnou péči o umírající a zemřelé pacienty a jejich blízké?*

Předvýzkum

Předvýzkum se konal během měsíce dubna až května 2016, v jedné velké fakultní nemocnici. Fakultní nemocnice, ve které probíhal předvýzkum, má systém podpor a možnost zavolání krizového intervenanta. Pro získání informací byla zvolena kvalitativní metoda a technika polo strukturovaného rozhovoru. Předvýzkumu se zúčastnilo celkově sedmnáct sester ze dvou různých oddělení. Osm sester bylo z neurologického oddělení, sedm sester bylo z interního

oddělení, dvě sestry měly úvazek ve dvou nemocnicích na dvou různých odděleních, hlavní úvazek byl na metabolické JIP a vedlejší úvazek na interním oddělení. K vyhodnocení rozhovorů byla použita metoda kódování.

Z předvýzkumu uvádíme pouze výběr informací:

- 7 z 9 oslovených sester, které pracují na interním oddělení jsou zvyklé brát studenty k umírajícím pacientům, 1 z 9 se s tímto ještě nesetkala a rovněž 1 z 9 nechce brát studenty k umírajícím pacientům a k jejich blízkým
- 5 ze 7 oslovených sester, které pracují na neurologickém oddělení jsou zvyklé brát studenty k umírajícím pacientům, ale 2 ze 7 sester studenta nechce u umírajících pacientů.
- Nejčastějšími důvody, proč nechtějí brát studenty k umírajícímu pacientovi, byly: traumatizace studenta, sestry rovněž vypověděly, že v tuto těžkou chvíli je pro ně hlavní pacient.
- Nejčastějším důvodem, který uváděly, proč studenta berou k umírajícímu pacientovi, je jeho budoucí povinnost v povolání. Rozhodování ale sestry většinou nechávají na samotném studentovi.

Následující obrázek (obr. 3) ukazuje, jak sestry v předvýzkumu odpovídaly na dotaz, zda berou studenty v rámci jejich praxe k umírajícím a jejich blízkým.

Východiska pro design vlastní studie

Očekávání:

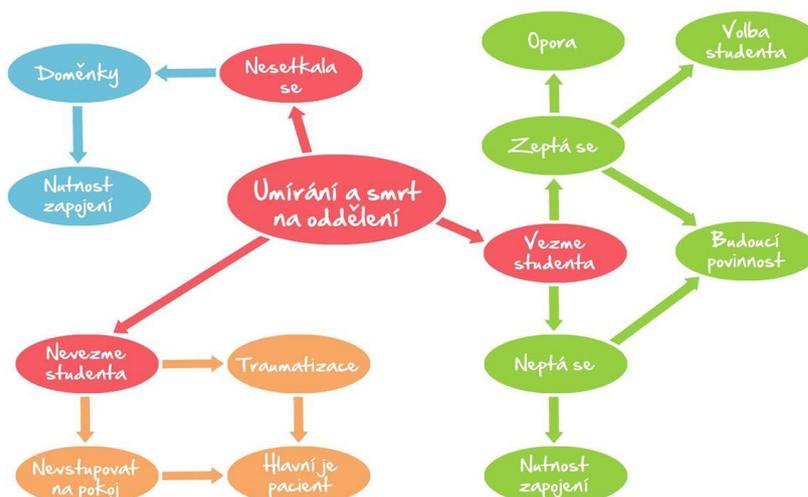
I. V prostředí, kde je péče o umírající a zemřelé tabuizována, studující nebudou náležitě připravováni na péči o umírající, zemřelé a pozůstalé v rámci klinických praxí na takových pracovištích.

II. Pokud 25 - 30 % sester nechce brát studující k péči o umírající a zemřelé pacienty, pak pravděpodobně ony samy budou mít nějaké problémy v této oblasti péče.

III. Předpokládáme, že problematická bude zejména verbalizace a sdílení spirituální roviny péče (hodnoty, smíření, naděje, bezmocnost, nezvratnost ...), a také emocionální roviny péče (připustit si smutek, plakat, nevědět co říct, mlčet, akceptovat projevy blízkých umírajícího – zemřelého pacienta).

Obr 3: grafická mapa odpovědí sester v předvýzkumu

(Autorka: M. Vavrečková.)



Samotný výzkum problému teprve proběhne. Respondenty budou studenti oboru všeobecná sestra a také mentorky klinické ošetrovatelské praxe a sestry z klinické praxe. Použita bude kvantitativní i kvalitativní metoda, technika kvantitativně-kvalitativního dotazníku, rozhovory, příběhy. Máte-li zájem, můžete nám svoji zkušenost s mentorováním studentů v limitních situacích jejich pacientů popsat a poslat na níže uvedenou adresu. Rádi Vás zařadíme mezi respondenty a Vaši osobní zkušenost využijeme v rámci studie.

Závěr

Mentorování není pouze o rozpisu služeb a o disciplíně na praxích. Mentor není praktický učitel (i když ho takto česká legislativa pojímá). Mentor je osoba, která reprezentuje ošetrovatelské profesionály z praxe (pro studenty profesní vzor), adaptuje studenta na podmínky a prostředí klinické praxe a přímé péče o pacienty. Mentor má významný je podíl na rozvoji klinických dovedností, nezastupitelné je ale souběžné utváření a kultivování profesionálních postojů u studujících. Je potřebné definovat užitečné portfolio odborných zkušeností pro klíčové klinické situace a vytvářet studujícímu prostor pro jejich zažití. Mentoring klinických praxí musí být pečlivěji připravován a koordinován i po obsahové stránce.

Bibliografie a odkazy:

- HAVELKA, M. *Karl Jaspers: život a dílo*. Praha: Vyšehrad, 2000. ISBN 80-7021-335-3.
- KOL. AUTORŮ. *Filosofický slovník*. Olomouc: FIN, 1998. ISBN 80-7182-014-8.
- KOZIER, B., ERB, G., OLIVIERY, R. *Ošetrovatelství 1*. Martin: Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0.
- ŠPIRUDOVÁ, L. *Doprovázení v ošetrovatelství 1*. Praha: Grada, 2015(a). ISBN 978-80-247-5710-0.
- ŠPIRUDOVÁ, L. *Doprovázení v ošetrovatelství 2*. Praha: Grada, 2015(b). ISBN 978-80-247-5711-7.
- ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., et al. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
- VÁVROVÁ, S. *Doprovázení v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0087-1.

Kontakt:

Mgr. Lenka Špirudová, Ph.D.
Ústav ošetrovatelství
FVP SLU, Bezručovo nám. 14, 746 01 Opava
E-mail: lenka.spirudova@fvp.slu.cz

VNÍMANIE ZDRAVIA AKO VÝZNAMNÝ DETERMINANT ŽIVOTNEJ SPOKOJNOSTI SENIOROV

HEALTH PERCEPTION AS AN IMPORTANT FACTOR OF LIFE SATISFACTION IN THE ELDERLY

Andrea Šuličová¹, Tatiana Šantová², Zuzana Šimová³, Jana Cinová⁴
^{1,2,3,4} Prešovská univerzita Fakulta zdravotníckych odborov

Súhrn:

Úvod

Životná spokojnosť seniorov sa odvíja od seniorovho vnímania životnej situácie, vnímania svojho zdravia, od zvládania základných životných potrieb, sústavy hodnôt, životných cieľov a základných ľudských potrieb. V súčasnosti u seniorov narastá význam subjektívneho hodnotenia zdravia. Kvalita života sa dokonca považuje za vhodnejší indikátor zdravia ako morbidita a mortalita.

Cieľ

Cieľom prieskumu bolo zistiť vnímanie životnej spokojnosti seniormi v sociálnej starostlivosti. V rámci viacerých aspektov životnej spokojnosti sme sa v tomto príspevku sústredili na zhodnotenie vnímania zdravia ako významného determinanta životnej spokojnosti seniorov.

Metodika

Na zber údajov sme použili štandardizovaný dotazník životnej spokojnosti. Dotazník bol rozdelený do 6 oblastí: zdravie, finančná situácia, voľný čas, vzťah k priateľom, vlastná osoba, vzťah k rodine.

Materiál – súbor

Súbor respondentov tvorili 50 seniori zo sociálneho zariadenia pre seniorov v Košickom kraji, 24 mužov a 26 žien.

Výsledky

Úroveň spokojnosti seniorov v oblasti vnímania zdravia dosahuje kvalitatívnu hodnotu priemernej spokojnosti. So svojim zdravotným stavom vyjadrujú približne rovnaký počet seniorov skôr spokojnosť a rovnaký počet skôr nespokojnosť. Duševnú kondíciu hodnotia prevažne kladne. Spokojnosť s telesnou kondíciou, zvládaním bolesti, uzdravovaním z chorôb je približne na rovnakej úrovni. Najslabšie bola hodnotená obranyschopnosť organizmu.

Diskusia

Zdravie ovplyvňuje všetky aspekty života v staršom veku a v starobe. Spoluvytvára kvalitu života, postavenie starých ľudí v rodine, zamestnaní i v spoločenskom živote. Za zdravého sa starý človek považuje vtedy, keď nemá zjavnú chorobu alebo obťažujúci syndróm, považuje sa sám za zdravého a je spokojný s kvalitou svojho života, je sebestačný, vyvíja primerané fyzické a psychické aktivity a sociálne kontakty. S pribúdajúcim vekom sa znižuje počet ľudí, ktorí spĺňajú tieto podmienky.

Záver

Zdravie je predpokladom akejkoľvek miery kvality života, je podmienkou vyváženosti a harmónie pri spolupôsobení fyzickej, mentálnej a psychosociálnej stránky osobnosti seniora.

Kľúčové slová: zdravie, životná spokojnosť, seniori.

Summary:

Introduction

Life satisfaction of seniors depends on perception of their life situation, health and their ability to deal with basic life needs, system of values and life goals. Recently, there is an

increasing significance of subjective valuation of health in seniors. The life quality is valued as more suitable indicator of health than morbidity and mortality.

Aim

The aim of our study was to find out the perception of senior's life satisfaction in social care. Within this research we focused on health valuation as the significant factor of seniors' satisfaction of life.

Method

For data collection we used a standard questionnaire with the questions about life satisfaction. The questionnaire was focused on three separate areas: health, financial situation, free time, friendships, own personality and family relationships.

Material

We included 50 seniors (24 men and 26 women) from social service facility in Košice region as the respondents in our study.

Results

The level of seniors' satisfaction of health perception reaches average contentment. There is approximately an equal ratio between seniors that are "more satisfied" and "more unsatisfied" with their health condition. The mental fitness is valued by most of them as positively. Satisfaction with own fitness, ability to handle pain or recovery from illness are approximately on the same level. Weak immunity was considered as the most significant problem.

Discussion

The health is affecting all the aspects of the older people life. It is creating the quality of life, social status of older people within the family, at the work and in social life. The human being is considered as healthy when he/ she is not suffering from particular disease, or some syndrome and if he/ she is satisfied with the quality of life, is self-sufficient and physically, mentally, and social active. The number of people passing the given conditions is dropping with increasing age.

Conclusion

The health is the assumption of any rate of life quality, is a condition for creating the balance and harmony in physical, mental and social senior's personality.

Keywords: health, satisfaction with life, seniors.

Úvod

Prvú definíciu pojmu životná spokojnosť použil psychológ E. Diener vo svojom výskume, ktorý sa týkal subjektívnej pohody, životnej spokojnosti a pozitívnej psychológie. Pod spojením životná spokojnosť rozumel celkové hodnotenie pocitov a postojov človeka v súvislosti s časovým okamihom v živote jedinca. Osoba prežíva subjektívnu spokojnosť, keď na otázku ohľadom šťastia v istom časovom úseku odpovedá kladne, teda že pociťuje šťastie alebo pocit spokojnosti (Hrozenková, 2008). Hodnotenie životnej spokojnosti sa dá chápať ako subjektívny proces, v ktorom registrujeme také pocity, ktoré v nás vyvolávajú pocity všeobecného blaha, pričom tieto pocity sú konštantné a vieme ich presne a úprimne popísať (Muhlpachr 2011). Z psychologického hľadiska sú kvalita života a životná spokojnosť najviac spájané s pojmami ako sú osobná pohoda, šťastie, spokojnosť, harmónia. Človek sa cíti šťastný vtedy, keď sa teší zo života, je s ním spokojný a považuje ho za cenný, vyvážený a zmysluplný (Dragomirecká 2007).

Starnutie populácie je proces typický pre krajiny Európskej únie. Otázky starnutia a postavenia seniorov v spoločnosti sa stávajú trvale aktuálnymi v rovine ekonomickej, psychologickej, etickej, kultúrnej, zdravotno-sociálnej, ale aj filozofickej. Vzniká tak potreba cieľavedome podporovať zdravie, ale aj zabezpečiť choré a závislé osoby, potreba zlepšiť ich zdravotný stav a možnosti fungovania v spoločnosti, ponúknuť zdravotné programy so

snahou predĺžiť ich aktívny vek. Aktívny prístup k zdraviu, zdravotná kultúra a kompetencia sa v súčasnosti stávajú nielen celospoločenskou povinnosťou, ale predovšetkým povinnosťou individuálnou (Uher, 2014).

Cieľ

Cieľom prieskumu bolo zistiť vnímanie životnej spokojnosti seniormi v sociálnej starostlivosti. V rámci viacerých aspektov životnej spokojnosti sme sa v tomto príspevku sústredili na zhodnotenie vnímania zdravia ako významného determinanta životnej spokojnosti seniorov.

Metodika

Na zber údajov sme použili štandardizovaný dotazník životnej spokojnosti. Dotazník bol rozdelený do 6 oblastí: zdravie, finančná situácia, voľný čas, vzťah k priateľom, vlastná osoba, vzťah k rodine.

Súbor

Súbor respondentov tvorili 50 seniori zo sociálneho zariadenia pre seniorov v Košickom kraji, 24 mužov a 26 žien. So seniormi sme pred vyplnením dotazníka realizovali Mini Mental test. Priemerný vek obyvateľov zariadenia bol u žien 78 rokov a u mužov 81 rokov.

Výsledky

OBLASŤ ZDRAVIA

Otázka č.1: So svojim zdravotným stavom som....

Tabuľka 1 Miera spokojnosti so svojim zdravotným stavom

Možnosti	St. Likertovej škály	n – absolútna početnosť	% – relatívna početnosť
Veľmi nespokojný/á	1	5	10 %
Nespokojný/á	2	8	16 %
Skôr nespokojný/á	3	7	14 %
Ani spokojný/á, ani nespokojný/á	4	6	12 %
Skôr spokojný/á	5	8	16 %
Spokojný/á	6	5	10 %
Veľmi spokojný/á	7	11	22 %
SPOLU		50	100%
Aritmetický priemer		4,26	

Možnosť „veľmi nespokojný/á“ označilo 5 (10%) respondentov, „nespokojní“ so svojim zdravím sú 8 (16%) respondenti, „skôr nespokojní“ sú 7 (14%) respondenti, „neutrálne“ sa cíti 6 (12%) opýtaných. „Skôr spokojní“ sa cítia 8 (16%) respondenti, „spokojnosť“ vyjadrili 5 (10%) respondenti a „veľmi spokojní“ sú 11 (22%) z opýtaných. Z tabuľky vyplýva, že miera spokojnosti so zdravotným stavom seniorov je prevažne dobrá. Priemerný stupeň Likertovej škály – 4,26 – ani spokojný/á, ani nespokojný/á.

Otázka č.2: So svojou duševnou kondíciou som...

Tabuľka 2 Miera spokojnosti s duševnou kondíciou

Možnosti	St. Likertovej škály	n – absolútna početnosť	% – relatívna početnosť
----------	----------------------	-------------------------	-------------------------

Veľmi nespokojný/á	1	0	0 %
Nespokojný/á	2	8	16 %
Skôr nespokojný/á	3	9	18 %
Ani spokojný/á, ani nespokojný/á	4	0	0 %
Skôr spokojný/á	5	8	16 %
Spokojný/á	6	9	18 %
Veľmi spokojný/á	7	16	32 %
SPOLU		50	100%
Aritmetický priemer	4,98		

Možnosť „veľmi nespokojný“ so svojou duševnou kondíciou, neoznačil nikto z respondentov. „Nespokojnosť“ vyjadrilo 8 (16%), „skôr nespokojní“ sú 9 (18%), možnosť „ani spokojní, ani nespokojní“ neoznačil nikto, „skôr spokojní“ sú 8 (16%), spokojní 9 (18%) a „veľmi spokojní“ sú 16 (32%) respondenti. Priemerná hodnota stupňa Likertovej škály – 4,98 – „skôr spokojný“.

Otázka č.3: So svojou telesnou kondíciou som...

Tabuľka 3 Miera spokojnosti s telesnou kondíciou

Možnosti	St. Likertovej škály	n – absolútna početnosť	% – relatívna početnosť
Veľmi nespokojný/á	1	5	10
Nespokojný/á	2	7	14
Skôr nespokojný/á	3	9	18
Ani spokojný/á, ani nespokojný/á	4	0	0
Skôr spokojný/á	5	9	18
Spokojný/á	6	12	24
Veľmi spokojný/á	7	8	16
SPOLU		50	100%
Aritmetický priemer	4,38		

Možnosť „veľmi nespokojní“ s telesnou kondíciou označili 5 (10%) respondenti, „nespokojní“ boli 7 (14%), „skôr nespokojní“ 9 (18%), „skôr spokojní“ 9 (18%), „spokojní“ 12 (24%), „veľmi spokojní“ boli 8 (16%) respondenti. Priemerná hodnota stupňa Likertovej škály je 4,38 – ani spokojný/á, ani nespokojný/á.

Otázka č.4: So svojou obranyschopnosťou proti chorobám som...

Tabuľka 4 Miera spokojnosti s obranyschopnosťou proti chorobám

Možnosti	St. Likertovej škály	n – absolútna početnosť	%– relatívna početnosť
Veľmi nespokojný/á	1	6	12 %
Nespokojný/á	2	5	10 %
Skôr nespokojný/á	3	13	26 %
Ani spokojný/á, ani nespokojný/á	4	0	0 %
Skôr spokojný/á	5	8	16 %

Spokojný/á	6	10	20 %
Veľmi spokojný/á	7	8	16 %
SPOLU		50	100%
Aritmetický priemer		4,22	

So svojou obranyschopnosťou sú „veľmi nespokojní“ 6 (12%) respondenti, „nespokojní“ sú 5 (10%), „skôr nespokojní“ 13 (26%), „skôr spokojní“ 8 (16%), „spokojní“ 10 (20%), „veľmi spokojní“ sú 8 (16%) respondenti. Priemerný stupeň Likertovej škály je na hodnote 4,22.

Otázka č.5: Keď myslím na to, ako často mám bolesti, som...

Tabuľka 5 Miera spokojnosti so zvládaním bolesti	St. Likertovej škály	n – absolútna početnosť	% – relatívna početnosť
Možnosti			
Veľmi nespokojný/á	1	8	16
Nespokojný/á	2	0	0
Skôr nespokojný/á	3	11	22
Ani spokojný/á, ani nespokojný/á	4	0	0
Skôr spokojný/á	5	9	18
Spokojný/á	6	9	18
Veľmi spokojný/á	7	13	26
SPOLU		50	100%
Aritmetický priemer		4,62	

S opakovanými bolesťami a jej zvládaním sú „veľmi nespokojní“ 8 (16%) respondenti, „skôr nespokojní“ sú 11 (22%), „skôr spokojní“ 9 (18%), „spokojní“ sú 9 (18%) a „veľmi spokojní“ sú 13 (26%) respondenti. Z výsledku vyplýva, že miera spokojnosti so životom s bolesťou je na stupni Likertovej škály na čísle 4,62, čiže skôr spokojný/á.

Diskusia

Odzrazom kvality života je celková životná spokojnosť, ktorá je výsledkom vzťahov človeka k svojmu prostrediu. V súvislosti so starobou sa pojem kvality života objavuje pomerne často, avšak predmetom výskumu býva skôr životná spokojnosť (Dragomerická, Prajsová, 2009). V rámci životnej spokojnosti sme zisťovali mieru spokojnosti s viacerými oblasťami života: vnímanie zdravia, finančná situácia, voľný čas, vzťah k priateľom, vlastná osoba a vzťah k rodine. V príspevku sme sa sústredili na zhodnotenie aspektu „vnímanie zdravia“ seniormi. Významnou oblasťou v živote seniorov je ich subjektívne zhodnotenie vlastného zdravia, pretože indikátory zdravia a choroby – determinujú všetky ostatné aspekty kvality života.

Z našich výsledkov vyplýva, že miera spokojnosti so zdravotným stavom seniorov je prevažne dobrá. Pre porovnanie napr. môžeme uviesť (Ležovič, 2011), že vekom klesá kvalita života a najsilnejším vzťahom kvality života je subjektívne hodnotenie vlastného zdravia. Podľa autora 57% respondentov vyjadrilo svoju nespokojnosť a 41% spokojnosť so svojim zdravím, pričom len 3 % seniorov bolo veľmi spokojných so zdravotným stavom a kvalitou života. Farský a Solárová (2010) tiež skúmali kvalitu života seniorov žijúcich v zariadení sociálnej starostlivosti s využitím štandardizovaného dotazníka WHOQOL-BREF. Z ich výsledkov vyplýva, že respondenti mali najväčší deficit v oblasti zdravia. Aktuálny zdravotný stav mohol priamo ovplyvniť odpovede seniorov.

Miera spokojnosti s duševnou kondíciou v našej vzorke seniorov bola skôr pozitívna. Jedným z indikátorov kvality života je aj psychologické zdravie – vyjadruje image, negatívne a pozitívne city, sebahodnotenie, spôsob myslenia, učenie, pozornosť (sústredenosť). Psychologické zdravie tvorí jeden z indikátorov psychologického veku, resp. miery psychologického starnutia, zase nezávisle na veku, ale do istej miery závisle od biologického veku. Psychologický vek sa prejavuje kognitívnym fungovaním – a ten závisí od miery jeho rozvinutosti, od miery jeho neustáleho precvičovania a aktívneho využívania. Vlastnosť kognitívneho fungovania úzko súvisí aj so schopnosťou adaptácie a adjustácie na zmeny, so spôsobmi zvládania záťaže (coping) a so sebahodnotením.

Miera spokojnosti s telesnou kondíciou súvisí s úrovňou sebestačnosti. Znížená alebo narušená schopnosť mobility vedie k deficitu sebestačnosti, čo je významný faktor ovplyvňujúci životnú spokojnosť v starobe. V starobe klesá výkonnosť a s nástupom chronických ochorení sa rozvíja celý rad funkčných porúch a následne vzniká zhoršená sebestačnosť a závislosť. Hudáková, Derňárová (2011) na vybranej vzorke 386 probantov, pomocou dvoch štandardizovaných dotazníkov zistovali vzťah sebestačnosti a kvality života seniorskej populácie. Na základe štatistickej komparácie zistili horšiu sebestačnosť (hrubé skóre v ADL teste = 11,65) u geriatrických pacientov v porovnaní s obyvateľmi zariadení pre seniorov, potvrdila sa jednoznačná závislosť úrovne sebestačnosti a kvality života seniorov.

Pokles obranyschopnosti vo vyššom veku vedie k častejším infekčným ochoreniam, pričom bežné infekčné ochorenia sú typickou príčinou chorobnosti a úmrtnosti v tomto veku. Je známe, že chronický psychický stres a depresie zhoršujú výkonnosť imunitného systému, a to najmä v staršej populácii (Guidi, 1998).

Podoba zdravia je pre každého človeka jedinečná a mení sa v priebehu života – v rôznych životných obdobiach kladieme dôraz na rôzne aspekty zdravia. Dobré fyzické zdravie nezaručuje, že sa človek cíti zdravý, že žije v zdravých vzťahoch a zároveň úraz, choroba, starnutie ešte neznamená narušenie zdravia.

Záver

Očakávaný demografický vývoj poukazuje na zvyšujúci sa vek dožitia a to rovnako u mužov, ako i u žien. S týmto predpokladaným zvyšujúcim sa vekom prichádzajú na rad otázky, ktoré sa dotýkajú všetkých oblastí života, najmä zdravotnej a sociálnej. Základným princípom, ktorý sa presadzuje pri riešení problémov starnutia na medzinárodnej úrovni, najmä cez WHO (Svetová zdravotnícka organizácia), OSN a ILO (Medzinárodná organizácia práce), je princíp aktívneho starnutia, ktorý sa týka nielen jednotlivcov, ale aj celej spoločnosti. Termín aktívne starnutie vyjadruje proces, ktorý umožňuje ľuďom využívanie svojho potenciálu na vytvorenie čo najlepších podmienok pre život – vo fyzickej, sociálnej a mentálnej oblasti; aby sa zúčastňoval na živote spoločnosti podľa svojich potrieb a schopností, pričom im spoločnosť poskytne adekvátnu ochranu, bezpečnosť a ošetrovateľskú starostlivosť. Dôkladná príprava na starnutie a starobu a tzv. aktívne starnutie môže mať vplyv na neskoršiu životnú spokojnosť seniorov.

Bibliografia a odkazy:

- BALOGOVÁ, B. *Seniori*. 1. vyd. Akcent Print. 2005. 157 s. 2005. ISBN 80-969274-1-8.
- DRAGOMIRECKÁ, E, PRAJSOVÁ J. et al. *Průručka pro uživatele české verze dotazníků Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku WHOQOL-OLD*. Psychiatrické centrum Praha, 2009. 72 s. ISBN 978-80-87142-05-9.
- FARSKÝ, I., SOLÁROVÁ, M. Kvalita života seniorov v komunitnom zariadení. In: *Profese on-line*, 2010, roč. 3, č. 1, s. 30-41. ISSN 1803-4330. [online]. [citované 2016-10-19]. Dostupné na internete: <http://www.medvik.cz/bmc/link.do?id=bmc10010609>.

- GUIDI, L. et al. Psychoneuroimmunology and ageing. *Gerontology*, 1998, 44, p. 247-261. In: Kaiglová, A., Reichrtová, E. *Starnutie – prirodzený proces organizmu?* Vol. 34, No. 6, p. 285-288, 2000. [online]. [citované 2016-10-10]. Dostupné na internete: http://147.213.211.222/sites/default/files/2000_6_285_288_kaiglova.pdf.
- HRICOVÁ, M., RÁCZOVÁ, B. Vykonávaná starostlivosť o zdravie a vnímanie rizika v súvislosti s narastajúcim vekom. In: *Človek a spoločnosť – Individual and Society*, 2015, 18(4). ISSN 1335-3608 [online]. [citované 2016-10-10]. Dostupné na internete: <http://www.clovekaspolocnost.sk/jquery/pdf.php?gui=BNEIX3EKW9QSCNCJD1J4GWN77>.
- HROZENSKÁ M. a D. DVOŘÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.
- HROZENSKÁ, M. et al. *Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktické východiská*. Martin: Osveta, 2008. 180 s. ISBN 978-80806-3282-3.
- HUDÁKOVÁ, A., DERNÁROVÁ, L. Sebestačnosť ako významný aspekt kvality života seniorov. In: *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatelstve*. Martin: Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta, 2011. 492 s. 978-80-89544-00-4 [online]. [citované 2016-10-14]. Dostupné na internete: <http://www.medvik.cz/bmc/view.do?gid=885703>.
- LEŽOVIČ, M. In: TOMOVÁ, Z. 2015. *Sociálne aspekty kvality života imobilných seniorov v zariadení sociálnych služieb*. [online]. [citované 2016-10-10]. Dostupné na internete: <http://www.prohuman.sk/socialne-sluzby/socialne-aspekty-kvality-zivota-imobilnych-seniorov-v-zariadeni-socialnych-sluzieb>.
- ŠIMOVÁ, E. *Kvalita života seniorov*. [citované 2016-10-10]. Dostupné na internete: <http://www.pulib.sk/elpub2/FF/Dzuka3/17.pdf>.
- TOKÁROVÁ, A. K metodologickým otázkam výskumu a hodnotenia kvality života. In *Kvalita života v sociálnych kontextoch globalizácie a výkonovej spoločnosti*. Slovensko-poľský zborník štúdií a článkov. Acta facultatis Philosophicae Presoviensis. Prešov: FF PU, 2002, s. 6 – 30. ISBN 80-8068-087-6.
- UHER, I. *Determinanty kvality života seniorov*. Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, 2014. 133 s. ISBN 978-80-8152-136-2 [online]. [citované 2016-10-10]. Dostupné na internete: <http://www.upjs.sk/pracoviska/univerzitna-kniznica/e-publikacia/#utvs>.

Kontakt:

PhDr. Andrea Šuličová, PhD.
Prešovská univerzita v Prešove
Fakulta zdravotníckych odborov
Partizánska 1, 080 01 Prešov

MOČOVÁ INKOTINENCE U ŽEN

URINARY INCONTINENCE IN WOMEN

Yveta Vrublová¹

¹ Fakulta veřejných politik, Slezská univerzita

Shrnutí:

Príspevek se zabývá problematikou močové inkontinence u žen, která významným způsobem ovlivňuje celkovou kvalitu života. Cílem příspěvku je přiblížení této problematiky s ohledem na prevenci.

Klíčová slova: močová inkontinence, rizika, prevence, pánevní dno.

Summary:

The paper deals with the problem of urinary incontinence in women, which significantly affects the overall quality of life. This paper aims to approach this issue with regard to prevention.

Keywords: urinary incontinence, risk prevention, pelvic floor.

Úvod do problematiky

Močová inkontinence je v současné době častým problémem a významně snižuje kvalitu života žen ve všech jeho dimenzích. K zajištění kontinence je důležité správné fungování strukturální a řídicí (nervové) složky uzavíracího aparátu močové trubice a močového měchýře (Grim et al. 2005, s. 115). Při jejím narušení dochází k rozvoji stresové inkontinence (Krhut 2006, s. 52). Mezi hlavní předpoklady udržení moči patří: uspořádání vláken hladké svaloviny do tzv. Uhlenhutových protisměrných smyček na úrovni hrdla močového měchýře, elasticita stěny močové trubice, funkční příčně pružovaná vlákna uretrálního svěrače a svaly pánevního dna a nepoškozená dolní oblast bederní míchy (Vidlář, Vrtal, Študent 2008, s. 134).

Zastoupení jednotlivých typů močové inkontinence se mění s přibývajícím věkem ženy. Ve vyšším věku se snižuje podíl stresové inkontinence a narůstá výskyt urgentní a smíšené formy (Hanuš 2005, s. 56). Podle odhadů, trpí v České republice různou formou inkontinence více než půl milionu žen. Nejčastější formou samovolného úniku moče je stresová inkontinence, která postihuje 40 - 50 % žen mezi 45 - 55 rokem života (Hanuš 2005, s. 58).

Norská epidemiologická studie EPINCONT (Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trøndelag), která se uskutečnila mezi 28 000 ženami ve věku nad 20 let, ukázala zvyšující se prevalenci inkontinence moči u žen kolem středního věku (30–40 %) a setrvalý vzestup u starší populace (prevalence 30–50 %). Polovina těchto žen uváděla stresovou močovou inkontinenci, 11 % urgentní močovou inkontinenci a 36 % kombinovaná močová inkontinence (Hannestad et al. 2000, s. 1150-1157).

Rozsáhlá švédská studie zjistila, že 20 let po narození prvního dítěte je prevalence močové inkontinence značně vyšší po vaginálním porodu, a to 40,3 %, ve srovnání s ženami, které rodily císařským řezem jen 28,8 % (Gyhagen et al. 2013, s. 144-151).

Mezi predispoziční faktory vzniku močové inkontinence patří rasové (větší sklon mají bělošské ženy, méně náchylné jsou pak afroameričanky a asijské ženy (Hunskar et al. in Abrams et al. 2005, s. 268), genetické, neurologická a psychiatrická onemocnění, anatomické abnormality. Mezi vyvolávající faktory je řazeno zejména těhotenství, vaginální porod a prodělané chirurgické zákroky v oblasti malé pánve.

Jako vysoké riziko se jeví těhotenství, kdy během samotného těhotenství a při porodu může dojít k oslabení nebo poškození struktury pánevního dna a inervaci uzavíracího mechanismu močové trubice (Hanuš 2005, s. 58; Kratochvíl 2012, s. 86). Instrumentálně vedený porod

s epiziotomií zvyšuje 1,5krát relativní riziko vzniku močové inkontinence oproti spontánnímu porodu a 3,1krát ve srovnání s císařským řezem (Hořčíčka 2012, s. 62). Vliv vlastních porodnických faktorů, jako jsou hmotnost a obvod hlavičky plodu, či délka trvání druhé doby porodní, je sporný a v řadě studií se liší, rovněž vliv epidurální analgezie je prozatím nejasný (Krčmář 2014, s. 504). Také v souvislosti s počtem porodů mají autoři různé názory. Záhumenský (2012, s. 11); Krčmář (2014, s. 503) uvádějí, že první vaginální porod má zásadní význam na vznik symptomů močové inkontinence. Oproti tomu Kolařík, Halaška, Feyereisl (2011, s. 586) udávají, že ženy po čtyřech a více porodech mají větší predispozici k rozvoji stresové inkontinence.

Vyšší výskyt inkontinence je v přímém kontextu s nárůstem BMI (body mass index). SUI se u obézních žen vyskytuje 4,2x častěji a UUI 2,2x častěji než u žen s normální hmotností (Hanuš 2005, s. 58-59; Hunskaar et al. in Abrams et al. 2005, s. 277-278).

Mezi další faktory, které mohou ovlivnit vznik močové inkontinence patří dále chronická zácpa, menopauza, chronické plicní onemocnění, kouření, infekce močových cest.

Velmi důležitou součástí profesionální zdravotnické péče je včasný záchyt močové inkontinence, která v současné době může být léčena konzervativně – farmakologicky, využití fyzioterapie, nebo chirurgicky pomocí TVT pásky. V současnosti jsou nové alternativy zdokonalení TVT metody, a to z hlediska způsobu vedení a rozměrů pásky, kdy nejvíce rozšířenou a standardní používanou variantou je TOT (transobturator tape) technika, u níž byla prokázána 97 % účinnost a vysoká bezpečnost (Poršová, Porš, Kolombo 2011, s. 67-68).

Péče o ženy s inkontinencí patří ro rukou zejména gynekologům a porodním asistentkám, právě v gynekologických ambulancích je dostatek prostoru k edukaci žen, která se týká péče o pánevní dno a odtabuizování uvedené problematiky. Je nutný zejména citlivý a empatický přístup.

Závěr

Močová inkontinence jak již bylo uvedeno, snižuje významným způsobem kvalitu života žen. Jedná se o velmi intimní problém, kdy návštěva lékaře bývá často odkládána, nebo tento problém je i při pravidelných zejména gynekologických prohlídkách ze strany ženy zamlčen. Z tohoto důvodu by měla být v rámci předporodní (eliminace poranění svalů), poporodní a všeobecné gynekologické péče o ženy věnována trvalá pozornost pánevnímu dnu. Kvalitu svalů pánevního dna umí posoudit každý gynekolog. Na péči o ženu při diagnostice inkontinence a léčbě se může podílet porodní asistentka a fyzioterapeut. Základním a primárním pilířem péče o pánevní dno je fyzická aktivita se zaměřením na posílení svalů pánevního dna, s možností využití speciální elektrostimulace svalů pánevního dna. Pokud tato nechirurgická léčebná modalita je neúčinná, pak je vhodné využít některé z dostupných chirurgických metod.

Celkově za nezanedbatelný krok je považována primární prevence před vznikem inkontinence, která je v rukou jak sester, porodních asistentek tak samotných žen. Jedná se o pravidelné předávání cílených informací v péči o pánevní dno.

Bibliografie a odkazy:

GRIM, M. et al. *Základy anatomie - 3. trávicí, dýchací, močopohlavní a endokrinní systém*. Praha: Karolinum, 2005. 163 s. ISBN 80-246-0989-4

- GYHAGEN, M. et al. Prevalence of urinary incontinence (UI) 20 years after childbirth in a national cohort study in singleton primiparae after vaginal or caesarean delivery. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2013; 120(9): 144-151.
- HANNESTAD, YS. Et al. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: The Norwegian EPINCONT Study. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2000; 53(11): 1150-1157.
- HANUŠ, T. Epidemiologie incontinence moči. *Urologické listy*, 2005, 2(1), s. 14-18.
- HORČIČKA, L. et al. *Diagnostika a léčba močové inkontinence u žen*. Praha, 2012. Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Praha, 2012. Kolektiv autorů – Výbor urogynekologické společnosti. Doporučený postup diagnostiky a léčby inkontinence moči u žen – příprava pro stanovisko ČLK 1/2002
- HUNSKAAR, S. et al. Epidemiology of Urinary (UI) and Faecal (FI) Incontinence and Pelvic Organ Prolapse (POP). In. ABRAMS, P. et al. *Incontinence*. 1 ed. Paris: Health Publication, 2005. pp 257-280. ISBN 0-9546956-2-3.
- KOLAŘÍK, D., HALAŠKA, M., FEYREISL. J. *Repetitorium gynekologie*. 2. vyd. Praha: Maxdorf s.r.o., 2011. 1032 s. ISBN 978-80-7345-267-4.
- KRČMÁŘ, M. Vliv těhotenství a porodu na rozvoj inkontinence moči. *Postgraduální medicína*. 2014, 5(16), s. 502-505.
- KRHUT, J. Farmakologická léčba stresové inkontinence. *Urologie pro praxi*, 2006, 7(2), s. 52-54.
- PORŠOVÁ, M., PORŠ, J., KOLOMBO, I. Miniinvazivní slingové operační techniky v léčbě stresové inkontinence moči. *Endoskopie*, 2011; 20(2): 66-69.
- VIDLÁŘ, A., VRTAL, R., ŠTUDENT, V. Patofyziologie stresové inkontinence u žen. *Urologie pro praxi*, 2008, 9(3), s. 133-136.
- ZÁHUMENSKÝ, J. *Kvalita života žen v poporodním období*. Bratislava: ProLitera, 2012. 103 s. ISBN 978-80-970253-1-1.

Kontakt:

doc. PhDr. Yvetta Vrublová, Ph.D.
Ústav ošetřovatelství, Fakulta veřejných politik, Slezská univerzita
Bezručovo náměstí 14, Opava
E-mail: yvetta.vrublova@fvp.slu.cz

ŽENA PO SAMOVOLNÉM POTRATU

WOMEN AFTER MISCARRIAGE

Jiřina Weisová¹

¹ SN Opava, oddělení gynekologicko-porodnické

Shrnutí:

Cíl: Cílem diplomové práce bylo zjistit a popsat prožívání žen po samovolném potratu, identifikovat potřeby žen po samovolném potratu a způsoby zvládnání zátěže a formulace doporučení týkající se zkvalitnění péče o tyto ženy pro porodní asistentky v ústavní i komunitní péči.

Metodika: Výzkumný soubor tvořilo 9 žen, které samovolně potratily v prvním trimestru gravidity. Po splnění nastavených kritérií (ženy starší 18 let, které prodělaly spontánní potrat v posledních 3 letech) následně proběhly polostrukturované rozhovory, které byly autenticky přepsány a analyzovány. Analýza směřovala k vytvoření jednotlivých kategorií a subkategorií.

Výsledky: Analýzou rozhovorů bylo zjištěno, že období po spontánním potratu je obdobím zvýšené emocionální zátěže a že ženy používají různé způsoby jejího zvládnání. Dále bylo zjištěno, že v oblasti potřeb dominuje potřeba získávání informací a potřeba sdílení pocitů. V oblasti podpory ženy spoléhaly pouze na laickou podporu, podpora z řad erudovaných odborníků byla nedostatečná.

Závěr: Samovolný potrat je událost, která může způsobit duševní utrpení s potenciálně dlouhodobými důsledky. Psychologickým aspektům spontánního potratu věnuje odborná veřejnost jen malou pozornost a ženy po prodělaném samovolném potratu stojí na okraji zájmu nejen zdravotníků, ale celé společnosti. Špatná informovanost žen může vést ke zvýšenému výskytu úzkosti a negativních pocitů, které ovlivňují další spolupráci se zdravotníky. Pochopení pocitů a potřeb žen může být prvním krokem v procesu zlepšování a efektivitě poskytování ošetrovatelské péče. Pro tuto skupinu žen mohou být vhodnou a důležitou podporou dostatečně vzdělané porodní asistentky v komunitní péči a proto je vhodné podporovat vzdělávací programy v této oblasti.

Klíčová slova: samovolný potrat, prožívání, pocit, podpora, porodní asistentka.

Summary:

Aim: The aim of this diploma thesis was to verify and describe experiences of women after miscarriage. Further, identify its needs and ways for solving of loading. Finally, we tried to formulate recommendations related to improving quality of care about these women after miscarriage given for midwife in institutional and community care.

Results: The analysis of interviews found that time period after miscarriage represents the period of increase emotional loading and that women used different kinds for solving of this loading. In addition, it was revealed that in the area of needs dominate the need for getting information and the need for sharing feelings. In the area of support, women relied only on layman support. The support from the side of specialists was found as insufficient.

Keywords: miscarriage, experience, feeling, support, midwife.

Úvod

Pro každou ženu je těhotenství velmi významným životním obdobím. Těhotenství je velmi dynamický děj, který na organismus ženy klade určitou míru fyzické i psychické zátěže. Většina těhotenství probíhá fyziologicky, někdy se ovšem vyskytnou faktory, které mohou zdárný průběh těhotenství zkomplikovat (Dostálová, Gerychová 2008, s.418). Za nejčastější těhotenskou komplikaci se považuje samovolný potrat, který se vyskytne přibližně u 15-20% všech klinicky potvrzených gravidit (Borrell a Stergiotou, 2013, s.492). Zatímco medicínské aspekty prenatálních vyšetření v odborných publikacích nalezneme relativně často,

psychickým aspektům není věnována dostatečná pozornost (Skutilová, 2012, s.169). Pokud setýká těhotenských ztrát, najdeme v literatuře reakce perinatální úmrtí- podle Čepického a Líbalové (2007, s. 101) si tuto pozornost vynutila praxe.

Ale i potrat v prvním trimestru těhotenství je nutné považovat za velmi emociální událost v životě ženy, která může způsobit duševní utrpení s potenciálně dlouhodobými důsledky (Borrell a Stergiotou 2013, s.493). Ženám je mnohdy jedno, jestli se jedná o raný potrat v prvním trimestru těhotenství a nebo pozdní ve druhém. V jejich srdcích i myslích bude nenarozené dítě vždy dítětem, i když odešlo v prvním trimestru těhotenství a proto mohou brát potrat jako ztrátu dítěte, která patří mezi nejnáročnější životní situace a která může vyvolat ochromení, stres, krizi. Krize může zasáhnout oblast emocionální, tělesnou, sociální či spirituální.

Do podvědomí lékařů a porodních asistentek se pomalu dostává podpora truchlení, ovšem zase pouze žen s perinatální ztrátou a ženy po spontánním potratu v prvním trimestru stojí na okraji zájmu. Autorka se ve své praxi stále setkává s takovými ženami a dle jejího soudu si i tyto ženy zaslouží pozornost ze strany zdravotníků a případně psychologů. Ve správném zpracování traumatu spojeném s potratem může pomoci zkušený psycholog.

Autorka této práce se v poslední době zúčastnila několika vzdělávacích akcí, které se věnovaly psychologickému zpracování těhotenské ztráty v průběhu celého těhotenství a rozhodla se provést vlastní výzkum. Diplomová práce je zaměřena právě na ženy, které spontánně potratily v prvním trimestru těhotenství., na popis jejich prožitků a pocitů a na identifikaci jejich potřeb. Správné pochopení těchto potřeb může pomoci nejen lékařům, ale i porodním asistentkám ve zkvalitnění ošetrovatelské péče nejen v ústavní, ale i komunitní péči.

Cíle

Cílem výzkumu bylo zjistit a popsat prožívání žen po samovolném potratu. Dalším cílem bylo identifikovat potřeby žen po samovolném potratu a způsoby zvládání zátěže. Posledním cílem bylo zformulovat náměty a doporučení týkající se zkvalitnění péče o tyto ženy pro porodní asistentky (v ústavní i komunitní péči).

Kritéria

Kritéria výběru zařazení do souboru byla: ženy starší 18 let, které prodělaly samovolný potrat v posledních 3 letech a souhlasí s rozhovorem. Výzkumný soubor tvořilo 9 žen, které prodělaly samovolný potrat v posledních 2 letech. Věkové rozmezí se pohybovalo od 25 do 36 let. Všechny ženy prodělaly samovolný potrat v prvním trimestru, u všech se jednalo o první samovolný potrat. Všechny otěhotněly spontánně, žádná nepodstoupila IVF+ET. Jedna žena původně chtěla podstoupit UPT. Jedna participantka měla v době rozhovoru už další dítě a jedna byla těsně před porodem dalšího dítěte.

Vlastní výzkum

Bylo vytvořeno několik kategorií a subkategorií, z pohledu zdravotníků jsou důležité kategorie Podpora se subkategorií Podpora zdravotníků a kategorie Potřeby. V subkategorii Podpora zdravotníků je zářející lhostejnost, zlehčování situace, případně nezám, na druhou stranu bylo pozitivně hodnoceno i vysvětlení situace. V kategorii potřeby byly vytvořeny subkategorie Potřeba informací, kdy participantky pociťovaly deficit informací ve kterékoli fázi, na druhou stranu si některé uvědomovaly, že pokud tyto informace získaly, vytěšnilly je a nebo je nezpracovaly. V subkategorii Potřeba podpory zdravotníků je zářející nejen nezám a lhostejnost, ale třeba i problematika pracovní neschopnosti a odkazů na odbornou pomoc.

Závěr

Ze získaných rozhovorů je patrné, že ženy nejvíce postrádaly informace a podporu zdravotnického personálu. Proto by se odborníci v praxi měli zaměřit na poskytování informací a zároveň rozšiřování podpory ze strany zdravotnického personálu.

To platí nejen pro lékaře, ale i pro porodní asistentky.

Ženy mají nárok na řádné informace o problémech a případných řešeních problémů, se kterými se setkávají. Nestačí ovšem pouze předložit ženám zdroje informací, dodat odkazy, ze kterých mohou čerpat, ale musí být také vyslechnuty a edukovány a to především porodní asistentkou. Aby se porodní asistentky mohly této oblasti a správné edukaci věnovat, je nutné, aby měly dostatečně široké a hluboké teoretické znalosti, správné, zažité praktické dovednosti a pedagogický talent (Vránová, 2007, s. 246).

Ženám by měly být poskytnuty relevantní informace. Zůstává otázkou, jak podrobné informace ženě sdělit, pokud je ortel samovolného potratu jasný a žena jen čeká na revizi dutiny děložní. Zde by měly být informace jasné, jednoznačné, ale stručné. Nejen ústní, ale i písemné. Podle čl. 5 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně je stanoveno obecné pravidlo, že jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotyčná osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas a proto jsou v mnoha zařízeních tyto informace součástí Informovaného souhlasu. Informovaný souhlas ale pacientky podepsané vrátí lékaři a ten založí do dokumentace, tedy informace žena pouze přečte- bez možnosti se k nim vrátit. Bylo by jistě možné tento informovaný souhlas vytisknout ženám dvojmo s tím, že by jeden výtisk byl založen do dokumentace a druhý by si nechala pacientka. Porodní asistentka by měla ženě zajistit dostatek soukromí a podporovat ženy ve vyjadřování pocitů a otevřené komunikaci. Nebránit jí v pláči, ale sledovat její psychický a emocionální stav.

Při odchodu ze zdravotnického zařízení by měly být ženy informovány o tom, kde hledat pomoc v případě komplikací. Nejen fyzických, ale i psychických. Porodní asistentky by si měly umět najít čas se s těmito ženami ještě před propuštěním ze zdravotnického zařízení sejit a správně je edukovat, případně jim doporučit kontakty komunitní porodní asistentku a na psychologickou službu. Návrh na leták je zobrazen v příloze. Ovšem zůstává otázkou, zda-li je vhodné ženy po revizi dutiny děložní propouštět za 4 hodiny po zákroku a nebyla-li by v tomto ohledu vhodná úprava legislativy (doporučených postupů).

Bylo by nanejvýš vhodné se s určitým odstupem času s těmito ženami setkat a vysvětlit jim, že truchlení po spontánním potratu je zcela fyziologické, seznámit je s normálním průběhem truchlení a upozornit je na to, že truchlení je zcela individuální a může trvat různou dobu. Ne vždy ovšem může tuto dobu okolí akceptovat. Podle Rastislavové (2008, s. 38) je vhodné takové setkání přibližně za týden. Je velmi důležité ochránit ženu před sebeobviňováním. Dle soudu autorky by tomuto setkání mohli být přítomni i partneři, pokud by měli zájem a pokud by i žena měla zájem na přítomnosti partnera. Zde se otevírá velký prostor pro porodní asistentky, zejména v komunitní péči. Zůstává otázkou, zda-li je vhodnější individuální forma či forma skupinová. Dle soudu autorky by bylo vhodnější z pohledu porodní asistentky individuální setkání, nejdříve pouze se ženou, v případě zájmu další setkání s oběma partnery. Skupinové setkávání dle soudu autorky patří spíše do svépomocných skupin nebo řízeně do psychologické péče. Pro porodní asistentky by byly vhodné kurzy, jak pracovat s ženou po potratu či po porodu mrtvého plodu. V práci porodní asistentky by rozhodně neměla chybět supervize. Přestože se více pozornosti věnuje rodičům po porodu mrtvého dítěte, neměla by ani žena po spontánním potratu, případně oba partneři stát stranou našeho zájmu.

Bibliografie a odkazy:

BORREL, A., STERGIOTOU, I. Miscarriage in contemporary maternal–fetal medicine: targeting clinical dilemmas , *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 2013, roč. 42 č. 5, s. 491-497. ISSN 0960-7692.

ČEPICKÝ, P., LÍBALOVÁ, Z. Psychologické aspekty spontánního potratu. In *Gynekológia pre prax*, 2007, č.2, s. 101–102. ISSN 1336-3425.

DOSTÁLOVÁ, Z., GERYCHOVÁ, R. Rizika těhotenství a porodu. In *Interní Med.* 2008, roč. 10, č. 9, s. 418-421. ISSN 1212-7299.

RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*, Praha: Reklamní atelier Area, 2008, 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.

SKUTILOVÁ, V. Psychosociální aspekty prenatalních vyšetření. In *Gynekolog.* 2012, roč. 21, č. 4, s. 169-173. ISSN 1210-1133.

VRÁNOVÁ, V. *Historie babictví a současnost porodní asistence*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. 203 s. ISBN 978-80-244-1764-6.

WEISOVÁ, J. *Subjektivní prožívání žen po spontánním potratu*. Ostrava, 2015. Diplomová práce (Mgr.) Ostravská univerzita v Ostravě. Lékařská fakulta.

Kontakt:

Mgr. Jiřina WEISOVÁ

SN Opava-oddělení gynekologicko-porodnické

Olomoucká 86, Opava

E-mail: jirina.weisova@atlas.cz

PERCEPCE PSYCHOLOGICKÝCH ČINITELŮ U PACIENTŮ V CHIRURGICKÉM OŠETŘOVATELSTVÍ

PERCEPTION OF PSYCHOLOGICAL VARIABLES IN SURGICAL NURSING PATIENTS

Eva Zacharová¹

¹ Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava

Shrnutí:

Psychologická problematika pacientů na úseku chirurgické léčby je velmi složitá. Vyžaduje týmovou spolupráci s úsekem poskytujícím předoperační, intraoperační i pooperační péči. Pacient v tomto období prochází velmi náročnou etapou života a od zdravotníků předpokládá odborný, profesionální a psychologický přístup. Závažnost situace bývá zvýrazněna bolestí, strachem a úzkostí, obavami a nejistotou z budoucna, které ovlivňují osobnost pacienta. Příspěvek se věnuje psychologickým problémům v chirurgickém ošetřovatelství, které mohou v průběhu léčby ovlivňovat chování a jednání nemocného člověka.

Klíčová slova: období předoperační, intraoperační, pooperační, pacient, bolest, strach, úzkost, osobnost.

Summary:

Psychological problems of patients in the area of surgical treatment are very complicated. Team cooperation in pre-operative, intra-operative and post-operative care is required. During this period the patient experiences very demanding phase in his life and expects skilled, professional and psychological approach from the health workers. The severity of the situation can be emphasized by pain, fear and anxiety, fright and uncertainty from the future which affect patient's personality. The paper is devoted to psychological problems in surgical nursing that can influence patient's behaviour and acting in the course of the treatment.

Keywords: pre-operative period, intra-operative period, post-operative period, patient, pain, fear, anxiety, personality.

Úvod

Pohyb člověka v nemocnici je z psychologického hlediska mimořádně emočně a vztahově náročný. A to z důvodu závažnosti zdravotního stavu, ale i možnosti kvalitnější diagnostiky a terapie. Chirurgický způsob léčby a nezbytná hospitalizace představují pro pacienta výraznou změnu životních podmínek, které v mnohých případech vznikají náhle a nečekaně. Zasahují člověka v oblasti tělesné, psychické i sociální, většinou bez přípravy a vyřadí jej ze sociálních rolí, které doposud vykonával. V jednotlivých obdobích předoperační, intraoperační a pooperační péče se u pacientů mohou vyskytovat různé tělesné, psychické a sociální problémy, které mohou léčebný proces ovlivnit. Psychologická problematika chirurgicky léčených pacientů je velmi složitá a současně rozmanitá. Závisí na specifice jednotlivých druhů onemocnění, rozsahu chirurgického zákroku, délce pobytu nemocného ve zdravotnickém zařízení, věku pacienta a v neposlední řadě i na tom, zda bude změněn vzhled nemocného a následná omezení se dotknou i dosavadního životního stylu (Tress at al., 2007, s. 118). Psychická vyrovnanost a pohoda pacienta pozitivně ovlivňují přípravu, průběh a úspěšnost léčby. Na druhé straně strach, úzkost, nejistota, smutek, deprese, mohou zkomplikovat léčebně – ošetřovatelský proces a oddálit plánované operační řešení. Důležitou úlohu zde sehrává i vzájemný vztah mezi pacientem, lékařem a ostatním zdravotnickým personálem, který má nemalý vliv na přípravu a průběh diagnosticko-terapeutického procesu.

Psychologické problémy chirurgického ošetřovatelství v jednotlivých etapách péče Předoperační období

Příprava pacienta na operaci závisí na typu a podmínkách operace. Cílem přípravy je nemocného uklidnit. Zároveň poučit, jaké chování je z jeho strany žádoucí a informovat o chirurgickém zákroku včetně možné navazující péče (Vymětal, 2003, s. 201). Psychologická příprava pacienta musí navazovat na předchozí odbornou péči.

K častým psychickým problémům, které ovlivňují předoperační období, patří:

- Strach a úzkost – z psychologického hlediska největší problém. Chirurgický zákrok a představa operace naplňují nemocného strachem z výkonu, ale i obavou o život. Nepříznivě působí na psychiku „nadbytek“ strachu, ačkoliv i opačný případ, kdy nemocný si situaci nepřipouští a nebere ji vážně, se může projevit ve špatné spolupráci a následně vede ke zkratkovitému jednání. Operace, jako zásah do jednoty lidského organismu bývá spojována s výskytem komplikací, které ohrožují život a pro pacienta jsou traumatizující záležitostí. Myšlenky, že operace nebude úspěšná nebo očekávaná změna anatomické struktury a funkce těla vyvolává anticipační strach. Emočně vypjaté jsou i akutní stavy a úrazy, které vyžadují rychlý odborný zásah. Zdravotníci zde musí volit individuální a vysoce profesionální přístup, který vede k uklidnění pacienta a následně spolupráci při zvládnání nelehké situace. Významnou roli sehrává i pravidelné monitorování strachu se všemi jeho somatickými a psychickými projevy.
- Nedostatek informací – může u nemocných vyvolávat negativní psychické reakce spojené také s pocitem strachu a úzkosti. Tento problém se vyskytuje častěji u pacientů při akutních chirurgických stavech, které vyžadují neodkladné operační řešení. Pozornost zdravotníků zde musí být zaměřena na krátkodobou tělesnou a medikamentózní předoperační přípravu. U plánovaných operačních zákroků je nutné pacienta včas a podrobně informovat o průběhu zákroku a případných komplikacích léčby. Informovaný souhlas pacienta s terapeutickým zákrokem dnes patří k základním dokumentům v ošetrovatelské péči.
- Bolest – patří v chirurgii k důležitým oblastem vnímání. V případě akutních onemocnění má bolest signální funkci. Bolest je jevem, který leží na pomezí fyziologie a psychologie (Křivohlavý, 2002, s. 82). Je to multidimenzionální fenomén. Tvoří komplexní smyslový a emoční zážitek, jehož kvalita a intenzita jsou dány jedinečnou a předchozí zkušeností individua s bolestí, významem, jenž situaci bolest přikládá a způsobem, jakým se člověk naučil s bolestí vyrovnávat.
- Obavy a nejistota – se vyskytují častěji v případech úrazů a náhlých akutních stavů. Pacienti velmi těžce prožívají obavy, které souvisí s prognózou a představami, které si vyžadají změny životního stylu.
- Méněcennost – bývá častým jevem u pacientů s tělesnou změnou či poruchou funkce, která úzce souvisí s léčebným procesem. V těchto případech bývá narušeno vnímání vlastního těla a sebekoncepce pacienta. Méněcennost způsobuje snížené sebehodnocení a může být příčinou uzavírání se pacienta před okolím. V některých případech vede pacienty až k suicidálním tendencím.
- Narušení osobnosti – je spojováno s konkrétním vnímáním vlastního těla a změnami, které chirurgickým zákrokem mohou nastat. Pacient prožívá intenzivně informace týkající se somatických změn a funkčnosti orgánů.

Intraoperační období

Vlastní operační zákrok je náročnou životní situací provázenou napětím spojeným s čekáním na zahájení, průběh a výsledek operace. Každý člověk toto období prožívá odlišně. Psychologická příprava pacienta na operaci je podmíněna také typem anestezie, ve které se

operační výkon provádí a musí navazovat na předchozí odbornou péči. Při výkonech prováděných ve svodné nebo místní anestezii pacient vnímá dění na operačním sále. I zde vznikají situace, na které musí být zdravotnický personál připravený (Perrez, Baumann, 2001, s. 106). Celková anestezie vyvolává u pacienta neklid a signalizuje reálné nebezpečí závažnosti zákroku.

K častým psychickým problémům patří:

- Strach a úzkost – jsou spojené s možností málo účinné anestezie, intenzity bolesti při zákroku a bezprostředně po něm, včetně výskytu komplikací. V případě špatné předoperační psychologické přípravy pacienta mohou vznikat obavy z probouzení z narkózy (nebo neprobuzení), případně reakcí s tímto stavem spojených.
- Osobní identita – bývá také velmi často narušena. Pacient si sice uvědomuje nutnost a význam zákroku, ale na všechny zásahy do své intimní sféry reaguje značně citlivě.
- Závislost na okolí – může být pacienty vnímána a prožívána negativně, často vede ke stavům bezmocnosti. Pacient si uvědomuje, že je v plné míře závislý na činnosti personálu a snaží se plnit pokyny, které jsou spojené s přípravným obdobím, těsně před chirurgickým zákrokem. Jedná se například o přesuny a převlékání v předsáli operačního sálu.

Pooperační období

Po operaci spočívá psychologická péče v opětovném navázání kontaktu s pacientem a schopnosti vzájemné komunikace. Nejdříve je nutné pomoci pacientovi, aby se zorientoval v místě, čase a někdy i osobě a následně měl možnost aktivního zapojení do léčebného procesu. Kromě časté dezorientace se setkáváme hlavně v bezprostředním pooperačním období s akutní zmateností, euforickým chováním a prožíváním zvýšeného strachu s projevy strnulosti nebo nadměrné vnímavosti.

K častým psychickým problémům následného pooperačního období patří:

- Strach a úzkost – je častým příznakem pooperačního období. Bývá výsledkem nedostatečné nebo nerealizované předoperační přípravy. Pozornost pacienta se soustřeďuje na úspěšnost chirurgického výkonu, operační ránu a na funkci orgánu. Pacienti negativně prožívají stavy nevolnosti a poruchy vylučování či poruchy fyziologických funkcí spojené s výkonem. Negativní emoce a úzkost ovlivňují prožívání nemocného při očekávání výsledků histologického vyšetření.
- Bolest – provází každý chirurgický zákrok. Prožívání bolesti je spojeno s rozsahem předoperační přípravy pacienta a jeho edukací. Postupné doznívání anestezie zvyšuje vnímání bolesti a ovlivňuje prožívání pacienta. Zde je potřebné, aby byly využity farmakologické prostředky a individuální přístup zdravotníků v konkrétní ošetrovatelské péči. U akutních chirurgických řešení, kde s pacientem nebyl navázán bližší kontakt před zákrokem, je vhodné postupovat profesionálně, jak v oblasti terapeutické, tak ošetrovatelsko-psychologické péče a volit vhodné postupy ošetrovatelské péče ke zvládnutí náročné situace.
- Závislost na okolí – je úzce spojená s možností uspokojování nebo neuspokojování potřeb pacienta především v prvních dnech po operaci. Závislost bývá citlivě vnímána především v oblasti uspokojování biologických potřeb v návaznosti na osobnosti a věk nemocného. V chování nemocných se může objevovat odmítavý postoj ke spolupráci a pomoci, spojen s potlačováním bolesti a bagatelizujícím či disimulačním postojem k dané situaci.
- Narušení osobnosti – můžeme vnímat v prvních dnech po operaci či chirurgickém zákroku, kdy pooperační režim ovlivňuje uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb nemocného člověka. Tato skutečnost může mít následně i dlouhodobý vliv na plnění různých rolí a omezení životních možností

- Deprese – jsou doprovodným jevem při zprávách o nutnosti výsledku chirurgického zákroku, který je spojen s anatomickou změnou těla, nebo výsledkem histologického vyšetření. Změny, které pacient není schopen akceptovat, vedou až ke ztrátě sebeúcty.

Pooperační průběh komplikuje i špatný vztah mezi personálem a pacientem, neschopnost snížit strach a úzkost, špatná přizpůsobivost nemocného, jeho emoční nezralost, nevyrovnaná a slabá osobnost a nepříznivé rodinné problémy. Všechny z uvedených psychických problémů se nemocného osobně dotýkají a jsou citlivě vnímány. Proto postoj zdravotníka musí vycházet nejen z profesionální odbornosti, ale i vhodného psychologického působení a přístupu k nemocnému. Psychické problémy pacientů v jednotlivých fázích chirurgické léčby mohou vycházet z nedůvěry ke zdravotníkům, nespokojenosti s informacemi, z nedostatku komunikace, změny životního stylu, ale i ze špatné vzájemné spolupráce (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011, s. 172). Když pacient necítí pomoc a podporu ze strany zdravotnických pracovníků a svého okolí je nucen se s problémy vyrovnávat sám. Proto je velmi důležité, aby zdravotnický personál, na který se nemocný s důvěrou obrací, zaujímal správný profesionální postoj podpořený psychoterapeutickým přístupem a komunikací.

V současné klinické praxi se klade důraz na kombinaci odborných vědomostí zdravotníka se správně uplatňovaným psychologickým přístupem k pacientovi. Jedná se zejména o potřebu informovanosti pacientů, prospěšnost a škodlivost podávaných informací, vhodné informování pacientů o jejich zdravotním stavu, srozumitelné poskytování pokynů a poučení o léčbě, účelné získávání informací od pacienta, schopnost empatie a pochopení náročné životní situace, správně realizovanou sociální komunikaci, která klade důraz na složku verbální, neverbální i paralingvistickou, úzkou spolupráci s rodinou a blízkými nemocného, získávání důvěry mezi zdravotníky a pacienty jako základ vzájemné spolupráce (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011, s. 172).

Závěr

Prudký rozvoj chirurgické techniky a zavádění nových vyšetřovacích a léčebných metod v posledních letech vede často k neosobní atmosféře a podceňování osobního kontaktu s nemocným. Je proto nezbytné, aby všichni zdravotničtí pracovníci již v rámci přípravy na své povolání byli vedeni k psychologickému přístupu k nemocnému člověku a k pomoci s řešením jejich problémů, které jsou s nemocí spojené. Vhodný profesionální přístup, správná komunikace, empatie, edukace a v neposlední řadě i spolupráce s blízkými osobami pacienta může pomoci zkvalitnit ošetrovatelský proces v daném oboru. Psychologický přístup k nemocným by se měl v práci zdravotníků stát základem celého diagnosticko – terapeutického procesu a komplexní ošetrovatelské péči.

Doporučení pro praxi v oblasti psychologického přístupu v péči o chirurgické pacienty:

1. Zvýšenou pozornost věnovat poznání premorbidní osobnosti nemocného, včetně předoperačního posouzení stavu s důrazem na změny v jeho prožívání a chování.
2. Pravidelně monitorovat výskyt a přítomnost uvedených psychických problémů. Ty nebagatelizovat a respektovat individualitu nemocného. Vhodnými prostředky eliminovat pocity strachu a úzkosti spojené s léčbou.
3. Správnou komunikací zajistit nemocnému dostatek informací o všech etapách chirurgické léčby a následné péče.
4. Ke snížení psychických problémů využívat aktivizaci nemocných ve spolupráci s lékařem, sestrou, ale i psychologem a v neposlední řadě i blízkou osobou.

Bibliografie a odkazy:

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha : Grada, 2002, 198 s. ISBN 80-247-0179-0.

TRESS, W. a kol. *Základní psychosomatická péče*. Praha : Portál, 2007. 394 s. ISBN 978-80-7367-309-3.

VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. Praha : Portál, 2003. 397 s. ISBN 80-7178-740-x.

PERREZ, Meinrad, BAUMANN, Urs. *Klinische Psychologie*. Bern, Stuttgart, Toronto: Hans Huber Verlag, 2001.

ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2011. 229 s. ISBN 978-80-247-4062-1.

Kontakt:

doc. PaedDr. et Mgr. Eva Zacharová, Ph.D.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety

Palackého 1, 810 00 Bratislava

Ústav Dr. P. Blahu, Skalica

E-mail: eva.zacharova@seznam.cz

SPIRITUÁLNE POTREBY PACIENTOV S ONKOLOGICKÝM OCHORENÍM SPIRITUAL NEEDS IN PATIENTS WITH ONCOLOGICAL DISEASE

Renáta Zeleníková¹, Jana Střoková²

^{1,2} Ústav ošetrovatelství a porodní asistence, Lékařská fakulta, Ostravská univerzita

Súhrn:

Úvod: Hlavným cieľom bolo zistiť spirituálne potreby pacientov s onkologickým ochorením. Výskum má charakter prierezovej štúdie. Na zber údajov bol použitý štandardizovaný dotazník Spiritual Needs Survey, ktorý obsahuje 29 položiek. Výskumný súbor tvorilo 102 dospelých pacientov s onkologickým ochorením, ktorí boli hospitalizovaní na onkologickom a hematooonkologickom oddelení dvoch slovenských zdravotníckych zariadení. *Výsledky:* Všetkých 100 % pacientov uviedlo, že majú potrebu byť vďační. Pre 48 % pacientov bola potreba vďačnosti dôležitá a pre 19 % mimoriadne dôležitá. Len 55 % pacientov mali potrebu rozprávať sa o smrti. *Záver:* Pacienti v skúmanom súbore mali v najväčšom zastúpení potrebu vďačnosti, lásky, zmyslu pre humor, vnútornej vyrovnanosti a potrebu pozitívneho postoja.

Kľúčové slová: spiritualita, spirituálne potreby, onkologické ochorenie.

Summary:

Introduction: The main aim was to find out the spiritual needs of oncology patients. This is a cross-sectional study. The standardized questionnaire The Spiritual Needs Survey containing 29 items was used for data collection. The sample consisted of 102 adult patients who suffered from cancer and were hospitalized at oncology department and hemato-oncology department of two Slovak health-care facilities. *Results:* All 100 % patients indicated the need to be thankful. For 48 % patients is this need important and for 19 % patients is very important. Only 55 % of patients had need to talk with someone about death and dying. *Conclusion:* Patients of our sample had the most the need to be thankful, a need to give or receive love, a need to experience a sense of humor, a need to feel a sense of peace and contentment, and a need to keep positive outlook.

Keywords: spirituality, spiritual needs, oncological disease.

Úvod

Záujem o spirituálne potreby pacientov sa v posledných rokoch zvyšuje spolu s narastajúcim poznaním významu spirituality v živote človeka. Nenaplnené duchovné potreby často súvisia so zníženou kvalitou starostlivosti, nespokojnosťou pacientov a zníženou kvalitou života (Sharma et al., 2012). Definícií spirituality existuje niekoľko a tiež v ošetrovateľskej literatúre existuje mnoho definícií spirituality (Golberga, 1998, s. 837). Farský, Žiaková, Ondrejka (2010, s. 34) uvádzajú definíciu spirituality pre ošetrovateľstvo: „Spiritualita predstavuje univerzálnu dimenziu ľudského bytia, a reflektuje zažívanie a vyjadrenie ľudského ducha v jedinečnom a dynamickom procese. Spiritualita integruje, rozvíja a posilňuje osobu, rodinu, komunitu a umožňuje dodávať silu pre nájdenie zmyslu a účelu života, nádeje, odpustenia aj v čase krízy, choroby či blížiacej sa smrti. Kultúra, religiozita, historický kontext nie sú podmienkami religiozity, ale môžu ovplyvňovať to, ako sa spiritualita osoby, rodiny, komunity prejavuje navonok v bežnom živote“. Nie je vždy úplne jasné, čo si pod pojmom spirituálne potreby predstavujú samotní pacienti.

Posudzovanie spirituálnych potrieb nemá v českom a slovenskom ošetrovateľstve dlhodobú tradíciu. Jedným zo spôsobov hodnotenia duchovných potrieb je použitie štandardizovaných dotazníkov. Na posudzovanie spirituálnych potrieb bolo vytvorených niekoľko dotazníkov, napr. FACIT-Sp-12 (Bredle et al., 2011, s. 77-80), Pražský dotazník spirituality PSQ 36 (Meezenbroek et al., 2012, s. 344-345), The Spiritual Needs Assessment for Patients – SNAP

(Sharma et al., 2012), Spiritual Needs Survey (Galek et al., 2005, s. 65-68; Richardson, 2012, s. 152). Systematický prehľad autorov Monod et al. (2011) identifikoval až 35 nástrojov na hodnotenie spirituality v klinickej praxi.

Spiritual Needs Survey je 29 položkový dotazník zameriavajúci sa na spiritualitu. Bol vytvorený analýzou literatúry so zámerom vytvoriť komplexný kvantitatívny nástroj, ktorý by zahŕňal ako náboženskú tak i nenáboženskú spiritualitu pacientov a zabezpečil rýchle posúdenie spirituálnych potrieb (Galek et al., 2005). Dotazník zároveň ponúka hlbšie pochopenie pacientových spirituálnych potrieb. Je zložený zo siedmich subškál.

- Prvá subškála „*láska – príslušnosť – rešpekt*“ sa zameriava na otázky zaoberajúce sa potrebou byť akceptovaný, byť v kontakte so svetom, byť v spoločnosti a potrebou prijímania a dávania lásky.
- Druhá subškála „*posvätno*“ sa zameriava na tradičné náboženské rituály, ako je potreba modlitby, prijímanie sviatostí a podobne.
- Tretia subškála „*pozitívna – vďačnosť – nádej – pokoj*“ spája potrebu nádeje s túžbou žiť. Obsahuje položky ako potreba vďačnosti, humoru, smiechu a pozitívneho pohľadu v chorobe.
- Štvrtá subškála „*význam a zmysel*“ sa zameriava na potrebu nájsť zmysel v utrpení, nájsť zmysel života a na potrebu zistiť, prečo sa dané ochorenie vyskytlo.
- Piata subškála „*morálka a etika*“ je najkratšia zo subškál, obsahuje iba jednu položku zameriavajúcu a na potrebu viesť morálny a etický život.
- V šiestej subškále „*krása*“ hodnotíme potrebu zažívania krásy, prírody a hudby v živote pacienta.
- A nakoniec siedma subškála „*smrť a umieranie*“ sa zaoberá smrťou, odpustením a hodnotením života (Galek et al., 2005, s. 65-68; Richardson, 2012, s. 152).

Cieľ práce

Hlavným cieľom bolo zistiť spirituálne potreby pacientov s onkologickým ochorením.

Metodika

Výskum má charakter prierezovej štúdie. Na zber údajov bol použitý štandardizovaný dotazník *Spiritual Needs Survey* (Galek et al., 2005) doplnený o demografické údaje. Dotazník obsahuje 29 položiek zaradených do 7 subškál. Odpovede sú tvorené dichotomickým výberom: áno – nie. Na vyjadrenie dôležitosti danej potreby je následne použitá 4bodová Likertova škála: 1 – trochu, 2 – mierne, 3 – veľmi, 4 - mimoriadne. Maximálne možné skóre vyjadrenie dôležitosti potrieb celého dotazníka je 116 bodov, najnižšie skóre je 4 body.

Dotazník je dostupný v originálnej anglickej verzii, preto bol pre účely tohoto výskumu metódou forward-backward translation preložený do slovenského jazyka. Výskum prebiehal v období júl 2014 – február 2015 na onkologickom oddelení a hematoonkologickom oddelení dvoch vybraných slovenských nemocníc, ktoré súhlasili s realizáciou výskumu. Celkovo bolo oslovených 9 zdravotníckych zariadení (5 hospicov a 4 nemocnice), pričom výskum bol povolený len v dvoch zariadeniach. Pred začatím výskumu bol získaný súhlas etických komisií v každom zdravotníckom zariadení. Výsledky boli spracované v štatistickom programe NCSS 2007. Pre demografické údaje a položky dotazníka boli vypočítané základné štatistické údaje – relatívna a absolútna početnosť, smerodatná odchýlka, priemer. Na zistenie rozdielov v hodnotení subškál podľa pohlavia pacientov a podľa ich vyznania bol použitý neparametrický Wilcoxonov test. Štatistické testy boli testované na hladine významnosti $\alpha = 0,05$.

Súbor

Výskumný súbor tvorilo 102 pacientov vo veku nad 18 rokov, ktorým bolo diagnostikované onkologické ochorenie. V súbore bolo zastúpených 41 mužov a 61 žien. Priemerný vek celého súboru bol 53 rokov, pričom najmladší pacient v súbore mal 21 rokov a najstarší 86 rokov. Najčastejšie boli u pacientov diagnostikované leukémie a lymfómy, ktorými trpelo 41 pacientov. Druhou najčastejšou diagnózou boli nádory ženských pohlavných orgánov, ktorými trpelo 28 žien, čo tvorí takmer 46 % z celkového počtu žien v súbore. Vzhľadom na rodinný stav najpočetnejšou kategóriou boli respondenti žijúci v manželstve (n = 60), ďalej rozvedení (n = 16), ovdovelí (n = 14) a slobodní (n = 12). Za veriacich sa označilo 94 pacientov. Z celkového počtu pacientov sa ich najviac (n = 69) hlásilo ku katolíckemu náboženstvu, ďalej k evanjelickému (n = 18) a 8 respondentov bolo bez vyznania.

Výsledky

Respondenti dosiahli z maximálne možného skóre 116 bodov dôležitosti potrieb skóre 99 bodov a minimálne skóre bolo 6 bodov. Priemerná hodnota dôležitosti potrieb celkového skóre dotazníka bola 64 bodov. Najvyššie priemerné skóre sa vyskytovalo v 3. subškále pozitívny postoj – vďačnosť – nádej – pokoj, naopak, najnižšie skóre dosiahla 7. subškála smrť a umieranie.

1. subškála Láska – príslušnosť – rešpekt

V 1. subškále bola najvyššie hodnotenou položkou potreba lásky, kde až 98 % pacientov uviedlo, že má túto potrebu. Pre 47% pacientov je potreba lásky veľmi dôležitá a pre 28 % pacientov mimoriadne dôležitá. Druhou najčastejšie označenou potrebou v tomto súbore bola potreba rešpektu, a to u 93 % pacientov (tab. 1).

Tab. 1 Výsledky hodnotenia subškály 1

Subškála 1	Potreba		Dôležitosť potreby			
	áno	nie	trochu	mierne	veľmi	mimoriadne
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Byť akceptovaný ako osoba	88(86)	14(14)	5(5)	26(25)	37(36)	20(20)
Spojenie so svetom	89(87)	13(13)	2(2)	42(41)	37(36)	8(8)
Spoločenstvo s ľuďmi	89(87)	13(13)	9(9)	28(27)	38(37)	14(14)
Láska	98(96)	4(4)	0(0)	21(21)	48(47)	29(28)
Súcit a láskavosť	90(88)	12(12)	9(9)	38(37)	37(36)	6(6)
Rešpekt	93(91)	9(9)	11(11)	28(27)	34(33)	20(20)

2. subškála Posvätno

Druhá subškála posvätno nedosahuje také vysoké hodnoty ako predchádzajúca subškála. Najvyššie hodnotenie je pri položke potreba modlitby (79 %), najnižšie hodnotenie dosiahla položka potreba čítania náboženských textov (65 %). Potreba modlitby bola veľmi dôležitá pre 46 % pacientov, potreba účasti na bohoslužbe a potreba vykonávania obradov bola veľmi

dôležitá pre približne tretinu súboru (29 %), podobne ako potreba čítania náboženských textov (31 %) (tab. 2).

Tab. 2 Výsledky hodnotenia subškály 2

Subškála 2	Potreba		Dôležitosť potreby			
	<i>áno</i>	<i>nie</i>	<i>trochu</i>	<i>mierne</i>	<i>veľmi</i>	<i>mimoriadne</i>
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Účasť na bohoslužbe	71(70)	31(30)	7(7)	19(19)	30(29)	15(15)
Modlitba	81(79)	21(21)	8(8)	14(14)	47(46)	12(12)
Vykonávanie obradov	71(70)	31(30)	13(13)	18(18)	30(29)	10(10)
Čítanie náboženských textov	61(65)	36(35)	10(10)	16(16)	32(31)	8(8)
Vedenie vonkajšou silou	71(70)	31(30)	12(12)	32(31)	20(20)	7(7)

3. subškála Pozitivita – vd'ačnosť – nádej – pokoj

V 3. subškále môžeme vidieť celkovo vyššie hodnotenie v jednotlivých položkách. V položke vd'ačnosť ako v jedinej položke celého dotazníka dokonca všetci respondenti uviedli, že majú potrebu byť vd'ační. Pre 48 % pacientov bola potreba vd'ačnosti dôležitá a pre 19 % mimoriadne dôležitá. Za ďalšie najviac hodnotené potreby pacienti označili potrebu zmyslu pre humor (99 %) a potrebu vnútornej vyrovnanosti (97 %). Najvyššie hodnotenou položkou, čo sa týka dôležitosti potreby bola položka zmysel pre humor. Naopak položkou s najnižším hodnotením bola položka potreby ticha (tab. 3).

Tab. 3 Výsledky hodnotenia subškály 3

Subškála 3 Pozitivita – vd'ačnosť – nádej – pokoj	Potreba		Dôležitosť potreby			
	<i>áno</i>	<i>nie</i>	<i>trochu</i>	<i>mierne</i>	<i>veľmi</i>	<i>mimoriadne</i>
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Cítiť nádej	94(92)	8(8)	3(3)	28(27)	39(38)	24(24)
Vnútoraná vyrovnanosť	97(95)	5(5)	6(6)	26(25)	55(54)	10(10)
Pozitívny postoj	96(94)	6(6)	1(1)	14(14)	46(45)	35(34)
Ticho	85(83)	17(17)	9(9)	28(27)	38(37)	10(10)
Vd'ačnosť	102(100)	0(0)	1(1)	33(32)	49(48)	19(19)
Zmysel pre humor	99(97)	3(3)	0(0)	14(14)	51(50)	34(33)

4. subškála Význam a zmysel

V subškále Význam a zmysel je možné si všimnúť, že najvyššie percento pacientov (91 %) uviedlo, že má potrebu nájsť zmysel a cieľ života. Nájsť zmysel v utrpení má potrebu 70 % pacientov (tab. 4).

5. subškála Morálka a etika

Subškála Morálka a etika obsahuje iba jednu položku. Väčšina respondentov (95%) uviedla, že má potrebu žiť morálne a eticky, a až pre 60 respondentov to bolo dokonca veľmi, až mimoriadne dôležité (tab. 4).

6. subškála Krása

Výsledky vyhodnotenia subškály Krása ukazujú (tab. 4), že väčšina respondentov mala potrebu oceňovať krásu (87 %), hudbu (85 %) a obdivovať prírodu (87 %).

Tab. 4 Výsledky hodnotenia subškál 4, 5 a 6

Subškála 4	Potreba		Dôležitosť potreby			
	áno	nie	trochu	mierne	veľmi	mimoriadne
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Nájsť zmysel v utrpení	70(69)	32(31)	8(8)	35(34)	22(22)	5(5)
Nájsť zmysel a cieľ života	93(91)	9(9)	8(8)	30(29)	33(32)	22(22)
Pochopenie ochorenia	87(85)	15(15)	4(4)	24(24)	40(39)	19(19)
Subškála 5 Morálka a etika						
Žiť morálne a eticky	95(93)	7(7)	6(6)	29(28)	42(41)	18(18)
Subškála 6 Krása						
Oceňovať krásu	89(87)	13(13)	12(12)	33(32)	33(32)	11(11)
Oceňovať hudbu	87(85)	15(15)	14(14)	37(36)	24(24)	12(12)
Obdivovať prírodu	89(87)	13(13)	14(14)	32(31)	31(30)	12(12)

7. subškála Smrť a umieranie

Subškála Smrť a umieranie mala celkovo zo všetkých subškál najnižšie hodnoty absolútnej početnosti. V položke zameranej na potrebu rozprávať sa o smrti sme zaznamenali najnižšie percento odpovedí v celom dotazníku vôbec, tj. 55 % pacientov malo potrebu rozprávať sa o smrti.

Tab. 5 Výsledky hodnotenia subškály 7

Subškála 7	Potreba		Dôležitosť potreby			
	áno	nie	trochu	mierne	veľmi	mimoriadne
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Smrť a umieranie						

Vyriešiť nezodpovedané otázky	62(61)	40(39)	5(5)	32(31)	17(17)	8(8)
Obavy zo života po smrti	64(63)	38(37)	17(17)	20(20)	18(18)	9(9)
Rozprávať sa o smrti	56(55)	46(45)	21(21)	14(14)	17(17)	4(4)
Zhodnotiť svoj život	85(83)	17(17)	4(4)	22(22)	37(36)	22(22)
Odpustiť sebe a iným	92(90)	10(10)	9(9)	37(36)	29(28)	17(17)

Štatisticky významné rozdiely v hodnotení dôležitosti potrieb podľa pohlavia boli zistené v subškále posvätno, kde ženy považovali jednotlivé duchovné potreby za dôležitejšie. Veriaci považovali za dôležitejšie potreby v troch subškálach: 1. láska-príslušnosť-rešpekt, 2. posvätno, 3. morálka a etika (tab. 6).

Tab. 6 Rozdiely v subškálach podľa pohlavia a vyznania

Subškály	Medián		<i>p</i>	Medián		<i>p</i>
	muži (n=41)	ženy (n=61)		veriaci (n=94)	neveriaci (n=8)	
Láska – príslušnosť – rešpekt	15	15	0.7141	15	11	0.0327
Posvätno	6	12	0.0044	11	3,5	0.0241
Pozitivita – vďačnosť – nádej – pokoj	17	16	0.2898	17	14,5	0.0672
Význam a zmysel	6	7	0.0699	7	6	0.1555
Morálka a etika	3	3	0.6173	3	2	0.0085
Krása	7	6	0.1122	7	5	0.2360
Smrť a umieranie	8	9	0.2429	8	10	0.6395

Diskusia

Viac ako polovica všetkých pacientov nášho súboru označila, že má všetky uvedené spirituálne potreby. Mnohé z týchto potrieb malo dokonca viac ako 80 % skúmaných pacientov. Všetci pacienti vyjadrili potrebu vďačnosti, na druhej strane najmenšie percento pacientov vyjadrilo potrebu rozprávať sa o smrti. Hodnotenie spirituálnych potrieb v našom súbore mohlo ovplyvniť štádium ochorenia a tiež fáza vyrovnávania sa so závažným ochorením, v ktorej sa pacienti nachádzali. To sme však v našom súbore nezistovali. Autori Sharma et al. (2012) vo svojej štúdiu v súbore 47 onkologických pacientov zistili, že pacienti potrebujú najväčšiu pomoc pri hľadaní nádeje.

Spirituálna starostlivosť je oblasť, ktorá je pre väčšinu sestier zložitá (Smucker, 1998, s. 96). Použitie štandardizovaného dotazníka slúži ako dobrý nástroj na posúdenie duchovných

potrieb pacientov. Avšak ani ten najlepší dotazník nenahradí osobný rozhovor sestry a pacienta o danej problematike. Duchovná starostlivosť sa odohráva vo vzájomných ľudských interakciách. Duchovná starostlivosť nepredstavuje izolované intervencie, ktoré sa odlišujú od iných výkonov, ale je súčasťou všetkých ošetrovateľských intervencií a taktiež zahŕňa aj prístup k ďalším možným odborníkom v danej komunite, aby pre pacienta a jeho rodinu boli dostupné všetky možnosti pomoci (O'Connor et al., 2005, s. 74; Nemčeková, 2008, s. 176).

V klinickej praxi je potrebné zamerať sa na pravidelné hodnotenie potrieb pacienta, čo umožňuje kontinuálne sledovanie a pozornosť zo strany všetkých zdravotníckych pracovníkov (O'Connor et al., 2005, s. 70-74).

Záver

V našom súbore pacientov s onkologickým ochorením mali pacienti v najväčšom zastúpení potrebu vďačnosti, lásky, zmyslu pre humor, vnútornej vyrovnanosti a potrebu pozitívneho postoja. Len polovica pacientov v našom súbore mala potrebu rozprávať sa o smrti. Použitie dotazníka na zistenie spirituálnych potrieb pacientov s onkologickým ochorením môže pomôcť odhaliť, ktoré potreby v spirituálnej oblasti sú u pacientov nenaplnené a tiež môže napomôcť pri začatí rozhovoru sestry s pacientom o tejto problematike.

Bibliografia a odkazy:

- BREDLE, J. M., SALSAMAN, J. M., DEBB, S. M., ARNOLD, B. J., CELLA, D. Spiritual Well - Being as a Component of Health-Related Quality of Life: The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Spiritual Well – Being Scale (FACIT-Sp). In *Religions*, 2011, roč. 2, č. 1, s. 77-94. ISSN 2077-1444.
- FARSKÝ, I., ŽIAKOVÁ, K., ONDREJKA, I. Konceptualizácia spirituality. In: SIKOROVÁ, L., BUŽGOVÁ, R. *Ošetrovateľský výzkum a praxe založená na dôkazoch*. [CD-ROM] Ostrava: Ostravská univerzita, 2010. s. 30-36. ISBN 978-80-7368-694-9.
- GALEK, K., FLANELLY, K. J., VANE A., GALEK, R. M. Assessing a patient's spiritual needs. In *Holistic nursing practice*, 2005, roč. 19, č. 2, s. 62-69. ISSN 0887-9311.
- GOLBERG, B. Connection: an exploration of spirituality in nursing care. In *Journal of Advanced Nursing*, 1998, roč. 27, č. 4, s. 836-842. ISSN 1365-2648.
- MEEZENBROEK, J. E., GARSSSEN, B., VAN DEN BERG, M., VAN DIERENDONCK, D., VISSER, A., SCHAUFELI, W. B. Measuring spirituality as a universal human experience: A review of spirituality questionnaires. In *Journal of Religion and Health*, 2012, roč. 51, č. 2, s. 336-354. ISSN 0022-4197.
- MONOD, S., BRENNAN, M., ROCHAT, E., MARTIN, E., ROCHAT, S., BŮLA, C. J. Instruments measuring spirituality in clinical research: a systematic review. In *Journal of General Internal Medicine*, 2011, roč. 26, č. 11, s. 1345-1357. ISSN 1525-1497.
- NEMČEKOVÁ, M. Duchovné potreby. In: TOMAGOVÁ, M., BÓRIKOVÁ, I. *Potreby v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2008. s. 169-179. ISBN 80-8063-270-0.
- O'CONNOR, M., ARANDA, S. *Paliativní péče – pro sestry všech odborů*. Praha: Grada, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
- RICHARDSON, P. Assessment and implementation of spirituality and religiosity in cancer care: effects on patient outcomes. In *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 2012, roč. 16, č. 4, s. 150-155. ISSN 1092-1095.
- SHARMA, R. K., ASTROW, A. B., TEXEIRA, K., SULMASY, D. P. The Spiritual Needs Assessment for Patients (SNAP): development and validation of a comprehensive instrument to assess unmet spiritual needs. In *Journal of Pain and Symptom Management*, 2012, roč. 44, č. 1, s. 44-51. ISSN 0885-3924.

SMUCKER, C. J. Nursing, healing and spirituality. In *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*, 1998, roč. 4, č. 4, s. 95-97. ISSN 1353-6117.

STROKOVA, J. *Spirituálne potreby onkologických pacientov*. Diplomová práca. 2015. Ústav ošetrovatelství a porodní asistence. Lékařská fakulta, Ostravská univerzita v Ostravě.

Kontakt:

PhDr. Renáta Zeleníková, PhD.

Ústav ošetrovatelství a porodní asistence, Lékařská fakulta, Ostravská univerzita

Syllabova 19, Ostrava 708 00

E-mail: renata.zelenikova@osu.cz

POSTEROVÁ SEKCE

Uvedené příspěvky byly na konferenci prezentovány ve formě posteru.

CELIAKIE V POPULACI ŽEN

COELIAC DISEASE IN A FEMALE POPULATION

Zuzana Hlubková¹, Jana Kačorová², Jiřina Hosáková³, Mária Ferenčíková⁴

^{1,2,3} Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik v Opavě, Ústav ošetrovatelství

⁴ Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice

Shrnutí:

Cílem příspěvku je upozornit na specifika celiakie v populaci žen. Ženy mají vyšší riziko onemocnění celiakií. Strauch a kol. (2011) identifikuje poměr onemocnění 3:1, Frič, Keil (2011) udává riziko 2:1. V ženském pohlaví může hrát celiakie roli rovněž v pozdním nástupu menstruace, v příčinách nevysvětlitelné neplodnosti, infertility a poruchách vývoje plodu.

Klíčová slova: celiakie, ženy, bezlepková dieta.

Summary:

The aim of this paper is to point out the specifics of celiac disease in the female population. Women have a higher risk of celiac disease. Strauch et al. (2011) identifies disease ratio 3: 1, Fric, Keil (2011) describes the risk 2: 1. Regarding the female gender, celiac disease can play a role in late onset of menstruation, in the causes of unexplained sterility and infertility disorders and fetal development.

Keywords: celiac disease, women's health, gluten-free diet.

Celiakie patří k autoimunitním chronickým onemocněním, kdy dochází k vytváření protilátek proti vlastním tkáním, které jsou tím poškozovány. Spouštěčem imunitní reakce je lepek, který nastartuje tvorbu protilátek proti enterocytům - buňkám sliznice tenkého střeva. Ty jsou vlivem protilátek ničeny, dochází proto k poškození střevní sliznice jejunu až do obrazu úplné atrofie s rozvojem sekundárního malaabsorbčního syndromu (Kohout, Pavlíčková, 2010).

Rozdíly v manifestaci celiakie

Kohout, Pavlíčková (2010) uvádí rozdíly v manifestaci celiakie podle pohlaví. Zejména v období mezi 20. a 30. rokem života je výrazně vyšší výskyt celiakie u žen. Celiakie je onemocnění, které může manifestovat již od raného dětství. První období, kdy se celiakie projevuje, bývá již mezi 3.- 6. měsícem života dítěte a souvisí zejména se zavedením lepku do kojenecké stravy v době, kdy přetrvává fyziologicky zvýšená propustnost střevní sliznice. Typické příznaky v dětském věku vytvářejí klinicky čitelný obraz. V pozdějším věku se celiakie vyskytuje okolo 50. roku života u žen, u mužů okolo 40. roku věku. Výjimkou není ani to, že se celiakie diagnostikuje až po 60. roce života. Spouštěčem v dospělém věku bývá prodělaný stres, porod, operace nebo infekční nemocnění. Diagnostika celiakie ve vyšším věku je složitější vzhledem k rozmanitému klinickému obrazu, který je plný nespecifických příznaků.

Celiakie může probíhat jako symptomatická nebo jako asymptomatická (bez zjevných potíží trávicího traktu), kdy pacienta, nejčastěji ženu, trápí extraabdominální příznaky, které často nemají vysvětlitelný důvod. Uvádí se, že 4-8 % nevysvětlitelné neplodnosti způsobuje nediodagnostikovaná asymptomatická celiakie.

Mezi **celkové příznaky** celiakie se řadí nízká postava, ztráta hmotnosti, neprospívání, únava, letargie, pozdní nástup puberty a edémy. **Extraintestiální příznaky** zahrnují **laboratorní odchylky** (anémie z nedostatku železa a fosfátů, hypokalcémie, zvýšení alkalické fosfatázy, zvýšení aspartátaminotransferázy, zvýšení alaninaminotrasferázy, prodloužení protrombinového času), **kožní příznaky** (dermatitis herpetiformis, folikulární keratóza, pigmentace), **kosterně svalové příznaky** (osteopénie, osteoporóza, fraktury, bolesti kostí

a svalů, defekty zubní skloviny, artritida, myopatie, tetanie), **neurologické příznaky** (periferní neuropatie, parestézie, ataxie, epilepsie až kalcifikace mozku, šeroslepoty), **hematologické příznaky** (atrofie sleziny, trombocytóza), **psychiatrické příznaky** (anxieta, deprese, iritabilita, zaostávání ve škole, vliv na reprodukci, infertilita žen i mužů, opakované potraty). Mezi typické příznaky patří **gastrointestinální potíže** jako průjem, steatorea, flatulence, distenze břicha, břišní diskomfort, anorexie, nauzea, vomitus, rekurentní aftózní stomatitida, cheilóza, glositida, steatóza jater (Mináriková et al., 2012).

Celiakie u ženského pohlaví

Ženské pohlaví je samo o sobě uváděno jako rizikový faktor celiakie. Celiakie výrazně ovlivňuje reprodukční schopnost ženy ve všech věkových obdobích, je spojována s potížemi jako pozdní nástup menstruace až amenorhea, nevysvětlitelná neplodnost, potíže s donošením plodu, časté spontánní potraty nebo mrtvorozené děti, dřívější nástup klimakteria a častějším výskytem osteoporózy.

Obzvláště asymptomatická, tedy neléčená celiakie, může **u mladých dívek** způsobovat anémie z nedostatku železa, pozdní nástup menstruace, nepravidelnou menstruaci nebo úplnou absenci menstruace. Anémie je doprovázená častými nemocemi v dětství a zvýšenou únavností. U žen v reprodukčním věku může být jedním z důvodů **neplodnosti** také neodhalená celiakie. U takových pacientek vede **vynechání glutenu** ze stravy většinou **k obnovení plodnosti** (PR NEWSWIRE ASSOCIATION, 2011; Swinney, 2014). Je popisováno spojení celiakie a možných **komplikací během vývoje plodu a při porodu** (Tersigni, Castellani 2014). **Mechanismus vzniku reprodukčních potíží** u celiakie tvoří pravděpodobně autoimunitní procesy v těle a deficit mikronutrientů daný zhoršeným vstřebáváním skrz poškozenou sliznici střeva (Özgör, Selimoglu, 2010). Gravidita u žen s celiakií může být doprovázena spontánními a opakovanými potraty, ty jsou častější u neléčených žen (Fojtík, 2013). Bezlepková dieta příznivě ovlivňuje průběh těhotenství u většiny celiček s opakovanými potraty (Tursi a kol., 2008; Khashan a kol, 2010). Gravidita u ženy se známou celiakií a dodržující bezlepkovou dietu má být vždy plánovaná a v klinické remisi choroby. Mohou se projevit symptomy aktivity (nejčastěji anémie). Doporučuje se proto kontrola v každém trimestru a odpovídající substituční terapie podle charakteru zjištěného symptomu. Může dojít k opožděnému intrauterinnímu vývoji plodu a v tomto směru je třeba ženu pečlivě sledovat za účelem časného zjištění tohoto nálezu (Sheiner, Peleg, Levy, 2006). **Při nediagnostikované celiakii** je významně častější opožděný vývoj plodu, nízká porodní váha, předčasný porod a porod císařským řezem. Proto se doporučuje **screening těhotné na celiakii** při nejasné příčině opožděného intrauterinního vývoje plodu (Ludvigsson, Montgomery, Ekblom, 2005).

Vliv porodu císařským řezem na rozvoj celiakie

Střevní mikroflóra novorozence a její následný rozvoj může ovlivnit vstřebávání lepku. Marlid a kol. (2012) došel ve své studii k závěru, že **císařský řez je asociován s 15% zvýšením rizika pozdějšího rozvoje celiakie**. Zvýšené riziko celiakie bylo pozorováno **po plánovaném**, nikoli po akutním císařském řezu. Do studie bylo zavzato 65 636 švédských dětí narozených v termínu i předčasně. Dle výsledku studie bakteriální flóra hraje svou roli v rozvoji celiakie. Také další rozsáhlá švédská studie (Decker a kol., 2010), ve které byli děti a mladí dospívající v průměrném věku 5,5–11 let s celiakií, m. Crohn, ulcerózní kolitidou a ostatními gastrointestinálními onemocněními, prokázala vliv způsobu porodu a asociované změny střevní mikroflóry na riziko rozvoje celiakie. Ve **skupině dětí s celiakií bylo významně větší procento těch, které měly v anamnéze porod sekci**. Studie neprokázala vliv císařského řezu na rozvoj Crohnovy nemoci či ulcerózní kolitidy u dětí a dospívajících.

Při vzniku celiakie hraje v první řadě roli **dědičnost** (Frühauf a kol., 2012; Bass, 2013; Marquardt a Lanzenberger, 2008), pravděpodobné rizikové faktory zahrnují vliv kojení na rozvoj celiakie. **Nekojené děti** mají vyšší riziko vzniku celiakie (Frühauf a kol., 2009). Riziko rozvoje celiakie zvyšují **prodělané rotavirové a adenovirové infekce** v dětském věku (Bass, 2013). Rizikovým faktorem může být i **přílišná hygiena** (Bass, 2013). Pravděpodobný vliv na onemocnění mají také **chybné stravovací návyky, životní prostředí, infekce či stres** (Marquardt, Lanzenberger, 2010).

Kazuistika neléčené celiakie u ženského pohlaví

Dívka trpěla od 6 let věku života opakovanými infekty, často absolvovala léčbu antibiotiky, trpěla anémií bez zjištěného důvodu. V dospívání se projevil pozdní nástup menstruace, v průběhu menstruace se **anémie** ještě prohloubila, doprovázely ji projevy jako **silná únava**, až neschopnost chodit do školy a vykonávat jakoukoliv fyzickou aktivitu, postupně se přidružilo vypadávání vlasů a lámání nehtů. Po celou dobu dětství a dospívání se neobjevil **žádný abdominální příznak** celiakie, z gastrointestinálního hlediska dobře tolerovala lepek ve stravě. V dětství byla diagnosticky prověřována celiakie, která se nepotvrdila, proto nebyla možnost onemocnění celiakie dále zvažována. Ve 23 letech byla žena přivezená v době menstruace s tachykardií do nemocnice s podezřením na plicní embolií, která se nepotvrdila. Byla odebrána krev na veškeré protilátky – a tak zjištěná a následně potvrzená nejtěžší forma asymptomatické celiakie. Po zahájení bezlepkové diety výrazné zlepšení stavu, úplné vymizení anémie, subjektivní pocit kondice bez únavy, bez vypadávání vlasů a lámání nehtů.

Bibliografie a odkazy:

BASS, S. *Celiakie: úspěšná léčba nesnášenlivosti lepku*. Praha: Jan Vašut, 2013. ISBN 978-80-7236-839-6.

DECKER, E., ENGELMANN, G., FINDEISEN, A. et al. Cesarean delivery is associated with celiac disease but not inflammatory bowel disease in children. *Pediatrics* [online]. 2010, roč. 125, č. 6, s. e1433-1440 [cit. 2016-09-13]. ISSN 0031-4005. Dostupné z:

<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/doi/10.1542/peds.2009-2260>.

FOJTÍK, P. *Celiakie a osteoporóza*. Brno, 2013. Disertační práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí disertační práce Petr Dítě.

FRÜHAUF, P. et al. *Celiakie v dětském věku*. Praha: Solen, 2009. ISBN 978-80-87290-00-2.

FRIČ, P., KEIL, R. Celiakie pro praxi. *Medicína pro praxi*. 2011, roč. 8, č. 9, s. 354–359. ISSN 1214-8687.

KHASHAN, A. S., HENRIKSEN, T. B., MORTENSEN, P. B. et al. The impact of maternal celiac disease on birthweight and preterm birth: a Danish population-based cohort study. *Human Reproduction* [online]. 2010, roč. 25, č. 2, s. 528-534 [cit. 2019-09-13]. ISSN 0268-1161. Dostupné z:

<https://academic.oup.com/humrep/article-lookup/doi/10.1093/humrep/dep409>.

STRAUCH, K.A., COTTER, T. V. Celiac Disease: An Overview and Management for Primary Care Nurse Practitioners. *The Journal for Nurse Practitioners*. [online]. 2011, roč. 7, č. 7, s. 588–599 [cit. 2016-10-10]. ISSN 1555-4155. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1555415511001243>.

KOHOUT, P., PAVLÍČKOVÁ, J. *Celiakie: víte si rady s bezlepkovou dietou?* Praha: Forsapi, 2010. ISBN 978-808-7250-099.

LUDVIGSSON, J., MONTGOMERY, S., EKBOM, A. Celiac disease and risk of adverse fetal outcome: a population-based cohort study. *Gastroenterology* [online]. 2005, roč. 129, č. 2, s. 454-463 [cit. 2016-09-15]. ISSN 0016-5085. Dostupné z:

<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0016508505011005>.

MARLID, K., STEPHANSSON, O., MONTGOMERY, S. et al. Pregnancy outcome and risk of celiac disease in offspring: a nationwide case-control study. *Gastroenterology* [online]. 2012, roč. 142, č. 1, s. 39-45 [cit. 2016-09-12]. ISSN 0016-5085. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0016508511013734>.

MARQUARDT, T., LANZENBERGER, B. M. *Vaříme zdravě bez lepku. 80 chutných jídel při onemocnění celiakií*. Havlíčkův Brod: Jan Vašut, 2008. ISBN 978-80-7236-348-3.

MARQUARDT, T., LANZENBERGER, B. M. *Vaříme zdravě bez lepku. 80 chutných jídel při onemocnění celiakií*. Havlíčkův Brod: Jan Vašut, 2010. ISBN 978-80-7236-696-5.

MINÁRIKOVÁ, Z. et al. Gluténová enteropatia. *Praktický lékař*. 2012, roč. 92, č. 2, s. 77–84. ISSN 0032-6739.

PR NEWSWIRE ASSOCIATION. *Increased Celiac Disease Prevalence in Women With Unexplained Infertility*. PR Newswire [online]. 2011 [cit. 2016-09-28]. Dostupné z: <http://www.prnewswire.com/news-releases/increased-celiac-disease-prevalence-in-women-with-unexplained-infertility-128074498.html>

SHEINER, E., PELEG, R., LEVY, A. Pregnancy outcome of patients with known celiac disease. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* [online]. 2006, roč. 129, č. 1, s. 41-45 [cit. 2016-09-27]. ISSN 0301-2115. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0301211505005853>.

SWINNEY, B. Eating to Fuel Fertility. *Today's Dietitian* [online]. 2013, roč. 15, č. 5, s. 38 [cit. 2016-09-30]. Dostupné z: <http://www.todaysdietitian.com/newarchives/050113p38.shtml>

TERSIGNI, C., CASTELLANI, R., DE WAURE, C. et al. Celiac disease and reproductive disorders: meta-analysis of epidemiologic associations and potential pathogenic mechanisms. *Human Reproduction Update* [online]. 2014, roč. 20, č. 4, s. 582-593 [cit. 2016-10-01]. ISSN 1355-4786. Dostupné z: <https://academic.oup.com/humupd/article-lookup/doi/10.1093/humupd/dmu007>.

TURSI, A., GIORGETTI, G., BRANDIMARTE, G. et al. Effect of gluten-free diet on pregnancy outcome in celiac disease patients with recurrent miscarriages. *Digestive Diseases and Sciences* [online]. 2008, roč. 53, s. 11, s. 2925-2928 [cit. 2016-10-12]. ISSN 0163-2116. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s10620-008-0242-x>.

ÖZGÖR, B., SELIMOĞLU, M. A. Coeliac disease and reproductive disorders. *Scandinavian Journal of Gastroenterology* [online]. 2010, roč. 45, č. 4, s. 395-402 [cit. 2016-10-02]. ISSN 0036-5521. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/00365520903508902>.

Kontakt:

Mgr. Zuzana Hlubková
Ústav ošetrovatelství
Fakulta veřejných politik v Opavě
Slezská univerzita v Opavě
Bezručovo náměstí 14, Opava
E-mail: zuzana.hlubkova@fvp.slu.cz

FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ INTERAKCI PŘI OŠETŘOVÁNÍ GERONTOPSYCHIATRICKÝCH PACIENTŮ

FACTORS INFLUENCING NURSING CARE INTERACTION IN GERONTOPSYCHIATRIC PATIENTS

Jiřina Hosáková¹, Zuzana Hlubková², Jana Kačorová³, Aneta Mervová⁴
^{1,2,3,4} Ústav ošetrovatelství, Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita
v Opavě

Shrnutí:

Stáří je neodmyslitelnou etapou lidského života. Je charakteristické změnami tělesnými, sociálními i psychickými, které mohou ovlivnit způsob komunikace a interakce pacienta s okolím. Nejčastěji se vyskytující poruchy pozornosti, neschopnost koncentrace, vady sluchu a také poruchy vnímání a paměti (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 104). Je nutné, aby měly sestry pečující o nemocné dostatek znalostí o těchto faktorech a byly schopné se přizpůsobit možnostem nemocných a tím omezit riziko nesprávného pochopení (Pokorná, 2010 s. 10).

Klíčová slova: interakce, sestra, demence, pacient.

Summary:

Old age is an inseparable part of human life. It is characterized by somatic, social and psychological changes that may affect patient's way of interaction with other people. The most common are attention disorders, inability to concentrate, hearing impairment and perception and memory disorders (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 104). It is essential that nurses taking care of the patient have satisfactory knowledge about these factors and are able to adjust to the patient's abilities and thus reduce risk of misunderstandings (Pokorná, 2010, s. 10).

Keywords: interaction, nurse, dementia, patient.

Úvod: Stáří bývá vnímáno jako závěrečná etapa života, kdy dochází k charakteristickým tělesným i psychickým změnám. Stejně jako v jiných etapách života se i ve stáří vyskytují příznaky duševních chorob. Mezi nejčastější patří syndrom demence, který je charakteristický poklesem kognitivních funkcí. Tento deficit je častým důvodem problémů v komunikaci, vzájemného nepochopení a nespolečnosti. Kalvach a Onderková (2006, s. 10) upozorňují, že i drobná nepřesnost v komunikaci s pacientem může narušit vzájemný respekt a důvěru a následně i vzájemnou sociální interakci. Aktuálnost tohoto tématu pro sestry je dána mimo jiné i prognostickými výhledy, neboť analýza vývoje populace ukazuje na nárůst seniorů ve věku nad 85 let a dá se tedy předpokládat častější kontakt touto skupinou nemocných (Kalvach, Onderková, 2006, s. 8)

Cíl: Cílem šetření bylo identifikovat faktory ovlivňující interakci mezi sestrou a gerontopsychiatrickým pacientem.

Metodika: Vlastní sběr dat byl realizován metodou kvantitativního výzkumu technikou dotazníkového šetření. Výzkumný nástroj byl vlastní konstrukce, znění jednotlivých položek vyplývalo z cíle práce, které byly dále doplněny o faktografické údaje o respondentech. Vzorek respondentů byl sestaven ze sester pracujících na gerontopsychiatrickém oddělení a dále ze sester pracujících v domově pro seniory se zvláštním režimem.

Výsledky: Celkem bylo osloveno 130 sester z klinické praxe, návratnost byla 109 dotazníků, tedy 84%. Při následném zpracování bylo 9 dotazníků vyřazeno pro neúplnost a do konečného zpracování byla zahrnuta data ze 100 dotazníků. Tento počet byl také považován za 100%. Z celkového vzorku respondentů pracovalo 86 sester (86%) na gerontopsychiatrickém

oddělení a 14 (14%) v domově pro seniory se zvláštním režimem. U lůžka pracovalo 94 sester (94%), 5 (5%) sester pracovalo na pozici staniční sestry a jedna (1%) na pozici vrchní sestry. Délka praxe v oboru byla u 61 (61%) do 15 let, 36 (36%) sester uvedlo rozmezí mezi 16-30 roky a 3 (3%) sestry pracovaly v oboru více než 31 let.

Za problémové faktory ze strany pacienta sestry nejčastěji označovaly dezorientaci a neklid (57 výpovědí), neporozumění sdělovanému (49) a neschopnost se vyjádřit (34). Dále byly uváděné výpadky paměti (22), agresivita (27), depresivní nálada (18) a neschopnost udržet pozornost (12). Ze strany sester byly za negativní považovány nadměrná administrace (71 výpovědí), časová tíseň (47) a řešení problémů spojených s projevy choroby nemocného (44). Za problematickou byla vnímána i nutnost dodržovat standardy (17).

Diskuze: Analýzou výsledků našeho šetření bylo zjištěno, že nejvýznamněji narušuje interakci z pohledu sester dezorientace a neklid. Stejně rizikové faktory uvádějí například i Pidman (2007, s. 9) nebo Jiráček (2009, s. 74). Dále úroveň interakce mezi sestrou a nemocným gerontopsychiatrickým pacientem negativně ovlivňují problémy s vyjadřováním a nepochopení sdělovaného obsahu. K podobnému závěru dospěl i Wang (2013, s. 99), který ve svém šetření analyzoval rozhovory 15 sester pečujících o nemocné s demencí. Ze závěru jeho studie vyplynulo, že tato skupina nemocných nebyla schopná vyjádřit se a problémy měla převážně s nalezením správných slov. Tento autor také prokázal, že obzvláště pacienti s demencí nejsou schopni pochopit význam sdělovaného obsahu, i když se sestry snaží komunikovat různými doporučenými způsoby. Buijssen (2006, s. 59) zdůrazňuje, že pro sestru je komunikace s gerontopsychiatrickým pacientem náročná, ale i pacient musí vyvinout velké úsilí, aby porozuměl sdělenému a vysvětlil své požadavky. Dále upozorňuje na skutečnost, že oproti zdravým jedincům potřebuje až pětkrát více času na zpracování a pochopení sdělení informace (Buijssen, 2006, s. 63). Na vliv poklesu komunikačních schopností gerontopsychiatrických nemocných upozornili ve své studii i Jootun a McGhee, kteří dospěli k závěru, že pokud má být komunikace s těmito nemocnými efektivní, musí mít sestra dostatek znalostí a dovedností pro podporu komunikace (Jootun, McGhee, 2011, s. 40).

Závěr: Při ošetřování gerontopsychiatrických pacientů dochází k výskytu různých faktorů negativně ovlivňujících vzájemnou interakci, která je nezbytná pro poskytování péče. Překážky mohou být jak na straně pacienta, tak sestry. Pokud má být ošetřování gerontopsychiatrického pacienta komplexní a kvalitní, je nutné se zaměřit na identifikaci definovaných problémových oblastí a přizpůsobit jim způsob komunikace, což vyžaduje specifické znalosti a dovednosti. Proto se jeví vhodným vzdělávání sester v této oblasti.

Bibliografie a odkazy:

- BUIJSSEN, H. Demence. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-081-X.
- JIRÁK, R. et al. Demence a jiné poruchy paměti. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6.
- JOOTUN, D., MCGHEE G. Effective communication with people who have dementia. *Nursing Standard* [online]. 2011, roč. 25, č. 25, [cit. 2016-09-22]. ISSN 0029-6570. Dostupné z: <http://journals.rcni.com/doi/pdfplus/10.7748/ns2011.02.25.25.40.c8347>.
- KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. Stáří. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-726-2455-5.
- PIDMAN, V. Demence. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1490-5.
- POKORNÁ, A. Komunikace se seniory. Praha: Grada Publishing, 2010. 160 s. ISBN 978-80-247-3271-8.
- VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1262-8.

WANG, J. et al. Long-term care nurses' communication difficulties with people living with dementia. Asian Nursing Research [online]. 2013, roč. 7, č. 3, [cit. 2016-09-15]. ISSN 1976-1317. Dostupné z:

[http://www.asian-nursingresearch.com/article/S1976-1317\(13\)00034-0/fulltext](http://www.asian-nursingresearch.com/article/S1976-1317(13)00034-0/fulltext).

Kontakt:

Mgr. Jiřina Hosáková, Ph.D.

Slezská univerzita v Opavě

Fakulta veřejných politik v Opavě

Ústav ošetrovatelství

Bezručovo náměstí 14, Opava

E-mail: jirina.hosakova@fvp.slu.cz

KVALITA ŽIVOTA A PROBLEMATIKA PACIENTŮ S ONEMOCNĚNÍM CELIAKIE

QUALITY OF LIFE IN COELIAC PATIENTS AND RELATED ISSUES

Romana Hrubá¹, Michaela Skořupová²

^{1,2} Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik v Opavě, Ústav ošetřovatelství

Úvod: Celiakie nebo celiakální sprue je celoživotní, autoimunitní a geneticky podmíněné celoživotní onemocnění propukající nejen v dětském věku, ale i v dospělosti. Manifestuje se po požití lepku (glutenu). V posledních letech se prevalence tohoto onemocnění celosvětově nepřetržitě zvyšuje. V ČR je odhadem 40 – 50 000 nemocných s touto diagnózou. Diagnostikováno je pouze 4 – 5 000 pacientů. Pro včasnou diagnostiku je zapotřebí informovanost zdravotnického personálu, který dokáže využít dostupné metody cíleného screeningu k co nejvčasnějšímu odhalení nemoci, což má za následek snížení rizika komplikací. Prozatím jedinou možnou léčbou je přísná celoživotní bezlepková dieta, která je již mnohem dostupnější, ale stále velice finančně náročná.

Cíl: Hlavním cílem bylo zmapovat kvalitu života a problematiku pacientů s celiakií. V souvislosti s tímto hlavním cílem byly sestaveny 4 dílčí cíle, které zkoumaly především dopady onemocnění na jejich každodenní život, na psychiku, dopad na zdraví, pohled na léčbu a informovanost.

Metodika: Bylo provedeno kvantitativní šetření. Pro sběr dat u 100 respondentů byl použit dotazník vlastní konstrukce, který obsahoval 10 otázek a specifický standardizovaný dotazník CD-QOL skládající se z 20 otázek, u kterého proběhla jazyková validizace, jako pilotní projekt před klinickým výzkumem.

Výsledky: Studie prokázala, že pacienti s celiakií mají relativně dobrou kvalitu života. HRQoL mužů i žen je stejná. Další průměrných hodnot bylo dosaženo v oblastech omezení v každodenním životě a obavy o zdraví, kde horších hodnot dosáhly ženy oproti mužům. Nemoc jako taková pacienty omezuje v každodenním životě a to hlavně v cestování, v možnostech najíst se v restauracích, ve stravování s kolegy a v sociálních situacích. Největší obavy mají celiaci o vypuknutí nemoci u někoho z členů jejich rodiny. Stejně jako u zahraničních studií bylo v doméně dysforie dosaženo velice nadprůměrných hodnot, muži dosáhli o něco lepších výsledků než ženy. Tato skutečnost svědčí o tom, že nemoc nemá až takový dopad na psychiku celiaků. Dobrou zprávou je, že většina nemocných byla edukována při sdělení diagnózy a zároveň si umí kvalitně dohledat další potřebné informace o nemoci a dietě. Pro podporu nemocných je důležité, že se s nimi stravují bezlepkově i další členové rodiny, ať už pravidelně nebo jen o svátcích či narozeninách. Pro zvyšování kvality života je důležitá přísná celoživotní bezlepková dieta, kterou jak bylo prokázáno, ve většině případů nemocní dodržují. Bohužel dieta je zatím jedinou možnou léčbou celiakie a to má za následek, že HRQoL celiaků v největší míře negativně ovlivňuje nedostatečná léčba.

Závěr: Za poslední léta se povědomí o této nemoci zlepšilo. V důsledku toho se neustále zkvalitňuje dostupnost informačních materiálů, rozšiřuje se sortiment bezlepkových potravin a zlepšuje se jejich označování, avšak stále chybí zájem vlády o finanční podporu celiaků, kteří nemají na výběr jinou možnost léčby než právě dietu.

Klíčová slova: kvalita života, celiakie, bezlepková dieta, pacient.

Keywords: quality of life, celiac disease, gluten free diet, patient.

Bibliografie a odkazy:

BASS, S. et al. Celiakie: úspěšná léčba nesnášenlivosti lepku. Praha: Vašut, 2013. ISBN 978-80-7236-839-6.

BISKUPOVÁ, M., TOPIČOVÁ, P. Kvalita života u nemocného s celiakií. Diagnóza v ošetrovatelství. 2011, roč. 7, č. 4, s. 42-43. ISSN 1801-1349.

ČERVENKOVÁ, R. Celiakie. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-425-3.

Expertní skupina ministerstva zdravotnictví pro celiakální sprue (ESCS): MEMORANDUM Celiakální sprue (CS) - současný stav a sociální situace nemocných v České republice. Klinická biochemie a metabolismus. 2005, roč. 13/34, č. 1, s. 52-53. ISSN 1210-7921.

FRIČ, P., GABROVSKÁ, D. a NEVORAL, J. Celiac disease, gluten-free diet, and oats. Nutrition Reviews, 2011, roč. 69, č. 2, s. 107-115. ISSN 0029-6643.

FRIČ, P., KEIL, R. Celiakie pro praxi. Medicína pro praxi, 2011, roč. 8, č. 9, s. 354-359. ISSN 1214-8687.

FRIČ, P., MENGEROVÁ, O. Celiakie: Bezlepková dieta a rady lékaře. Čestlice: Medica Publishing, 2008. ISBN 978-80-85936-62-9.

KOHOUT, P., PAVLÍČKOVÁ, J. a SDRUŽENÍ CELIATIKŮ ČR. Celiakie: víte si rady s bezlepkovou dietou?. Praha: Forsapi, 2010. ISBN 978-80-87250-09-9.

LEE, A., R. et al. Economic burden of a gluten-free diet. Journal of Human Nutrition [online]. 2007, roč. 20, č. 5 [cit. 19. 12. 2015]. ISSN 0952-3871. Dostupné z: <http://katalog.svkos.cz:2101/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=1fc461ab-70ee-496db5c7-d3ea71a86450%40sessionmgr111&hid=128>.

NAHEED, A. Kniha pro celiaky: nové poznatky pro lékaře, nemocné a pacienty. Praha: Pragma, 2015. ISBN 978-80-7349-434-6.

SVERKER, A., HENSING, G. a HALLERT, C. Controlled by food: lived experiences of coeliac disease. Journal of Human Nutrition [online]. 2005, roč. 18, č. 3, [cit. 19. 12. 2015]. ISSN 0952-3871. Dostupné z:

https://www.researchgate.net/profile/Annette_Sverker/publication/7859511_'Controlled_bb_food'_-Lived_experiences_of_coeliac_disease/links/0046353b1cc952fb3d000000.pdf.

WHITAKER, J. K. H. et al. Patient perceptions of the burden of coeliac disease and its treatment in the UK. Alimentary Pharmacology & Therapeutics [online]. 2009, roč. 29, č. 10, [cit. 19. 12. 2015]. ISSN 0269-2813. Dostupné z:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2036.2009.03983.x/full>.

Kontakt:

Bc. Romana Hrubá, Mgr. Michaela Skořupová
Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik v Opavě, Ústav ošetrovatelství
Ústav ošetrovatelství, Bezručovo nám. 14, Opava
E-mail: hrubaromana@email.cz, michaela.skorupova@fvp.slu.cz

POSTOJ NEMOCNÝCH S HYPERTENZÍ K DODRŽOVÁNÍ REŽIMOVÝCH OPATŘENÍ

POSITION OF PATIENTS WITH HYPERTENSION TO OBSERVE REGIME MEASURES

Jana Mílková¹, Jana Haluzíková²

¹ Soukromá ambulance praktického lékaře, Nový Jičín

² Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik v Opavě, Ústav ošetřovatelství

Souhrn:

Autorky v průzkumné práci sledují, zda nemocní s hypertenzí dodržují doporučená režimová opatření a jaký je jejich postoj k této nemoci.

Klíčová slova: hypertenze, režimová opatření, dieta, fyzická aktivita, kouření

Summary:

The author's of the exploratory work tracks whether patients with hypertension adhere to the recommended regime measures and what is their attitude to the disease.

Keywords: hypertension, regime measures, diet, physical activity, smoking.

Dle Českého statického úřadu představuje ischemická choroba srdeční a cévní onemocnění mozku více než 70 procent všech kardiovaskulárních úmrtí. Úmrtnost na cévní onemocnění mozku v České republice klesá, úmrtnost na ICHS však v posledních letech víceméně stagnuje. Pravděpodobně je to v souvislosti s částečným vyčerpáním možností lékařské a ošetřovatelské péče a nových technologií, také v neposlední řadě jen s velmi pozvolnou změnou životního stylu české populace. Jen mírně se daří redukovat počet kuřáků v populaci, přibývá nemocných, kteří trpí diabetem 2. typu a výrazně roste podíl obézních osob v populaci.

Významným a velmi závažným rizikovým faktorem ICHS a CMP je hypertenze. Prevalence hypertenze v České republice ve věku 25-64 let se pohybuje kolem 35% se zřetelným nárůstem prevalence ve vyšších věkových skupinách (v dekadě od 55 do 64 let má hypertenzi 72% mužů a 65% žen), přičemž asi 3/4 hypertoniků vědí o své nemoci (Karen, 2014, s. 3).

Pokud je krevní tlak chronicky zvýšený, dochází k postupnému poškození cévního systému a následným onemocněním, která mohou postihnout celý organismus.

Arteriální hypertenze má přímý vztah k rozvoji cévní mozkové příhody a ischemické choroby srdeční, která vede ke vzniku infarktu myokardu.

Srdce se hypertenzi přizpůsobuje zesílením (hypertrofií) své svaloviny. Hypertrofovaná srdeční svalovina využívá k tvorbě energie přednostně cukry a ztrácí schopnost získávat energii z tuků. Cukry jsou však oproti tukům méně vydatným zdrojem energie, hypertrofovaná svalovina má také vyšší energetickou spotřebu. Může nastat situace, při které krevní cukry nestačí dodávat srdci potřebné množství energie a srdeční svalovina proto nepracuje tak, jak by měla a může dojít až k srdečnímu selhání.

Pro udržení správného tlaku se doporučuje udržovat si správnou váhu, mít pravidelný pohyb vytrvalostního charakteru - podnikat procházky rychlejším tempem, běhat, v létě jezdit na kole a plavat a v zimě běhat na běžkách. Zásadní je nekouřit, jíst racionálně, alkohol pít jen střídavě a zbytečně nepřisolovat. Odpovídající příjem soli je pět gramů za den, mnoho lidí ho má až trojnásobný.

Cíl práce

Zjistit, jaký postoj mají pacienti s hypertenzí k dodržování režimových opatření.

Metodika průzkumného šetření

K výzkumnému šetření byla použita kvantitativní metoda. Dotazník obsahoval celkem 35 položek. Zjišťovaly jsme znalost pacientů o režimových opatřeních u hypertenze, zaměřily jsme se na postoj k jejich dodržování, na postoj ke kouření, dodržování dietních opatření, tělesnou hmotnost, provozování pohybové aktivity a prožívání stresu. V závěru dotazníku byl zjišťován zájem pacientů o pravidelné týdenní připomínání dodržování režimových opatření zdravotnickým pracovníkem.

Zkoumaný vzorek tvořilo 125 respondentů, ženy i muži ve věku od 27 do 65 let, kteří mají diagnostikovanou a léčenou hypertenzi. Dotazníky byly rozdávány pacientům, kteří přicházeli do ordinace praktického lékaře ke kontrole krevního tlaku a předpisu léků.

Bylo rozdáno 130 dotazníků. Z rozdaných dotazníků se vrátilo všech 130 (100%), z toho 5 dotazníků bylo vyřazeno pro nesprávné vyplnění. Je hodnoceno 125 dotazníků tj. 100%.

Statistické zpracování

Analýza výsledků dotazníkového šetření byla provedena programem Microsoft Word a Microsoft Excel. Vyhodnocení získaných dat z tohoto šetření byly převedeny do tabulek a grafů (absolutní četnost - **n**, relativní četnost - %).

Výsledky dotazníkového šetření a diskuze

Na základě našeho dotazníkového šetření byla zjištěna tato fakta. Průzkumného šetření se zúčastnilo 125 respondentů, z toho bylo 61 (49%) žen a 64 (51%) mužů. Největší skupinu dotázaných 44 (35%) respondentů tvořila věková kategorie 51-60 let, nejméně početná byla věková kategorie do 40 let, kterou tvořilo 11 (9%) respondentů. U respondentů převažovalo středoškolské vzdělání zakončené maturitní zkouškou, tuto skupinu tvořilo 55 (44%) dotázaných. Nejvíce respondentů 76 (61%) bylo v zaměstnaneckém poměru.

Problematiku podváhy, optimální hmotnosti, nadváhy a obezity jsme zjišťovaly pomocí výšky a tělesné hmotnosti respondentů, na tomto základě byl posléze vypočítán BMI. Bylo zjištěno, že 107 (86%) respondentů vykazovalo nadváhu, obezitu a podváhu, toto je spojeno se zvýšeným (nadváha a obezita 1. stupně), vysokým (podváha a obezita 2. stupně) až velmi vysokým zdravotním rizikem (obezita 3. stupně). Tato čísla jsou velmi alarmující, pouze 18 (14%) respondentů vykazovalo optimální hmotnost, která je spojena s minimálním zdravotním rizikem.

Dále jsme se dotazovaly na obvod pasu dotázaných, kdy jsme zjišťovaly abdominální obezitu respondentů. Znamky abdominální (centrální) obezity byly zjištěny u 67 (53%) respondentů.

Většinu respondentů tvořili pacienti, kteří s vysokým krevním tlakem léčí 1-10 let. V našem průzkumu jsme zjistily, že převážná většina pacientů s hypertenzí zná správný postoj k dodržování režimových opatření, souhlasí s jejich dodržováním a rozumí tomu, proč je má dodržovat. Výrazná většina 120 (96%) respondentů chápe jako správný postoj k dodržování režimových opatření „dodržovat dietní opatření, udržovat pravidelnou fyzickou aktivitu, nekouřit a vyvarovat se stresu“. 2 (2%) dotázaní jako správný postoj k dodržování režimových opatření chápou „dodržovat dietní opatření, nekouřit, nesportovat, vyvarovat se stresu. 3 (2%) respondenti jako správný postoj k dodržování režimových opatření uvedlo dodržovat dietní opatření, pěstovat pravidelnou fyzickou aktivitu, vyvarovat se stresu, kouřit je dovoleno. S dodržování správné životosprávy při hypertenzi souhlasilo 122 respondentů,

což tvořilo 97% všech dotázaných. 123 (98%) respondentů souhlasilo s tím, že rozumí tomu, proč mají dodržovat režimová opatření při léčbě jejich vysokého tlaku.

K dodržování režimových opatření nejvíce pacienti s hypertenzí motivují informace, které jsou poskytovány zdravotnickými pracovníky. Toto bylo sděleno 104 (83%) respondenty. I jiné průzkumy ukazují na podobné výsledky. Průzkum Kúdelové a Koňošové z roku 2014 potvrdil, že mezi pacienti, kteří dodržují správnou životosprávu u hypertenze, je většina těch, kterým k tomu pomohla kvalitní edukace zdravotnickým pracovníkem. Taktéž průzkum, který v roce 2014 prováděl Beigi a kol., dokazuje, že řádně vedený edukační program vede ke zlepšení znalostí pacientů o hypertenzi a správné životosprávě. Již jsme nevyšetřovaly blíže, zda pacienti k dodržování správného životního stylu nejvíce motivuje lékař, sestra či jiný zdravotnický pracovník. V souhrnu Evropských doporučení pro prevenci KVO v klinické praxi k usnadnění změn v životosprávě je doporučováno zapojení všech specializovaných zdravotnických pracovníků – lékařů, sester, nutričních terapeutů atd. (Cífková et al., 2014, s. 217).

Domácí měření krevního tlaku je velmi užitečným nástrojem v diagnostice a léčbě arteriální hypertenze. Umožňuje sledovat dlouhodobou účinnost volené antihypertenzní léčby. Domácí měření navíc zlepšuje pacientovu adhezenci k farmakoterapii i nefarmakologickým postupům. V našem výzkumu jsme se zajímaly, jaký mají pacienti postoj k domácímu měření krevního tlaku a zda si pacienti s diagnostikovou hypertenzí měří doma svůj krevní tlak pravidelně. Pouze 14 (13%) respondentů uvedlo, že si doma TK měří pravidelně, 70 (56%) respondentů uvedlo, že si doma TK měří nepravidelně a 39 (31%) respondentů uvedlo, že doma TK neměří vůbec. U dotázaných, kteří uvedli, že si doma TK neměří pravidelně, jsme zjišťovaly, jaký k tomu mají důvod. Respondenti uváděli, že nemají doma tlakoměr, že nemají na pravidelně měření TK čas, že si chodí měřit TK ke svému lékaři a to považují za dostačující. Dále uváděli pohodlnost, lenost, zapomínání, nebo že si TK měří pouze, jen když se necítí dobře. Zde jsme tedy zjistily velké nedostatky a pro praxi z toho vyplývá, že je třeba více doporučovat pacientům s hypertenzí domácí měření krevního tlaku. K podobným výsledkům došla Seidlerová ve studii z roku 2014, kdy se zabývala dostupností a používáním monitorace TK v domácím prostředí. Zjistila, že měření TK v domácích podmínkách je sice dostupné více než polovině léčených hypertenzí, nicméně polovina z nich si měří TK v domácích podmínkách pouze nepravidelně. V roce 2004 vyšla metaanalýza 18 randomizovaných kontrolovaných studií zahrnujících celkem 2704 nemocných, ve které si autoři položili za cíl zjistit vliv domácího monitorování na hodnoty krevního tlaku a dosažení cílových hodnot. Výsledkem bylo, že nižší hodnoty krevního tlaku byly zjištěny u pacientů používajících domácí tonometry a jejich relativní riziko nedosažení cílových hodnot bylo nižší (Petrák, 2013).

Postoj k farmakologické léčbě hypertenze jsme zjišťovaly dotazem, zda léky na snížení krevního tlaku užívají dotazovaní pravidelně. Všichni respondenti vyjádřili souhlas.

Většina respondentů uvedla, že je hypertenze ovlivnila v jejich životním stylu. U 83% respondentů proběhly v životě zásadní změny: 15 pacientů změnilo svůj postoj ke kouření a přestalo kouřit, 11 pacientů omezilo konzumaci alkoholických nápojů, 18 pacientů zvýšilo pohybovou aktivitu, 14 pacientů provedlo změny ve stravování, u 25 pacientů se zvýšily obavy o zdraví. Dále respondenti uváděli, že začali více dbát na relaxaci a snaží se více vyhýbat stresu. Respondenti, kteří ve svém životě zásadní změnu neudělali, uváděli jako důvod, že změny nepovažovali za nutné, nebo že jim jejich životní styl vyhovuje.

Formanova prospektivní studie z roku 2009, která byla prováděna na vzorku ženské populace, prokázala, že úprava a dodržování správné životosprávy je spojena s nižší incidencí hypertenze.

Většina respondentů znala správnou odpověď na to, jak je jejich hypertenze ohrožuje na zdraví. To, že hypertenze zvyšuje riziko srdečního infarktu a mozkové mrtvice věděla převážná většina (91%) dotázaných. Překvapivé bylo, že 6 (5%) dotázaných si myslí, že vysoký tlak sám o sobě není nebezpečný. Zde je opět zjištěn velký nedostatek v edukaci.

O škodlivosti kouření a jeho negativním dopadu na zdraví se mluví neustále. Výrazná většina (85%) respondentů věděla, že kouření zásadním způsobem zhoršuje hypertenzi. Z celkového počtu dotazovaných bylo 23 (19%) kuřáků, z nichž 1 (1%) respondent kouřil pouze elektronickou cigaretu. Nekuřáků bylo 102 (81%), z toho 57 (46%) nikdy nekouřilo a 45 (35%) se označilo za bývalé kuřáky. Jako bývalého kuřáka jsme zde charakterizovaly toho, kdo v životě vykouřil více než 100 cigaret, ale ani 1 v posledních 12 měsících.

Mezi kuřáky bylo více žen. Ve vztahu ke vzdělání nejvíce kouřili respondenti se středoškolským vzděláním, nebyl rozdíl, jestli se jednalo o středoškoláky s maturitou nebo vyučenými. Mezi kuřáky byl pouze jediný respondent s vysokoškolským vzděláním. Sochor ve své studii o kuřáctví a charakteristikách uživatelů tabáku z roku 2014 v oblasti dosaženého vzdělání došel k podobným výsledkům. U kuřáků jsme dále zjišťovaly, kolik cigaret denně vykouří. Nejvíce uváděli 6-10 cigaret za den. U kouření elektronické cigarety není možné stanovit množství. K nejčastějším důvodům, proč pacienti kouří dál, ačkoliv mají vysoký krevní tlak, patřil nedostatek vůle k zanechání kouření, jiní pacienti uváděli, že kouří rádi a nechťejí přestat kouřit, také zmiňovali nervozitu a stres. Pouze 1 respondent uvedl, že nemá vhodnou pomoc při odvykání kouření. Nejvíce mužů kuřáků bylo ve věkové kategorii 41-50 let, žen kuřáček bylo nejvíce ve věkové kategorii 51-60 let.

Dále jsme se zajímaly o postoj nemocných s hypertenzí k dodržování dietních opatření.

Významným dietním opatřením u hypertenze je omezení příjmu soli. Jak již bylo uvedeno výše, sůl hraje důležitou roli při udržování a snižování hodnot krevního tlaku a je základem nefarmakologické léčby hypertenze. Většina dotázaných (75%) se vyjádřila, že po zjištění své hypertenze omezila solení. Většinu pacientů (69%) snížení soli v potravě nevadí, jídlo jim buď chutná, nebo jim chutná sice méně, ale uvedli, že si zvykají na toto opatření. Méně solené jídlo nechutná přibližně pětina pacientů, tito si občas přisolují.

Většina respondentů (76%) uvedla, že považuje za důležité sledovat množství tuku v potravinách. Za nedůležité toto považuje jen 9% dotázaných. Tuky by měly tvořit ve složení potravy 30-35%. Základem správné výživy je racionální strava s omezením živočišných tuků. Více než polovina respondentů ve stravě upřednostňuje drůbeží maso, následovala preference vepřového masa. Ryby, které jsou z hlediska prevence KVO důležité pro svůj obsah omega-3 mastných kyselin a doporučují se konzumovat alespoň 2x týdně, v potravě upřednostňuje jen 12% respondentů. Omega-3 mastné kyseliny snižují periferní cévní rezistenci a hustotu krve a tím způsobují pokles tlaku.

Dále jsme se zajímaly o častost konzumace uzenin, které jsou v jídelníčku u hypertoniků velmi nevhodné pro vysoký obsah tuků a soli. Většina respondentů uvedla konzumaci uzenin 2-3x týdně, tuto možnost zvolilo 47% dotázaných. Častěji než 3x týdně uzeniny konzumuje 13% respondentů. Naopak zřídka 1-2x měsíčně zařazuje do jídelníčku uzeniny 38% dotázaných.

Denní doporučená dávka zeleniny je 200 g rozdělená do 2-3 porcí. Z našich respondentů denně zeleninu konzumovalo pouze 41% dotázaných. Několikrát do týdne si zeleninu do stravy zařadí 55% dotázaných a ostatní respondenti zeleninu konzumují jen zřídka nebo vůbec.

Jak již bylo uvedeno výše, podle tabulky BMI spadalo do kategorie optimální hmotnosti pouze 14% respondentů. U ostatních respondentů se vykazovala převážně nadváha či obezita.

Tyto alarmující skutečnosti jsou spojené se zvýšeným, vysokým či velmi vysokým zdravotním rizikem.

Přes tyto zjištěné skutečnosti si 23% dotázaných myslí, že jejich hmotnost je ideální. Svou neideální hmotnost si uvědomovalo pouze 68% dotázaných. Zde vzniká rozpor s tím, jak pacient subjektivně vnímá svou váhu a jaká je skutečnost. Nadváha a obezita představují velmi závažný problém. Podle Státního zdravotního ústavu polovina dospělých v České republice má vyšší než normální hmotnost a tento podíl se nedaří snižovat, počet obézních osob od počátku 90. let dokonce stoupá. Snížení tělesné hmotnosti u nadváhy a obezity, stejně tak jako udržení ideální tělesné hmotnosti, je úzce spojeno s pravidelnou fyzickou aktivitou. Snahu o pravidelnou fyzickou aktivitu minimálně 2,5-5 hodin týdně, která je doporučována odbornými společnostmi k prevenci vzniku KVO, vyslovilo 74% respondentů. Nesouhlas vyjádřilo 21% dotázaných. Z fyzické aktivity nejčastěji respondentům vyhovovala rychlá chůze, jízda na kole a plavání. Tyto výsledky stavu fyzické aktivity pacientů s hypertenzí byly pro nás překvapivé a je otázkou, vzhledem k neuspokojivému stavu tělesné hmotnosti respondentů, zda na dotazy stran pohybové aktivity odpovídali respondenti podle skutečnosti.

Stres zaujímá v životě člověka neodmyslitelné místo a je pro život nezbytný. Pokud ovšem působí dlouhodobě nebo působí velmi často, stává se pro tělesné i duševní zdraví škodlivý. Každá nepřiměřená stresová zátěž může zhoršit zdravotní stav člověka nebo spustit nemoc, ke které je dotyčný geneticky predisponován. Křivohlavý uvádí, že osoby, které žijí a pracují ve stresových podmínkách, mají častější výskyt hypertenze než osoby, které žijí v klidném a harmonickém prostředí. Je velmi těžké se v dnešní uspěchané době stresu vyhnout a tak je třeba naučit se zmírnit napětí a snížit tak dopad stresu na zdraví. V naší práci jsme zjišťovaly, jakou pozornost věnují pacienti své duševní pohodě, jak často stres pocítují a jakým způsobem se snaží stres odstraňovat. 66% dotázaných odpovědělo, že od zjištění vysokého krevního tlaku věnuje velkou pozornost své duševní pohodě a 21% dotázaných uvedlo, že zvýšenou pozornost své duševní pohodě nevěnuje. Denně prožívá duševní nepohodu 14% respondentů, 8% respondentů obden, 21% každý týden a 24% každý měsíc. 33% dotázaných uvedlo, že duševní nepohodu pocítuje málokdy.

Při působení stresu respondenti nejčastěji pocítují únavu, tuto možnost uvedlo 64% dotázaných, na druhém místě pocítují bolest hlavy, dále se často objevuje bušení srdce, bolest na hrudníku, nevolnost a nechutenství. 9 respondentů vnímá při duševní nepohodě sexuální problémy. Jako další pocity při duševní nepohodě respondenti uváděli zvýšenou chuť k jídlu a na sladké (což vede ke zvýšenému energetickému příjmu a k následnému nežádoucímu zvýšení tělesné hmotnosti), bolesti zad, neklid, nespavost, strach, úzkost a sklíčenost. Z našeho výzkumu vyplynulo, že k odstranění duševní nepohody respondenti nejčastěji používají poslech hudby, sport a relaxační metody (procházky, odpočinek, masáže, jógu, sledování filmu, četbu, meditace, koníčky, manuální práce na zahrádce, tai-chi, společnost rodiny a přátel).

K hlavním psychosociálním rizikovým faktorům, které přispívají k riziku rozvoje a ke zhoršení klinického průběhu KVO a prognózy KVO patří nízké socioekonomické postavení, sociální izolace, stres v zaměstnání i v rodině, deprese, anxiety a hostilita. V rámci preventivních opatření je potřeba se na tyto psychosociální rizikové faktory zaměřit.

V závěru našeho dotazníkového šetření jsme zjišťovaly, zda by pacienti s hypertenzí uvítali pravidelné týdenní připomínání režimových opatření, které by prováděl zdravotnický pracovník. Cicolini a kol. ve své studii z roku 2013 zjistili, že u pacientů, u kterých docházelo k pravidelnému připomínání režimových opatření, bylo dosaženo lepších výsledků v oblasti hodnot BMI, konzumace alkoholu, kouření, konzumace ovoce, fyzické aktivity, v hladinách TK a v hodnotách cholesterolu. 39% respondentů se vyjádřilo, že by jim toto připomínání

pomohlo v dodržování režimových opatření. Nejvíce by si přáli osobní kontakt nebo email. 61% respondentů odpovědělo, že by jim ani pravidelné připomínání režimových opatření nepomohlo, z nichž 50 (40%) se dokonce vyjádřilo, že by je takové připomínání obtěžovalo.

Z našeho výzkumu tedy vyplynulo, že pacienti znají správný postoj k dodržování režimových opatření u hypertenze, ve většině s nimi souhlasí a rozumí tomu, proč je mají dodržovat. Největší nedostatky v postoji pacientů s hypertenzí k dodržování režimových opatření byly zjištěny v problematice tělesné hmotnosti, kdy výrazná většina respondentů měla nadváhu a obezitu. Zde je třeba vyvinout větší působení na pacienty a motivovat je ke zvýšení pohybové aktivity a zlepšení stravovacích návyků.

Ačkoliv je neustále zmiňována škodlivost kouření a jeho negativní dopad na zdraví, v našem průzkumu jsme zjistily, že pětina respondentů stále kouří, ačkoliv má diagnostikovanou a léčenou hypertenzi. Kouření zvyšuje riziko všech KVO. Při stanovování rizika podle tabulek SCORE je desetileté riziko fatální kardiovaskulární příhody u kuřáků přibližně dvojnásobné. Zatímco však u kuřáků > 60 let je relativní riziko vzniku infarktu myokardu dvojnásobné, u kuřáků < 50 let je 5x vyšší než u nekuřáků (Cífková et al, 2014, 217).

Zanechání kouření je nesmírně obtížné, protože se jedná o silně návykovou aktivitu. Zdravotničtí pracovníci musí všechny kuřáky podporovat v jejich úsilí zanechat kouření.

Strategie „5P“ pro zanechání kouření v běžné praxi:

- **Ptát se** – systematicky se ptát při každé příležitosti, zda pacient kouří.
- **Poradit se** – vytrvale nabádat všechny kuřáky, aby přestali kouřit.
- **Posoudit ochotu přestat** – zjistit sílu návyku a připravenost k zanechání kouření.
- **Pomoci** – dohodnout se na postupu při zanechání kouření včetně data, kdy pacient přestane kouřit, na behaviorálním poradenství i na farmakologické podpoře.
- **Plánovat kontroly** – vypracovat harmonogram kontrol.

Dalším zjištěným nedostatkem v postojích pacientů s hypertenzí byla nedostatečná kontrola TK v domácích podmínkách. Lékaři radí měřit si pravidelně doma krevní tlak. Znalost těchto hodnot je podle nich předpokladem k tomu, aby se člověk s problémy včas a správně léčil. Znat svůj krevní tlak je pro pacienty s hypertenzí naprosto nezbytné. Zjištěné hodnoty jsou důležité i pro zlepšení kontroly hypertenze, tedy pro dosažení takzvaných cílových hodnot krevního tlaku.

Před koupí přístroje k domácímu měření krevního tlaku by se měli pacienti poradit se svým lékařem. V lékárnách a zdravotnických prodejnách by měli žádat jen klinicky prověřené tlakoměry. Na trhu je dostatečný výběr různých digitálních tonometrů, musejí však vyhovovat určitým technickým požadavkům, být mezinárodně standardizovány, jediné takové jsou spolehlivé. Tlakoměry, které se upevňují na zápěstí či na prst, bývají zpravidla méně přesné. Přednostně by měli vybírat přístroje, které měří tlak manžetou na paži. Přesnost měření by si měli ověřit tím, že výsledky porovnájí s tím, co naměří lékař klasickým tonometrem.

Z praxe víme, jak málo času je v běžné ordinační době na kvalitní edukaci pacienta s hypertenzí. Přehlnutá čekárna, neustálé zvonění telefonu a klepání na dveře stresuje nejen zdravotnického pracovníka, ale i pacienta, kterému by měl zdravotník neustále připomínat vhodný režim při hypertenzi a motivovat ho ke změně postojů k dodržování správného životního stylu. V roce 2008 byla Milderem a jeho spolupracovníky provedena studie zaměřena na četnost a obsah doporučení ohledně režimových opatření praktických lékařů během návštěv pacientů s hypertenzí. Výsledky byly velmi neuspokojivé. Průměrná délka návštěvy pacienta v ordinaci byla 10 minut. Pouze u 40% těchto návštěv byla vedena diskuze ohledně životosprávy, z nichž u 81% trvala méně než ¼ z celkové délky návštěvy.

Závěr

Edukace pacientů s arteriální hypertenzí je neoddelitelnou součástí činností, které sestra s odbornou způsobilostí v ordinaci praktického lékaře provádí. Vysvětluje nemocnému, že léčba hypertenze není pouze medikamentózní. Informuje nemocného o výšce jeho krevního tlaku a připomíná správné cílové hodnoty. Zdůrazňuje faktory, které nemocný může spoluprací a správným postojem ovlivnit. Vede pacienta k trpělivosti především na začátku léčby. Je velmi důležité získat nemocného pro aktivní spolupráci.

Bibliografie a odkazy:

BEIGI M. A. B. ET AL. The Effect of Educational Programs on Hypertension Management. *International Cardiovascular Research Journal* [online]. 2014, 8 (3) [cit. 2015-02-15]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4109043/>.

CÍFKOVÁ, R., VAVERKOVÁ, H., FILIPOVSKÝ, J. a ASCHERMANN, M.. Summary of the European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). *Cor et Vasa*. 2014, roč. 56, č. 2, s. 200-246. ISSN 0010-8650.

CICOLINI, G., V. SIMONETTI, D. COMPARCINI, I. CELIBERTI, M. Di NICOLA, L. M. CAPASSO, M. E. FLACCO, M. BUCCI, A. MEZZETTI a L. MANZOLI. Efficacy of a nurse-led email reminder program for cardiovascular prevention risk reduction in hypertensive patients: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies* [online]. 2014, vol. 51, issue 6, s. 833-843 [cit. 2014-10-12]. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2013.10.010. Dostupné z:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748913003027>.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.

MILDER I. E. J. ET AL., Judith DE GROOT, BEMELMANS. Lifestyle counseling in hypertension-related visits--analysis of video-taped general practice visits. *BMC Family Practice* [online]. 2008, vol. 9, issue 1, s. 58- [cit. 2015-02-10]. DOI: 10.1186/1471-2296-9-58. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2577675/>.

PETRÁK, O. Domácí měření krevního tlaku – dobrý pomocník v léčbě hypertenze. *Medical Tribune CZ* [online]. 2013, č. 2 [cit. 2015-02-20]. Dostupné z:

<http://www.tribune.cz/clanek/30154>.

Kontakt:

PhDr. Jana Haluzíková, PhD.

Ústav ošetrovatelství

Slezská univerzita, FVP

Bezručovo nám. 14, Opava

E-mail: jana.haluzikova@fvp.slu.cz

IMPLEMENTACE ERGOTERAPIE DO VÝUKY VŠEOBECNÝCH SESTER SLEZSKÉ UNIVERZITY V OPAVĚ

IMPLEMENTATION OF OCCUPATIONAL THERAPY AT THE UNIVERSITY SILESIAN IN OPAVA

Zdeňka Římovská¹, Hana Heiderová², Jana Haluzíková³

^{1,2,3} Ústav ošetrovatelství, Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě

Shrnutí:

Článek seznamuje se zkušenostmi se zaváděním předmětu Ergoterapie do výukového programu všeobecných sester na Slezské univerzitě v Opavě.

Klíčová slova: ošetrovatelství, ergoterapie, multidisciplinární tým, všeobecná sestra, zkušenosti.

Summary:

The article introduces the experience with the introduction of training courses occupational therapy tutorial nurses Town at the Silesian University in Opava.

Keywords: nursing, occupational therapy, multidisciplinary team, nurse, experience.

Úvod

Současná doba klade na vzdělávání všeobecných sester čím dál tím vyšší požadavky. Praxe vyžaduje, aby sestra byla vzdělaná a připravená reagovat na zvyšující se nároky. Připravit studenty pro praxi je proto složitý proces, který se neobejde bez teoretických a praktických znalostí z řady oborů, jenž spolu úzce souvisí. Základnu tvoří multidisciplinární tým v čele s lékařem, fyzioterapeuty, sociálními pracovníky, všeobecnými sestrami a dalšími odborníky. Nepostradatelným členem týmu, který by měl úzce spolupracovat se všeobecnou sestrou je ergoterapeut. Z důvodu zkvalitnění výuky a rozšíření znalosti Slezská univerzita v Opavě zavedla do vzdělávacího programu všeobecných sester výuku volitelného předmětu Ergoterapie.

Cíl

Zajistit studentům odpovídající informace z výše uvedeného oboru, přispět tak ke zkvalitnění výuky i následnému využití získaných zkušeností v praxi. Formou cvičení dát možnost studentům vyzkoušet si jednotlivé vybrané postupy, zejména v oblasti sebeobsluhy a lokomoce pacientů.

Výsledky a diskuze

Před implementací do výukového programu jsme vycházeli ze skutečnosti, že 60% studentů 1. ročníku oboru všeobecná sestra neví, co ergoterapie představuje, nikdy se s pojmem nesešli a ergoterapeuta při práci neviděli. To, že ergoterapeut má, spolupracovat se všeobecnou sestrou neví, ale práce ergoterapeuta jim připadá důležitá. Vzhledem k tomu, že většinu studentů tvoří absolventi zdravotnických škol, je tato skutečnost alarmující. K podobnému zjištění jsme došli i v Městské nemocnici v Ostravě a Městské nemocnici v Opavě, kde jsme zjišťovali povědomí zdravotnického personálu o práci ergoterapeutů. Mnoho z nich nemá povědomí o tom, kdo je ergoterapeut a zda na jejich oddělení dochází.

Výuka Ergoterapie byla zařazena do vzdělávacího programu formou cvičení, kdy studenti sami mají možnost se aktivně podílet na skladbě cvičení a seminářů. Ergoterapie je nedílnou součástí komplexní péče o pacienty a spolupráce ergoterapeutů s ostatními členy týmu, zejména všeobecnou sestrou je tedy více než žádoucí. Propojení jednotlivých oborů a jejich logická návaznost přispívá ke zkvalitnění péče o pacienty. Předpokladem úspěšné spolupráce však je znalost obsahu oboru a kompetencí zmíněných odborníků ve vzájemném vztahu.

V seminářích a cvičeních studenti získávají znalosti z moderní ergoterapie, s důrazem na **hodnocení a trénink všedních denních činností (ADL)**.

- Trénink motorických, senzorických a kognitivních funkcí.
- Trénink používání kompenzačních pomůcek.

Ergoterapie je terapie motoricko-intelektuálních funkcí a sociálních schopností s cílem dosažení samostatnosti v osobním, sociálním a pracovním životě. Obsahuje také poradenskou činnost a to s hlavní orientací nejen na pacienta, ale i na jeho rodinné příslušníky. Dále na adaptaci, výběr vhodných kompenzačních pomůcek do domácnosti i pro lokomoci. Cílem ergoterapeutické intervence je dosáhnout v interdisciplinárním týmu zlepšení funkčního poškození pacienta, zabránit progresi a vzniku sekundárního poškození. Jedná se o týmovou práci, její úspěch je podmíněn spoluprací všech odborníků, kteří o pacienta pečují včetně zdravotních sester, fyzioterapeutů, soc. pracovníků, lékařů, psychologů a dalších. Spolupráce sestry a ergoterapeuta je při rehabilitaci, a nejen při rehabilitaci velmi důležitá, a to v každé fázi onemocnění pacienta. Je potřeba vymezit dané role a sjednat plán denního režimu. Velmi nutná je vzájemná komunikace o stavu klienta. Všechna činnost musí být v souladu s ordinací lékaře. Předpokladem pro kvalitní spolupráci týmu je informovanost a vzájemná komunikace. (Klusoňová, 2005). Ergoterapie je určena všem věkovým kategoriím, od dětí počínaje. Na počátku je potřeba vždy podrobné vyšetření a sestavení individuálního terapeutického plánu s ohledem na dg., a věk. Jiná terapie bude sestavena pro dítě s kombinovanou vadou, jiná pro dospělého při neurologickém onemocnění, jiná pro seniora. Cvičení jsou koncipována vždy k vybrané věkové kategorii.

Profese ergoterapie je jednou ze základních zdravotnických povolání, která poskytuje především rehabilitační péči. Ergoterapeut vykonává činnosti v rámci preventivní, diagnostické nebo léčebné a rehabilitační péče. Řadu činností musí ergoterapeut vykonávat na základě indikace lékaře, nicméně varianty ergoterapeutických postupů si stanovuje sám. Je však nezbytné dodržet cíl stanovený lékařem. Poradenskou činnost a instruktáž v oblasti prevence může ergoterapeut provádět individuálně bez přítomnosti lékaře. Tato profese nachází uplatnění i v sociálních službách jako poskytovatel zdravotní, rehabilitační péče v rámci zařízení sociálních služeb a také jako pracovník vykonávající základní výchovnou nepedagogickou činnost. Nezastupitelnou roli sehrává ergoterapie při nácviku běžných denních činností. Právě zde jsme využili možnosti nácviku mechanismů v rámci výuky cvičení ergoterapie. Smyslem je, aby všeobecná sestra byla schopná se v dané oblasti orientovat a v případě potřeby a (po dohodě s ergoterapeutem) pacientovi poradit a v určitých případech v práci ergoterapeuta pokračovat. K tomu je však zapotřebí, aby všeobecné sestry znaly obsah práce ergoterapeuta a vhodné by bylo, aby ergoterapeuti znali práci všeobecné sestry. Primárním zájmem ergoterapie je umožnit jedinci provádět činnosti nebo zaměstnávání, které považuje za užitečné a které přispívají ke zlepšení jeho celkového zdravotního stavu, kvality života a které jsou nezbytné pro jeho zapojení do společnosti.

V první etapě naší implementace jsme zavedli Ergoterapii jako jedno semestrální studium a následně v dalším semestru jsme doplnili o Základy ergonomie. Cvičení v obou předmětech byla přijata velmi pozitivně, což nám potvrdila zpětná vazba v hodnocení studentů. S ohledem na zájem studentů jsme předmět Ergoterapie od akademického roku 2016/17 rozšířili na dvousemestrální. Naším zájmem je nejen podat studentům nové informace, ale vytvořit možnost praktického nácviku v odborných učebnách a následného využití v praxi. Ergoterapie je terapie motoricko-intelektuálních funkcí a sociálních schopností. Jejím cílem je dosažení samostatnosti v osobním, sociálním a pracovním životě. Obsahuje také poradenskou činnost, a to s hlavní orientací nejen na pacienta, ale i na jeho rodinné příslušníky, na adaptaci, výběr

vhodných kompenzačních pomůcek do domácnosti i pro lokomoci. Jako příklad uvádím jednu z ukázek cvičení:

Příklad:

Diagnóza: příčné porušení míchy, paraplegie, kvadruplegie

Příčiny: zranění, zánět nebo expanzivní procesy v oblasti míchy

Léčebné cíle:

- udržení zbytku senzomotorických funkcí,
- nácvik trikových pohybů soběstačnost v denním životě (péče o vlastní hygienu, oblékání a svlékání),
- dalekosáhlá mobilita, a to v bytě i venku mimo byt, psychická aktivace.

Terapeutické metody, prostředky a formy:

- časná mobilizace, trénink úchopových funkcí (funkční hry),
- cvičení síly obratnosti a vytrvalosti v aplikaci na situace denního života,
- vybavení pomůckami na zpevnění zápěstí nebo dlahami,
- cvičení stání, cvičení oblékání, jedení a pití, manipulace s invalidním vozíkem,
- cvičení přesunů (do postele, do vany), trénink psaní,
- trénink schopností zvládat své bezprostřední okolí,
- psychická aktivace a stabilizace prostřednictvím skupinové terapie,
- porady pro rodinné příslušníky.

Po sestavení plánu si studenti jednotlivě nacvičí vybrané činnosti.

Závěr

Prioritním zájmem vysokých škol je připravit odborníky do praxe tak, aby byli schopni stát se plnohodnotnými členy multidisciplinárního týmu. V případě studia všeobecných sester je situace o to složitější, neboť se jedná o lidské zdraví. Péče o zdravotní stav člověka, vyžaduje neustálou pozornost, nové teoretické i praktické znalosti, koordinaci, integraci a aktivní účast klienta. Základním kamenem jsou tedy odborné teoretické znalosti poskytované odbornými institucemi, na které logicky navazují praktické dovednosti. Společným cílem zdravotnického týmu je nemocného v co nejkratší době vrátit do plného zdraví, zmírnit jeho potíže a snížit jeho utrpení. K tomu, aby byl zdravotnický tým ve své práci úspěšný, je nutná nejen dobrá spolupráce jednotlivých členů zdravotnického týmu, ale také koordinace činností všech zdravotníků a v neposlední řadě dostatečné znalosti poskytované vzdělávacími institucemi, v našem případě Slezskou univerzitou v Opavě. Věříme, že zavedením nových výukových předmětů ještě více zlepšíme znalosti všeobecných sester na Slezské univerzitě v Opavě, Fakultě veřejných politik, ústavu ošetřovatelství, a tím přispějeme ke zkvalitnění zdravotnické péče.

Bibliografie a odkazy:

KLUSOŇOVÁ, E. *Ergoterapie v praxi*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011. ISBN 978-80-7013-535-8.

KLUSOŇOVÁ, E., PITNEROVÁ, J. *Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti*. Brno: NCONZO, 2005. ISBN 80-7013-423-2.

Kontakt:

PhDr. Zdeňka Římovská, Ph.D.

Ústav ošetřovatelství

Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik

Bezručovo náměstí 14, Opava

E-mail: zdenka.rimovska@fvp.slu.cz

ABSTRAKTOVÁ SEKCE

Uvedené příspěvky jsou v rámci konferenčních aktivit prezentovány ve formě abstraktu.

EDUKACE ŽÁKŮ ZÁKLADNÍCH ŠKOL V PROVÁDĚNÍ ZÁKLADNÍ KARDIOPULMONÁLNÍ RESUSCITACE

EDUCATING PRIMARY SCHOOL PUPILS IN BASIC LIFE SUPPORT

Pavλίna Rabasová¹

¹ Ústav ošetrovatelství, Fakulta veřejných politik, Slezská univerzita v Opavě

Abstrakt

Úvod: Kardiopulmonální resuscitace je obecně souborem úkonů, které mohou zabránit nezvratnému poškození životně důležitých orgánů jako je mozek a srdce. Při poskytnutí kardiopulmonální resuscitace laickým zachráncem se zvyšuje šance na přežití srdeční zástavy (Šeblová, Knor a kol., 2013, s. 105). Je tedy vhodné podpořit a zkvalitnit výcvik kardiopulmonální resuscitace u laické veřejnosti. Jednou z možností je realizace edukačních programů, školení a kurzů s tématem kardiopulmonální resuscitace. Slezská univerzita v Opavě ve spolupráci s Magistrátem města Opavy takovéto edukační programy aktivně podporují. Studenti oboru Všeobecná sestra Ústavu ošetrovatelství Fakulty veřejných politik Slezské univerzity v Opavě se mohou realizovat v edukační činnosti a své odborné znalosti a praktické dovednosti předávat svým dětským posluchačům. *Cíl:* Realizace školení základní kardiopulmonální resuscitace pro žáky základních škol v Opavě a blízkém okolí. Cílem školení je připravit žáky vybraných základních škol v poskytování jednotlivých úkonů základní kardiopulmonální resuscitace dle aktuálních doporučených postupů pro resuscitaci 2015. *Design:* Edukace. *Metodika:* Teoretická a praktická výuka základní kardiopulmonální resuscitace u žáků vybraných základních škol. Při realizaci edukace byly využity vybrané metody – přednáška, vysvětlování, předvádění a pozorování, práce s obrazem – PowerPoint, instruktáž, praktické cvičení a hraní rolí. Edukace probíhala v období říjen – prosinec 2015. Na edukaci se aktivně podíleli studenti oboru Všeobecná sestra Ústavu ošetrovatelství Fakulty veřejných politik Slezské univerzity v Opavě. *Výsledky:* Celkem bylo proškoleno 506 žáků čtvrtých až devátých tříd ze 7 základních škol v Opavě a blízkém okolí. Žáci základních škol se velmi aktivně zapojili do teoretické i praktické výuky. Studentům Slezské univerzity kladli velmi věcné otázky, které se týkaly problematiky kardiopulmonální resuscitace a situací, kdy oni sami nebo jejich blízcí museli poskytovat určitou první pomoc. Žáci se během jedné edukační lekce, která byla časově vymezena na 3 vyučovací hodiny, naučili aplikovat základní algoritmus při poskytování kardiopulmonální resuscitace laickým zachráncem. Pro žáky byla nejobtížnější zejména fyzická náročnost v provádění nepřímé srdeční masáže. *Závěr:* Při pravidelném nácviku jednotlivých úkonů základní kardiopulmonální resuscitace získávají děti větší důvěru a sebevědomí v provádění neodkladné resuscitace. V reálné situaci tak mohou být schopni poskytnout osobě v bezvědomí první pomoc případně i neodkladnou kardiopulmonální resuscitaci. Pozitivní ohlas základních škol a proškolených dětí byl impulzem pro realizaci dalších edukačních programů. V roce 2016 se o edukační lekce přihlásilo 15 základních škol v Opavě a blízkém okolí, cílem je v roce 2016 – 2017 proškolit 1511 dětí pátých až devátých tříd.

Klíčová slova: bezvědomí, bezdeší, základní kardiopulmonální resuscitace, dospělý, dítě, edukace.

Etické aspekty a konflikt zájmu

Edukační program probíhal na základě požadavku vedení vybraných základních škol. Žáci základních škol se edukačních lekcí účastnili dobrovolně. Edukační lekce podporuje i Fakulta veřejných politik Slezské univerzity v Opavě.

Bibliografie a odkazy:**Monografie:**

ŠEBLOVÁ, J., KNOR, J. a kol. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 400 s. ISBN 978-80-247-4434-6.

Kontakt:

Mgr. Pavlína Rabasová, Ph.D., RN

Ústav ošetřovatelství

Fakulta veřejných politik v Opavě

Slezská univerzita v Opavě

Bezručovo náměstí 14, Opava

E-mail: pavlina.rabasova@fvp.slu.cz

Sborník vědecké a odborné konference
s mezinárodní účastí s názvem
Pacient je naší prioritou

24. listopadu 2016

Opava

Roman Adamczyk, Jana Kačorová, Jana Haluzíková, eds.

(Podíl editorů: 70 %, 15 %, 15 % v uvedeném pořadí.)

Technický redaktor: Mgr. Bc. Roman Adamczyk, Ph.D.

Slezská univerzita v Opavě
Fakulta veřejných politik v Opavě
Ústav ošetřovatelství

Vydání první

Počet stran: 211

Náklad elektronicky

Opava 2017

ISBN 978-80-7510-226-3