



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

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

# **C E S T A K MODERNÍMU OŠETŘOVATELSTVÍ 2024**

*která se uskutečnila dne 18.09. 2024 ve FN Motol*



**ISBN: 978-80-87347-54-6**

**Název publikace:**

Cesta k modernímu ošetrovatelství 2024: recenzovaný sborník příspěvků a abstrakt z odborné konference s mezinárodní účastí

**Editor:**

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

**Vydala:**

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

jako svou 53. publikaci.

Počet stran:	133
Vydání:	první, Praha, 2024
Náklad:	elektronicky
Grafická úprava:	Daniel Jirkovský

**Neprodejné!**

Tato publikace neprošla jazykovou úpravou.

Copyright © Fakultní nemocnice v Motole  
Copyright © Autoři jednotlivých příspěvků

**ISBN: 978-80-87347-54-6**

## OBSAH:

	<b>str.</b>
<b>PŘEDMLUVA</b>	8
Jirkovský Daniel (1), Nováková Jana (2) 1 - Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta, Ústav ošetřovatelství 2. LF UK a FN Motol 2 - Fakultní nemocnice v Motole	
<b>ZAMĚSTNANECKÉ ROLE, ŽIVOTNÍ VOLBY A PÉČE O SEBE SAMA</b>	9
Koťa Jaroslav Univerzita Karlova, Filosofická fakulta, Katedra pedagogiky	
<b>MŮJ VEDOUCÍ PODPORUJE ZAVÁDĚNÍ DIGITÁLNÍCH TECHNOLOGIÍ DO PRAXE, AVŠAK KOLEGOVÉ MAJÍ OBAVY: VÝSLEDKY Z PRŮZKUMU ZAMĚŘENÉHO NA NÁZORY NELÉKAŘSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ Z HL. M. PRAHY A STŘEDOČESKÉHO KRAJE</b>	14
Mandysová Petra (1), Kažmírová Oxana (1), Krause Martin (2), Pekara Jaroslav (2), Mikkonen Kristina (3), Tomietto Marco (4), Jarva Erika (3) 1 – Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, 2 – Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., 3 – University of Oulu, Faculty of Medicine, Research Unit of Health Sciences and Technology (Finsko), 4 – Northumbria University, Faculty of Health & Life Sciences, Newcastle upon Tyne (Velká Británie)	
<b>RED CAR THEORY: PROJEKCE DO OŠETŘOVATELSTVÍ</b>	17
Neugebauer Jan Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta, Ústav ošetřovatelství 2. LF UK a FN Motol	
<b>INOVAČNÉ TECHNOLOGIE V LIEČBE PACIENTOV S OCHORENÍM DIABETES MELLITUS 1. TYPU - PREZENTÁCIA PROJEKTU KEGA</b>	20
Cinová Jana, Novotná Zuzana, Šimová Zuzana, Derňarová Ľubica, Šuličová Andrea, Šantová Tatiana Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra ošetrovateľstva	
<b>TELEMEDICÍNA A TELEOŠETROVATELSTVO - VÝHODY A NEVÝHODY</b>	25
Doktorová Gabriela, Čapská Jana, Tomíková Eva Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra ošetrovateľstva	
<b>KVALITA PRACOVNÍHO ŽIVOTA VŠEOBECNÝCH SESTER</b>	27
Hujová Aneta (1), Zemanová Miroslava (1), Stupková Daša (1,2) 2 - Univerzita Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem, Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetřovatelství 2 - Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave, Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií	
<b>PSYCHICKÁ PRACOVNÁ ZÁŤAŽ A SPOKOJNOSŤ SESTIER PRACUJÚCICH S GERIATRICKÝMI PACIENTAMI</b>	35
Matišáková Iveta (1), Kadlecová Jana (2), Gerlichová Katarína (1) 1 - Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne, Fakulta zdravotníctva 2 - Fakultná nemocnica Trenčín	

<b>FAKTORY FYZICKEJ ZÁŤAŽE SESTIER PRACUJÚCICH V ODBOROCH VNÚTORNÉHO LEKÁRSTVA</b>	37
Dziacka Alena (1), Botíková Andrea (1), Bobeničová Jaroslava (2)	
1 - Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra ošetrovateľstva	
2 - Fakultná nemocnica F. D. Roosevelta v Banskej Bystrici	
<b>NOVÉ FORMY PSYCHICKEJ PODPORY A SEBEROZVOJE PRACOVNÍKŮ VE ZDRAVOTNICTVÍ</b>	39
Nováková Peršínová Lenka (1,2), Řezníčková Alice (1,3)	
1 - Fakultní nemocnice v Motole, Psychosociální intervenční tým	
2 - Fakultní nemocnice v Motole, Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol	
3 - Fakultní nemocnice v Motole, Útvar náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	
<b>FAKTORY PRACOVNÍHO PROSTŘEDÍ JAKO DETERMINANT ZDRAVÍ SESTER</b>	40
Škarka David, Kilíková Mária	
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n.o.	
<b>ADAPTÁCIA SESTIER ABSOLVENTIEK NA LÔŽKOVOM ODDELENÍ</b>	42
Šimovcová Darina (1), Micháliková Zuzana (1,2), Polerecká Dominika (1)	
1 - Trenčianska univerzita A. Dubčeka v Trenčíne, Fakulta zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva,	
2 - SZU Bratislava, Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií	
<b>INSPIRACE ZE STÁŽE VE FINSKU</b>	45
Vundererová Karolína (1,2)	
1 - Fakultní nemocnice v Motole, Klinika dětské hematologie a onkologie 2. LF UK a FN Motol	
2 - Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta, Ústav ošetrovateľství 2. LF UK a FN Motol	
<b>PRÍBEH SMÚTKU A JEHO ÚZDRAVA CESTOU OŠETROVATEĽSTVA</b>	46
Rabinčák Marek	
Psychiatrická nemocnica Michalovce, n.o., Úsek ošetrovateľstva, Michalovce	
<b>VPLYV ŽIVOTNÉHO ŠTÝLU NA ZDRAVIE SENIOROV</b>	52
Martinková Jana, Puteková Silvia	
Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra ošetrovateľstva	
<b>INFORMOVANOSŤ SESTIER O SYNDRÓME KREHKOSTI</b>	54
Tomíková Eva, Doktorová Gabriela, Jana Čapská	
Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra ošetrovateľstva	
<b>PROBLEMATIKA VÝSKYTU POOPERAČNÉHO DELÍRIA U SENIOROV PO ORTOPEDICKOM VÝKONE</b>	56
Cuperova Jana, Ľubomíra Tkáčová, Mrosková Slávka	
Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra ošetrovateľstva	
<b>HODNOCENÍ BOLESTI U KLIENTŮ S TĚŽKOU DEMENCÍ VE VYBRANÝCH SOCIÁLNÍCH ZAŘÍZENÍCH</b>	63
Libešová Lucie	
Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, Fakulta zdravotníckých studií, Katedra ošetrovateľství	

<b>VYUŽITIE TELEMONTORINGU PRI SELFMANAŽMENTE U SENIOROV</b>	65
Tkáčová Ľubomíra, Majerníková Ľudmila, Hudáková Anna, Obročníková Andrea Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra ošetrovateľstva	
<b>SPOTŘEBA KOFEINOVÝCH NÁPOJŮ MEZI VYSOKOŠKOLSKÝMI STUDENTY</b>	70
Libešová Lucie, Slavíková Karolína Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovateľství	
<b>KVALITA A BEZPEČÍ POSKYTOVANÉ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE VE VYBRANÝCH NEMOCNICÍCH</b>	72
Bartoníčková Daniela (1), Kohanová Dominika (2), Mazalová Lenka (1), Holušová Lucie (1), Lorencová Nikola (1), Fišerová Anna (1) 1 - Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetrovateľství, 2 - Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva	
<b>FAKTORY SOUVISEJÍCÍ SE VZNIKEM DEKUBITŮ U PACIENTŮ DLOUHODOBÉ LŮŽKOVÉ ZDRAVOTNÍ PÉČE</b>	73
Matoušek Pavel, Raudenská Jaroslava, Javůrková Alena Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta, Ústav ošetrovateľství 2. LF UK a FN Motol	
<b>OŠETROVATELSKÝ PROBLÉM - NARUŠENÁ INTEGRITA KOŽE</b>	75
Katriňáková Tatiana (1,2), Kilíková Mária (1) 1 - Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, n. o., Detašované pracovisko bl. Sáry Salkaházi 2 - Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, n. o., Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce sv. Ladislava	
<b>KRÁTKÁ INTERVENČNÁ SISTER U KUŘÁKŮ V ODBORNÝCH AMBULANCÍCH INTERNÍ KLINIKY 2. LF UK A FN MOTOL</b>	77
Felbrová Vladislava, Lisová Kateřina, Řejhová Libuše, Drexlerová Irena, Fontánová Stanislava, Hájková Helena, Havlíková Jana, Jarschová Lýdie, Šolcová Irena, Špicnerová Veronika, Jarschová Lýdia, Vyskočilová Radka Fakultní nemocnice v Motole, Interní klinika 2. LF UK a FN Motol	
<b>JAK SE VYZNAT V DYSLIPIDEMII A HYPOLIPIDEMIKÁCH</b>	78
Koláčná Tereza Fakultní nemocnice v Motole, Neurologická klinika 2. LF UK a FN Motol	
<b>ZMAPOVANIE FAKTOROV OVPLYVŇUJÚCICH KARDIOVASKULÁRNE RIZIKO PACIENTOV S KORONÁRNÝM SYNDRÓMOM</b>	80
Bálint Gabriel (1,2), Slezáková Zuzana (2) 1 - Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, a.s., Oddelenie akútnej kardiológie, Bratislava 2 - Slovenská zdravotnícka univerzita, Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií	
<b>HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA PO BARIATRICKÉ OPERACI</b>	82
Plochá Kateřina (1), Karnosová Petra (2) 1 - Fakultní nemocnice Plzeň, Oddělení klinické dietologie, 2 - Fakultní nemocnice Plzeň, II. interní klinika	

<b>EDUKÁCIA A JEJ VPLYV NA SELFMANAŽMENT U PACIENTA</b>	84
Magurová Dagmar (1), Majerníková Ľubomíra (1), Obročníková Andrea (1), Tkáčová Ľubomíra (1), Galdunová Helena (2)	
1 - Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra ošetrovateľstva,	
2 - Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra pôrodnej asistencie	
<b>MÜNCHHAUSENŮV SYNDROM BY PROXY U PACIENTA LÉČENÉHO PRO MEDULOBLASTOM</b>	92
Schramm Filip, Vejsadová Pavlína, Švojgr Karel, Víchová Jana	
Fakultní nemocnice v Motole, Klinika dětské hematologie a onkologie 2. LF UK a FN Motol	
<b>PLÁNOVÁNÍ PÉČE NA KONCI ŽIVOTA: DEAKTIVACE ICD</b>	94
Lužová Eva (1), Bulava Alan (2)	
1 - Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta,	
2 - Nemocnice České Budějovice, Kardiologické oddělení	
<b>PSYCHICKÝ DISTRES U ŠTUDENTOV OŠETROVATEĽSTVA</b>	95
Poliaková Nikoleta, Králová Eva, Švábiková Kristína	
Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne, Fakulta zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva	
<b>ROZVOJ A ANALÝZA ALGORYTMU ŘETĚZCE PŘEŽITÍ V EXTRÉMNIÍCH PODMÍNKÁCH LABORATOŘE NA PEVNINĚ A POD VODOU PROSTŘEDNICTVÍM IN-SITU SIMULACÍ</b>	97
Nigrovičová Věra (1), Šípek Jan (1), Kroftová Min Kim (2), Vidal Michaela (1), Hřebcová Petra (1), Šimeček Vojtěch (1), Bureš Jan (1)	
1 - Fakultní nemocnice v Motole, Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny 2. LF UK a FN Motol,	
2 - Fakultní nemocnice v Motole, Oddělení urgentního příjmu dospělých	
<b>IMPLEMENTÁCIA NOVÝCH METÓD VO VÝUČBE HISTÓRIE OŠETROVATEĽSTVA NA PRINCÍPE STORYTELLINGU</b>	99
Botíková Andrea, Boroňová Jana, Čapská Jana, Doktorová Gabriela, Dziacka Alena, Kabátová Olga, Lajdová Andrea, Tomíková Eva, Uríčková Alena	
Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra ošetrovateľstva	
<b>ZKUŠENOSTI ČLENŮ PICC TÝMU SE VZDĚLÁVÁNÍM SESTER V ZAVÁDĚNÍ ŽILNÍCH VSTUPŮ A S JEJICH PŮSOBENÍM VE VYBRANÝCH FAKULTNÍCH NEMOCNICÍCH</b>	101
Tlachač Zdeněk (1,2), Lukešová Aneta (1), Zvoníčková Marie (3,4)	
1 - Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Klinika anesteziologie a resuscitace 3. LF UK a FNKV	
2 - Ústřední vojenská nemocnice - VojFN Praha, Chirurgická klinika 2. LF UK a ÚVN-VojFN Praha	
3 - Univerzita Karlova, 3. lékařská fakulta, Ústav ošetrovateľství	
4 - Ústřední vojenská nemocnice - VojFN Praha, oddělení vzdělávání	
<b>NOVÉ TRENDY OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI O PALIATÍVNEHO PACIENTA</b>	103
Čapská Jana, Tomíková Eva, Doktorová Gabriela	
Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra ošetrovateľstva	

<b>ROLE NUTRIČNÍHO TERAPEUTA V PREVENCI A LÉČBĚ SYNDROMU RED-S U HRÁČŮ LEDNÍHO HOKEJE</b>	104
Štorková Anna Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta	
<b>AUTIZMUS AKO SOCIÁLNÝ A OŠETROVATEĽSKÝ PROBLÉM</b>	105
Rapčíková Tatiana (1), Gorná Michaela (1,2), Valentová Kristína (3) 1 - Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave, Fakulta zdravotníctva so sídlom v Banskej Bystrici, 2 - Zdravotnícká záchranná služba Moravskoslezského kraje, Ostrava 3 - Detské oddelenie NsP Veľký Krtíš	
<b>POLYPRAGMÁZIA A SENIOR</b>	112
Puteková Silvia, Martinková Jana Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra ošetrovateľstva	
<b>AUTONÓMIA V ROZHODOVANÍ PRI SEXUÁLNE PRENOSNÝCH OCHORENIACH</b>	118
Galdunová Helena (1), Magurová Dagmar (2), Majerníková Ľudmila (2), Morjaková Simona (1) 1 - Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra pôrodnej asistencie 2 - Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra ošetrovateľstva	
<b>OD NOVÁČKA K EXPERTOVI: TRANSFORMACE OŠETŘOVATELSKÉ PRAXE PODLE TEORIE PATRICIE E. BENNEROVÉ</b>	124
Jirkovský Daniel, Neugebauer Jan, Haluzíková Jana Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta, Ústav ošetrovateľství 2. LF UK a FN Motol	
<b>KOLBŮV MODEL UČENÍ SE PRAXÍ: APLIKACE V OŠETŘOVATELSTVÍ</b>	127
Jirkovský Daniel, Haluzíková Jana, Neugebauer Jan Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta, Ústav ošetrovateľství 2. LF UK a FN Motol	
<b>INTEGRACE NOVÝCH TECHNOLOGIÍ V OŠETŘOVATELSTVÍ A V OŠETŘOVATELSKÉM VZDĚLÁVÁNÍ</b>	130
Jirkovský Daniel Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta, Ústav ošetrovateľství 2. LF UK a FN Motol	

## PŘEDMLUVA

Jirkovský Daniel (1), Nováková Jana (2)

1 - Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta, Ústav ošetřovatelství 2. LF UK a FN Motol

2 - Fakultní nemocnice v Motole

*Vážené kolegyně, vážení kolegové,*

*s velkou radostí Vám představujeme sborník z odborné konference s mezinárodní účastí „Cesta k modernímu ošetřovatelství 2024“.*

*Letošní konference byla výjimečná velkou rozmanitostí příspěvků, které zazněly. Přednášející, ať už z České republiky, nebo ze zahraničí, přinesli do diskuse široké spektrum témat, která reflektují aktuální trendy, výzvy i příležitosti v ošetřovatelství. Bylo inspirující sledovat, jak se jednotlivé příspěvky vzájemně doplňovaly a jak se v nich prolínaly teoretické poznatky s praktickými zkušenostmi. Tento sborník, který nyní držíte v rukou, obsahuje výběr z těchto sdělení – konkrétně 18 plnotextových příspěvků a 23 abstraktů, které nabízejí stručný přehled dalších zajímavých témat, jež na konferenci zazněla.*

*Naším cílem, při sestavování tohoto sborníku, bylo vytvořit materiál, který nejen dokumentuje průběh konference, ale zároveň Vám poskytne inspiraci a podněty pro Vaši každodenní praxi. Věříme, že každý z Vás zde najde něco, co ho zaujme, obohatí nebo přiměje k zamyšlení. Ať už jde o nové poznatky z oblasti ošetřovatelské teorie, inovativní přístupy k péči o pacienty, nebo příklady dobré praxe z různých zdravotnických zařízení, jsme přesvědčeni, že tento sborník se stane cenným zdrojem informací pro každého, kdo se zajímá o moderní ošetřovatelství.*

*Jedním z hlavních přínosů naší každoroční konference je možnost setkávání a vzájemného sdílení zkušeností. V době, kdy se zdravotnictví neustále vyvíjí a kdy čelíme novým výzvám, je nesmírně důležité, abychom spolupracovali, učili se jeden od druhého a společně hledali způsoby, jak zlepšit péči o naše pacienty. Konference nám poskytuje jedinečnou příležitost nejen k předávání a k získávání odborných znalostí, ale také k rozvíjení diskusí a budování profesních vztahů. Věříme, že právě tato spolupráce a vzájemná podpora jsou klíčem k tomu, abychom mohli náš obor posouvat směrem k modernějšímu a efektivnějšímu ošetřovatelství.*

*Rádi bychom touto cestou poděkovali všem, kteří se na konferenci podíleli – ať už jako členové organizačního týmu, přednášející, nebo účastníci.*

*Již nyní se těšíme na další ročník naší konference, který se uskuteční v roce 2025 a který bude zároveň jubilejním, dvacátým pátým ročníkem. Doufáme, že se s Vámi opět setkáme a že budeme pokračovat na naší společné cestě k modernímu ošetřovatelství.*

*S přáním všeho dobrého*

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

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



## ZAMĚSTNANECKÉ ROLE, ŽIVOTNÍ VOLBY A PÉČE O SEBE SAMA

Kořa Jaroslav

Univerzita Karlova, Filosofická fakulta, Katedra pedagogiky

Za dobu, kdy z iniciativy katedry ošetřovatelství v Motole probíhají konference, bylo probráno již mnohé z problematiky ošetřovatelství jako profese, která prošla dramatickou emancipační dráhou, bylo řečeno mnohé, co tento obor v dalších letech čeká. Protože v současnosti žijeme ve zvláštní době, kdy se namísto cílů či dosažení celé cílové struktury vede v oblasti vzdělání a v řadě oborů řeč o kompetencích, objevují se snahy objektivizovat mnohé procesy, které z jejich povahy nelze přesně uchopit a mnohé ani nemá dobrý smysl kvantifikovat a měřit; přesto ideál exaktnosti a měřitelnosti se nepříteli šťastně prosazuje do celé řady oborů; problematika hloubky je nahrazována otázkou efektivity apod. To vše jsou procesy vytvářející nejen nové trendy, ale i především zvláštní, obtížně uchopitelné klima ve společnosti, v níž žijeme a zdá se, že ještě dlouho budeme pobývat. Nebudu mluvit o proměnách v profesionalizaci a trendech k deprofesionalizaci profesí včetně ošetřovatelství, ale dovoluji, abych se zaměřil na některé méně zjevné předpoklady dění, jehož jsme účastní v současném světě. Začneme u toho, že veškeré dnešní profese navazují na vzdělanostní kořeny vytvořené v evropské kultuře a vzdělanosti, na kořeny sahající hluboko až do antického světa.

Dovolte mi začít připomenutím, že již ex post jmenovaný otec existencialismu – dánský filosof Søren Kierkegaard – rozlišoval doby zanícené a doby reflexivní. Zanícené doby jsou ty, kdy velké množství lidí spojí jedna velká idea a mluví jednou společnou řečí, což se může odehrát například v období velkých revolučních společenských proměn. Starší z nás, měli možnost zažít dvě výrazná zanícená období. Jedno sjednotilo celé naše národní společenství ve všeobecném odporu, který vyvolala ruská okupace v r. 1968. Tehdy se na stranu všeobecného a jednotného odporu postavili i policisté, vojáci, celníci, a dokonce i většina politiků atd. Kolektivní euforická jednota trvala nejméně do návratu unesených politiků z jednání v Moskvě, kdy náhle bylo jasné, že se okupantům podařilo politickou reprezentaci s naprosto nevídanou bezprecedentní podporou a důvěrou národa zlomit. Druhou dobu zanícenou jsme zažili v listopadu 1989, kdy se občanské společnosti podařilo během několika dní přivést k pádu totalitní režim. Nadšení nějakou dobu trvá a doby zanícené (to Kierkegaard ve svých analýzách nemá) se nesmazatelně zapisují do paměti těch, kdo je zažili, byli jejich aktéry nebo přinejmenším spoluúčastníci nebo svědci. Tak se do duší všech obyvatelů zapsalo vědomí rostoucí svobody a vzestupu z konce šedesátých let. V odporu proti okupantům, se také vyzkoušely během krátké doby veškeré intelektuální formy společenského odporu, které se znovu a úspěšně použily v roce 1989, kdy sametová revoluce proběhla jako informační bitva mezi kulturní frontou a nekulturním vedením společnosti. A to bez výstřelů, které staré revoluce doprovázely.

Ale po době zanícené přicházejí doby reflexivní. O nich Kierkegaard podrobně pojednal a uváděl, že již nejsou tou dobou sjednocující společné vzepětí všech. Naopak: reflexivní doba je založena na rozumu, je nezanícená, a i když na chvíli dokáže vzplanout, „vzápětí důmyslně spočine v nečinnosti“. K tomu lze dodat, že lze sáhnout po statistikách a rozehrát hru na čísla spotřeby toho či onoho zboží, jednat o stoupající či klesající míře inflace, o drobných poklescích a skandálech mocných, ale současně za vším tím hemžením cítíme ztrátu autenticity, ztrátu rozhodnosti a snahy neřešit nic podstatného. Jedinci nakonec stojí často i proti sobě samým. Inscenujeme úchvatné klamy a sebeklamy, mnozí propadají ohromující netečnosti, ochablosti a únavě, která nedovoluje se vymanit z reflexí postrádajících vznětlivost doby zanícené.

Je-li hlavním rysem reflexivní doby rozumnost, pak je třeba vyzvednout, že taková doba má v sobě také světlé okamžiky. „převažující reflexivnost je podmínkou vyšší významnosti“, protože zvyšuje, jak uvedl myslitel: „průměrnou zdatnost“. Reflexivita není zlo, ale vede k obojetnosti a zkaženosti, příliš často mění předpoklady aktivit v úhybné vytáčky, vyvolává a podporuje zpětný pohyb.

Současnost je dobou bytostně rozumovou a nezanícenou, proto by nikoho nemělo překvapovat, že co společenství získává na extenzitě, to jí schází na intenzitě. Lze uvést, že „jedinec ví všechno možné a je vším možným,“ ocitá se v protikladech sám se sebou, což je vlastně totéž jako nebýt „vůbec ničím“. Doba

reflexivní je doba, kdy převládne průměrnost, či chcete-li hlas veřejnosti, nikoliv oduševnělé hloubky. A tímto způsobem se doby zanícené, kdy všichni mluví stejně jedním hlasem o podstatném, mění v epochu velké tlachavosti. Co znamená tlachat? Je to zrušení diference mezi mlčením a mluvením. V tom smyslu platí: pouze ten, kdo umí bytostně mlčet, umí také bytostně mluvit, a pouze ten, kdo umí bytostně mlčet, umí bytostně jednat. Tlachavost umí vydělávat na extenzitě, proto je vždy možné tlachat o vše možném a lidé ani nemusí přestat mluvit o mnoha nepodstatných záležitostech.

Zkusme se podívat na otázku, jak je tomu s reflexí? Poslední velký evropský metafyzik Georg Wilhelm Fridrich Hegel filosofii definoval jako Minervinu sovu, která vylétá za soumraku a kreslí své šedé stíny na šedé zdi. Jeho současník Goethe mluvil o tom, že zelený je strom života a šedivá je teorie. Protože géniové neopisují od druhých, Hegel v momentě reflexivity, která směřuje k vědě, podtrhnul poeticky šedivý charakter teoretické reflexe. To, že Minervina sova vylétá za soumraku, je zdůrazněním okolnosti, že události je možné reflektovat teprve poté, co se odehrály, po dni aktivity přichází soumrak, zklidnění a pokus o promyšlení toho, co již proběhlo. Teoretická reflexe zjednodušuje bohatost nekonečně rozmanité skutečnosti, soustředí se na vybrané stránky a segmenty světa, a z tohoto hlediska vybírá abstraktní (vytržené a ozvláštněné) charakteristiky předmětů, což je odvozeno z latinského abs-traho: vy-trhnout, od-tahovat, vy-dělovat některé stránky věcí a událostí ze souvislostí a zaměřit na ně pozornost. Abstrahovat, znamená zjednodušit pohled, proto je veškeré pozitivní věda, ať chceme či nechceme reduktivní proti světu našeho prožívání.

Reflexivita, kterou žijeme dnes, vyžaduje promyšlení minulosti a zvažování projektů budoucnosti. Obojí - jak rekapitulace odžitého, tak projekce budoucího - jsou tím, co nás nesmírně silně ovlivňuje. Na jednu stranu zásadně platí, že to, čím jsme, jsme historicky. Jsme takoví a tím, k čemu nás předchodí generace vývojově přivedly, a to včetně ideového světa, a porozumění světu, v němž se dnes pohybujeme. Minulost se odráží i v rolích, a jak upozorňoval Émil Durkheim v utlačivých společenských silách, které ovlivňují naše životy a jsme schopni nebo nuceni je akceptovat. To jsou síly určující naše rolové jednání. Jsou těmi, které nám předepisují, jak se máme v té či oné roli chovat. Durkheim hovořil o utlačivé moci morálky, jazyka, práva, módy atd., které určují, kde jsou meze a možnosti lidského jednání. Jak upozornil již W. I. Thomas na počátku dvacátého století ve studii O neposlušné dívce, od okamžiku narození je dítě nejen opečováváno rodiči, ale ti kontrolují každý jeho pohyb a krok. A jakmile by se dítě chtělo odchýlit od povoleného a společností předurčeného jednání, je mu ihned zastavena jeho činnost. Jedinec je daleko dříve, než začne brát rozum, veden ke společensky schvalovaným typům jednání, což vlastně znamená, že proces socializace lidské bytosti se odehrává tak, že jsme nuceni se přizpůsobovat utlačivým mocem společenství, přičemž jde o to, abychom utlačivé moci vnímali jako co nejméně omezující nebo utlačivé. Obecně lze říci, že jakmile člověk v průběhu socializace vrůstá do role, vstupuje do jednání, které je společností typizováno, má předepsané podoby či formy - což je důležité, protože chování jedince v roli je společností kontrolovatelné a vymahatelné. Říkáme-li, že role jsou předepsané formy chování okolím jedince čili jde o tzv. normované chování, tak to samozřejmě vede k otázce, do jaké míry jsme vlastně svobodní.

Lze namítnout, že diskutovat o tom, zda lékař, lékařka, zdravotní sestra, učitel či učitelka jsou svobodné bytosti se zdá být v tuto chvíli a na tomto místě asi nepatřičné. Proto připomenu, že když v posledních desetiletích sociologové a sociální psychologové zkoumali možnosti, jak v určité roli vytvářet uvnitř jejího plnění prostor pro svobodnou vůli, poukázali na to, že nejde dnes tolik o nějakou libovůli, ale spíše o to, jak vlastně jedinec spolu s rolí přijímá společenské aspekty role - tedy soubor etických a morálních povinností, které považujeme obvykle za cosi daného, zcela samozřejmého, a nikoliv historicky zformovaného a občas i nahodilého. S rolí prodavače se pojí představa, že bude jednat s lidmi zdvořile, úslužně, nebude šidit zákazníky apod., s rolí ošetřujících se pojí představa, že bude pečovat o tělo i duši pacientů, těch, kteří trpí, prožívají bolesti a nejistotu, jsou nemocní, a mnohdy i bezmocní. Může se na první pohled zdát, že jde především o péči o tělo a jeho fungování, ve skutečnosti víme, že stranou nelze ponechat ani psychický stav, tedy jistou míru péče o duši klientů.

V anglosaském světě se užívá výraz commitment, což je vypěstovaná a kultivovaná vazba na profesi a vědomí poslání, které je s jejím výkonem spjaté a nerozlučně provázané. A jak jsem se pokusil ve zkratce

vyjádřit: To, jak má vypadat role pedagoga, či lékaře nebo sestry v ošetrovatelství – to v těch nejdůležitějších obrysech stanovili ti, co už dávno tento svět opustili. Vstupujeme do světa rolí, povinností a společenských neviditelných a nehmotných závazků, které tím, že je plníme, nás vedou k tomu, že nás společenství druhých lidí odměňuje uznáním, získáváme pocit identity, víme, kdo jsme, jakou máme profesi, pozici, co se od nás očekává, získáváme pocit zakotvení v životě a ve společnosti – a jsme za výkon rolí také odměňováni, získáváme prestiž. Jsme odměňováni nejen honoráři, ale i pochvalami, prémie, občasnými diplomami a vyznamenáními, čímž nabýváme pocit, že role nás obohacují a dávají našemu životu smysl a cíl. Jak upozorňoval sociolog P. L. Berger: role jsou podobné vězení, ale my jsme v tomto vězení rádi, protože jsme nejen odměňováni, ale získáváme pocit smyslu a důležitosti v životě, získáváme vědomí svého vlastního životního poslání.

Ve společnosti je to prostě a jednoduše tak, že školy nás dlouho připravují na plnění nejrůznějších rolí. A teprve až je zvládneme a prokážeme, že se v nich umíme pohybovat, můžeme být jmenováni do pozic, které označujeme jako profese sestry, učitelky, politika, vrátného, ředitele, instalatéra apod. Zvládnout roli, znamená možnost ucházet a získat ve společnosti žádoucí pozici.

Jenomže nejde o jednoduchý proces. Cítíme, že nejsme jenom hráči rolí, kteří na sebe postupně nabalují haldy povinností, z nichž mnohé se nám časem mohou jevit jako zbytečné, zatěžující, jako velký životní omyl apod. Cesta k únavě a vyhoření bývá dlouhá, ale přivádění jsou na tuto dráhu především jedinci, kteří jsou v každodenním kontaktu s druhými lidmi. Mezi ženami vyhledávající terapeutickou pomoc jsou v posledním století stále častěji ty, které jsou vysoce angažovány v mezilidských vztazích. Proto najdeme mezi nimi soudkyně, učitelky, lékařky, zdravotní sestry, vychovatelky a mnohé další. Právě pro ně lékař Michael Balint za druhé světové války vynalezl tzv. Balintovské semináře, které měly těmto jedincům, dát možnost supervize a nápravy, která je opět vrátí do plnohodnotného života.

Vedle povinností plynoucích z přidělených rolí je člověk bytostí tvůrčí a bytostí svobody. Nejen, že má možnost volit, ale je dokonce k volbě donucen. Tady platí jednoduché pravidlo, volíme i tím, že volbu odložíme, zaujmeme postoj mrtvého brouka či strčíme hlavu do písku (pštroší politika). Volba není jednoduchý úkon, ale projekty budoucnosti mají obrovský vliv na náš život, protože na jejich základě měníme již přítomnost, stanovíme si preference aktivit teď a tady, přizpůsobujeme cíle v každodenním jednání, v navazování či omezování kontaktů s určitými lidmi apod. Volba na jednu stranu otevírá nové možnosti a perspektivy, ale na druhé straně je omezující, protože jsme konečné bytosti s tím, že nemůžeme v životě realizovat nekonečné možnosti. Proto naše volby otevírají, ale současně uzavírají naše další životní možnosti. Ale volbou člověk nabývá jistoty, určení. Získává identitu a v případě dobré volby i uznání od druhých. Někdy volíme i automaticky tím, že prostě přitakáme tomu či onomu rozhodnutí nebo jednání u sebe sama či u druhých osob. A taková drobná přitakání jsou také vypovídající o naší povaze, o tom, jak existujeme a jak se sebou zacházíme a jak vážně či s odstupem pozorujeme chování lidí ve svém okolí.

Tyto drobné volby nás provázejí od rána do večera, jsou součástí každodenního pobytu na světě, který může být autentický nebo neautentický. Svoboda není jen volbou velkých rozmáchlých gest a soustavy činností, ale má své drobné až miniaturní momenty. Poměrně záhy jsem v životě nabyl přesvědčení – a přispěli k tomu i moji učitelé na střední škole – že nejtěžší ze všeho na světě je unést nikoliv velké konfliktní situace, ale zvládnout a dokázat smysluplně prožít každodennost, která od nás vyžaduje skutečné vynaložení životních sil, nutí nás vyrovnat se s opakováním, s nepřesnostmi, s drobnými či většími nespravedlnostmi, s neštěstím a tíží života jako takového. V každodennosti teprve platí naplno to, co zformuloval existencialista a spisovatel Sain-Exupéry: Největší luxus jsou mezilidské vztahy. A dodejme: jako luxus je nejtěžší je udržovat vzájemné vztahy na důstojné lidské úrovni. Říká se, že i filosofie v posledních desetiletích zkoumá otázky mezí, omezení a hranic našeho jednání. Ale již v platónské akademii se jednalo o otázkách, jak udržet svou důstojnost a lidskou úroveň tak, abychom neklesli hluboko pod ní.

V dospělosti, při studiu filosofie, jsem zjistil, že Platónův žák Aristotelés, ve svém spisu Politika podrobně vykládal o tom, že vést válku je daleko jednodušší než dlouhodobě udržovat mír. Proto mnozí politici, kteří neunesou tíhu každodennosti, psal Aristotelés, v míru začnou vyvolávat napětí a připravují válku: protože

ve válčení je pro ně vše daleko jednodušší. Pak je jasné, kdo je s vámi a kdo je proti vám a všechno ostatní jde rázem stranou - a to včetně odpovědnosti.

Nechci ani mluvit o současné politice, to se na vědecká setkání tohoto druhu nehodí. Spíše jsem chtěl upozornit na starou tradici péče o duši, která začala již v antice a trvá až do dnešních dnů. Jedním z protagonistů této péče je Sókratés, který v procesu, vysvětloval, jaké bylo jeho poslání v Athénách. Ke svým soudcům promlouval o tom, že i kdyby jej chtěli osvobodit, s podmínkou, že zemře, bude-li opakovat to, co dělá, uvedl následovně:

„Děkuji vám občané athénští, ale budu poslouchat více boha než vás, a pokud budu dýchat a pokud budu schopen, buďte jisti, že nepřestanu filosofovat a domlouvat vám a vykládat každému, a kýmkoliv z vás se kdy sejdu, po svém obvyklém způsobu: Ty výborný muži, jsi Athéňan, občan obce, která je největší a nejproslulejší svou moudrostí a mocí, a ty se nestydíš starat se o peníze, abys jich měl co nejvíce, i o pověst a o čest, však o pravdu a duši, aby byla co nejlepší, o to se nestaráš ani nepečuješ?“

Sókratés ve své slavné řeči podtrhuje, že nejde o to se starat o pozemské statky, ale především o duši a vyzývá své soudce, jak předtím po celý svůj život vyzýval spoluobčany, aby pečovali o sebe samé (epimeleia heautou).

Profese setry, lékaře, učitelů a dalších jsou orientovány tak, že již v přípravě a v celém životním pojetí, jsou vedeni k tomu, aby se starali více o druhé než o sebe sama. Proto mám od prvního okamžiku dnešní promluvy na srdci to antické: pečujte o sebe! Teprve posléze se k tomu přidružila i výzva z nápisu v Delfské věštírňě: gnothi seauton (poznaj sám sebe). Ale péče o sebe je od počátku a již v zárodku péčí o vlastní niternost, o zkáznění a sebepoznání. V tom Sokrates předešel svou dobu - a proto byl také odsouzen obcí, která stála na tradicích, vyznávala zděděné hodnoty a stará božstva. Ale princip niternosti, který si Sokrates jako jeden z prvních začíná prosazovat v době, kdy se rozpadají Athény (ještě nedávno mocné a kulturní společenství), byl u něj novým principem pro obec, kterou jednoho dne může vyvést z hluboké krize a propadu. Máme v tom starověkém soudním procesu před sebou dvě stránky, o nichž o dva tisíce let později uvažoval i Søren Kierkegaard (obhajující jako diplomovou práci text o Sókratovi), - a to je na jedné straně vnější jednání a na druhé niternost, v níž se odehrává to podstatné. Antický myslitel, jehož význam překračuje celá staletí, byl tím, kdo poukázal na problém svobody a péče o vlastní duši. Proč tyto staré záležitosti připomínat? Má to dnes vůbec nějaký dobrý smysl?

Myslím, že ošetřovatelství vyřešilo již řadu základních problémů včetně relativně dobrého zajištění existence, na pořad nyní přicházejí k zamyšlení témata, které nás z každodenní rutiny budou přivádět k duchovním aspektům této profese, bez nichž v podstatě nelze naplnit nic z toho, co je jádrem našich společných životů. Připomeňme, že v době reflexivní vystupují vždy do popředí: důležitost záhady svobodného jednání a hloubky niterného žití. Ale domnívám se, že jsem mluvil, již dlouho, takže mohu být obviněn z tlachavosti příznačné pro dobu reflexivní a nezanícenou. A obávám se rovněž, že jsem již vstoupil do věku, kdy si nedokáží odpustit kazatelsky vyzývající tón: proto uzavřu dnešní referát nabádáním, které zní: starejte se o své pacienty, ale nezapomeňte na to podstatné: epimeleia heautou - pečujte o sebe samé!

#### **Literatura:**

Aristotelés: Politika (přeložil a poznámkami opatřil Antonín Kříž) Praha: Rezek, 1998.

Balint M, - Balint E. Psychoterapeutic Techniques in Medicine. Vol. 1. In: Mind and Medicine. Monograph Series, Tavistock Publications. London: C. C. Springfield; 1961.

Balint Michal: Lékař, jeho pacient a nemoc. Praha: Grada; 1999.

Berger, Peter L: Pozvání do sociologie. Praha: Správa sociálního zařízení FMO, 1991;

Berger, Peter L. – Luckmann Thomas: The social konstruktion of Reality. A Treatise in the Sociology of Knowledge. London: Penguin Books, 1966 (česky Berger, Peter L. – Luckmann, Thomas: Sociální

konstrukce reality. Pojednání o sociologii vědění. Praha: Centrum pro studium demokracie a kultury, 1999).

Durkheim, Émile: Pravidla sociologické metody. Praha: Orbis, 1926.

Hegel, Georg Wilhelm Friedrich: Fenomenologie ducha. Praha: ČSAV, 1960;

Heidegger, Martin: Sein und Zeit. Max Niemeyer Verlag Tübingen, 1976; (česky: Heidegger, Martin: Bytí a čas. Praha: Oikoymenh, 2018).

Kierkegaard S. Současnost. Praha: Váhy, 1969.

Koťa, Jaroslav: Foucaultovské inspirace. Pedagogika LVI, 2006, s. 206 – 209.

Thomas, William Isaac: The unadjusted girl. With cases and standpoint for behavior analysis. Boston: Little Brown and Company, 1923.

Platón: Obrana Sókrata. Praha Oikoymenh, 1994 (29d – 30d).

Volkov, Genrich Nikolajevič: Minervina sova. Praha: Mladá fronta, 1977.

**Korespondenční adresa:**

[Jaroslav.Kota@ff.cuni.cz](mailto:Jaroslav.Kota@ff.cuni.cz)

## **MŮJ VEDOUcí PODPORUJE ZAVÁDĚNí DIGITÁLNíCH TECHNOLOGíí DO PRAXE, AVŠAK KOLEGOVÉ MAJí OBAVY: VÝSLEDKY Z PRŮZKUMU ZAMĚŘENÉHO NA NÁZORY NELÉKAŘSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNíKŮ Z HL. M. PRAHY A STŘEDOČESKÉHO KRAJE**

Mandysová Petra (1), Kažmírová Oxana (1), Krause Martin (2), Pekara Jaroslav (2), Mikkonen Kristina (3), Tomietto Marco (4), Jarva Erika (3)

1 – Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií,

2 – Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.,

3 – University of Oulu, Faculty of Medicine, Research Unit of Health Sciences and Technology (Finsko),

4 – Northumbria University, Faculty of Health & Life Sciences, Newcastle upon Tyne (Velká Británie)

**Úvod:** V nedávné době bylo možno zaznamenat úsilí a celou řadu kroků podporujících digitalizaci ve zdravotnictví, od eReceptu až po zavádění různých digitálních služeb pro pacienty (aplikací do mobilu umožňujících komunikaci pacienta s ordinací lékaře či virtuálních ambulancí). Tento trend byl v době pandemie COVID-19 umocněn. Související otázkou však je, zda je nelékařský zdravotnický personál (NLZP) v Česku na digitalizaci ve zdravotnictví připraven.

**Cíl:** Cílem bylo zjistit, do jaké míry NLZP z hlavního města Prahy a Středočeského kraje pociťují ve svém zaměstnání podporu při zavádění digitálních technologií do jejich každodenní praxe. Součástí bylo zjistit, jaké digitální technologie NLZP používají ve své práci i volném čase.

**Metodika:** Jedná se o předběžné dílčí výsledky mezinárodního průzkumu, do kterého je zapojeno celkem 22 zemí, přičemž byly analyzovány odpovědi NLZP na celkem 15 otázek z dotazníku DigiComInf (Jarva et al., 2023). Tento dotazník je zaměřen na subjektivně pociťovanou podporu od vedoucího, zdravotnického zařízení, kde pracují, a na postoj a vliv kolegů. Respondenti odpovídali za pomoci 4bodové Likertovy škály od „zcela souhlasím“ až po „zcela nesouhlasím“. Popisnou statistikou byly zpracovány výsledky u 154 respondentů z hl. m. Prahy a Středočeského kraje, kteří dosud průzkum vyplnili online a kteří splnili kritéria pro zařazení. Nejvíce respondentů pracovalo v nemocnici (n = 127; 82,47 %), a to zejména na lůžkovém oddělení (n = 71; 46,10 %). Nejvíce respondentů spadalo do skupiny všeobecná/dětská sestra (n = 110; 71,43 %). průměrný věk respondentů byl 39,1 ± 11,4 let, průměrná délka praxe byla 17,6 ± 11,5 let. Většina (n = 122; 79,22 %) pracovala na plný úvazek.

**Výsledky:** NLZP ve své práci denně používají zejména počítač (n = 130; 84,42 %), mobilní telefon (n = 74; 48,05 %) a digitální pracovní prostory nebo platformy pro spolupráci (např. intranet) (n = 56; 36,36 %). Ve svém volném čase nejčastěji používají mobilní telefon (n = 137; 88,96 %), chytré technologie na těle (např. chytré hodinky, chytrý prsten) (n = 80; 51,95 %) a počítač (n = 79; 51,30 %). Nejvíce respondentů zcela nebo částečně souhlasilo s následujícími položkami: vrcholový management podporuje zavádění digitálních alternativ (n = 109; 70,78 %), můj vedoucí podporuje moji účast na dalším vzdělávání k posílení mých digitálních dovedností (n = 108; 70,13 %) a můj vedoucí podporuje začlenění digitálních alternativ do mé práce (n = 107; 69,48 %). Na straně druhé, nejvíce respondentů zcela nebo částečně nesouhlasilo s následujícími položkami: kolegové se těší na rozvoj své vlastní práce s využitím digitálních alternativ (n = 74; 48,05 %), kolegové se nezdrahají v práci začít používat digitální alternativy (n = 66; 42,86 %), začlenění digitálních alternativ do práce je na mém pracovišti vnímáno pozitivně (n = 65; 42,21%).

**Závěr:** Ač je patrné, že vedoucí pracovníci včetně vrcholového managementu podporují zavádění digitálních technologií na pracoviště, mnozí NLZP poskytující péči o nemocné k těmto změnám přistupují spíše zdráhavě. K úspěšnému zavádění nových digitálních technologií bude důležité NLZP podpořit, a to nejen prostřednictvím relevantních vzdělávacích aktivit, ale i nabídkou dalších aktivit pro snížení jejich obav souvisejících s těmito změnami.

**Klíčová slova:** DigiComInf; Digitalizace; Digitální technologie; Nelékařský zdravotnický personál

Příspěvek vznikl s podporou projektu Digitální zdravotnický výzkum (SGS\_2024\_015).

## MY MANAGER SUPPORTS THE IMPLEMENTATION OF DIGITAL TECHNOLOGIES INTO PRACTICE, BUT COLLEAGUES ARE CONCERNED: A SURVEY FOCUSED ON THE OPINIONS OF ALLIED HEALTH PROFESSIONALS FROM PRAGUE AND THE CENTRAL BOHEMIA REGION

**Introduction:** Recently, efforts and an entire range of steps supporting digitalization in the healthcare sector have been noticed, from ePrescription to the introduction of various digital services for patients (mobile applications enabling patient communication with the physician's office or virtual clinics). This trend has been amplified during the COVID-19 pandemic. A related question, however, is whether allied health professionals (AHP) in Czechia are ready for digitalization in the health sector.

**Aim:** The aim was to find out to what extent AHP from the capital city of Prague and the Central Bohemia region feel supported in their work in the implementation of digital technologies in their daily practice. Part of the aim was to find out what digital technologies AHP use in their work and free time.

**Methods:** These are preliminary partial results of an international survey in which a total of twenty-two countries are involved. We analysed answers provided by AHP to a total of fifteen questions from the DigiComInf questionnaire (Jarva et al., 2023). This questionnaire focuses on the subjectively felt support from the manager and the employer, and on the attitude and influence of their colleagues. Respondents answered using a 4-point Likert scale from "strongly agree" to "strongly disagree". Using descriptive statistics, we analysed the results of 154 respondents from Prague and the Central Bohemian Region who have so far completed the survey online and have met the inclusion criteria. The largest number of respondents worked in a hospital (n = 127; 82.47%), especially in the inpatient department (n = 71; 46.10%). The majority of respondents belonged to the general/paediatric nurse group (n = 110; 71.43%). The average age of the respondents was  $39.1 \pm 11.4$  years, the average length of practice was  $17.6 \pm 11.5$  years. The majority (n = 122; 79.22%) worked full-time.

**Results:** AHP use a computer (n = 130; 84.42%), a smartphone (n = 74; 48.05%) and digital workspaces or collaboration platforms (e.g., intranet) (n = 56; 36.36%) in their work on a daily basis. In their free time, they most often use a smartphone (n = 137; 88.96%), wearable technology (e.g., smart watch, smart ring) (n = 80; 51.95%) and a computer (n = 79; 51.30%). Most respondents fully or partially agreed with the following items: top management supports the uptake of digital solutions (n = 109; 70.78%), my manager supports my participation in continuing education to strengthen my digital competence (n = 108; 70.13%) and my manager supports the implementation of digital solutions (n = 107; 69.48%). On the other hand, most respondents completely or partially disagreed with the following items: colleagues are eager to develop their own work on digital solutions (n = 74; 48.05%), colleagues are not reluctant to start using digital solutions at work (n = 66; 42.86%), the implementation of digital solutions has been perceived positively in my work community (n = 65; 42.21%).

**Conclusion:** Although it is evident that managers including the top management support the introduction of digital technologies in the workplace, many AHP in direct patient care roles approach these changes reluctantly. For the successful introduction of new digital technologies, it will be important to support the AHP, not only through relevant educational activities, but also by offering other activities to reduce their concerns related to these changes.

**Keywords:** *DigiComInf; Digitalization; Digital technology; Allied health professionals*

This paper was created with the support of the Digital Health Research project (SGS\_2024\_015).

### Literatura:

JARVA, E., OIKARINEN, A., ANDERSSON, J., TOMIETTO, M., KÄÄRIÄINEN, M., & MIKKONEN, K. (2023). Healthcare professionals' digital health competence and its core factors; development and psychometric testing of two instruments. *International Journal of Medical Informatics*, 171, 104995. [cit. 2024-06-17]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2023.104995>

**Korespondenční adresa:**

doc. Petra Mandysová, MSN, Ph.D.  
Fakulta zdravotnických studií  
Univerzita Pardubice  
Průmyslová 395  
532 10 Pardubice  
Email: [petra.mandysova@upce.cz](mailto:petra.mandysova@upce.cz)



## RED CAR THEORY: PROJEKCE DO OŠETŘOVATELSTVÍ

Neugebauer Jan

Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta, Ústav ošetřovatelství 2. LF UK a FN Motol

### Souhrn

*„The Red Car Theory“ neboli teorie červeného auta je metaforickým konceptem, který poukazuje na myšlenku příležitosti, kterými je člověk obklopen, avšak zůstávají nepovšimnuty. Důvodem bývá pasivita, stereotypy nebo přetížení. Teorie je založena na jednoduchém pozorování sebe sama, kdy si má jedinec uvědomit něco konkrétního. Typickým příkladem je nabídnutí finanční odměny za přesný počet červených aut, který po cestě do práce jedinec viděl. Takový člověk pak několik dalších dní, měsíců nebo let bude vidět i počítat červená auta. Jedná se tedy o psychologický fenomén, který upozorňuje na profesní slepotu, selektivní pozornost, osobnostní růst, rozpoznávání příležitostí, kariérní úspěch nebo pomoc při řešení problémů. Ve spojitosti s ošetřovatelstvím má tato teorie mnoho podobností. Ošetřovatelství je empirickou vědní disciplínou a s psychologií a fyziologií se často prolíná. Pacienti bývají často zdrojem negativního myšlení a zátěže pro zdravotníky, a protože je nejvíce času s pacientem právě sestra, měly by mít právě sestry základní instrukce, jak tento koncept funguje. V ošetřovatelství může působit preventivně proti syndromu vyhoření, demotivaci či frustraci. Může také přinést osobnostní růst pro pacienta i sestru, snadnější řešení konfliktních situací, zmínění obav, aktivní vyhledávání cílů, využívání potenciálu nebo nastavení profesionálního přístupu nejen ke pacientovi, ale také mezi zdravotníky.*

### Klíčová slova

*Červené auto; Teorie; Psychologie; Mindset; Koučink; Pozitivismus; Profesní slepota; Osobnostní rozvoj; Řešení problémů; Zdravotník; Sestra; Obavy; Stanovení cílů; Profesionální přístup; Vztah; Zátěž; Potenciál; Možnosti*

## THE RED CAR THEORY: PROJECTION TO NURSING

### Summary

*"The Red Car Theory" is a metaphorical concept that points to an important idea that one is surrounded by, but goes unnoticed. The reason is usually passivity, stereotypes, or overload. The theory is based on simple self-observation when an individual needs something specific. A typical example is offering a financial reward for the number of red cars an individual has seen on their way to work. Such a person will then see and count red cars for several days, months, or more. It is a psychological phenomenon that requires professional blindness, selective attention, personal growth, recognition of opportunities, career success, or help in solving problems. Concerning nursing, this theory has many similarities. Nursing is an empirical scientific discipline and is often intertwined with psychology and physiology. Patients are often a source of negative thinking and a burden for healthcare professionals, and since it is the nurse who spends the most time with the patient, nurses should have basic instructions on how this concept works. Nursing can have a preventive effect against burnout, demotivation, or frustration. It can also bring personality growth for both patient and nurse, easier resolution of conflict situations, mentioned concerns, active search for goals, use of potential, or setting a professional approach not only to situations but also among health professionals.*

### Keywords

Red car; Theory; psychology; thought; Coaching; Positivism; Occupational blindness; Personal development; Problem Solving; Paramedic; Sister; Worry; Setting goals; Professional approach; Relationship; Burden; Potential; Options

## Úvod

Všimli jste si někdy, že když něco aktivně nehledáte, zdá se, že vám to uniká, ale ve chvíli, kdy začnete dávat pozor, najednou se to všude objeví? Tento jev lze nejlépe vysvětlit tím, co rád nazývám „Teorie červeného auta“. Je to jednoduchá myšlenka, která nás učí cennou lekci o životě: příležitosti jsou všude kolem nás, ale neuvidíme je, dokud je nebudeme aktivně vyhledávat.

Abychom porozuměli teorii červeného auta, začněme jednoduchým experimentem. Položte si tuto otázku: „Kolik červených aut jste si dnes všimli? Pokud jste jako většina lidí, vaše odpověď může znít: „Nepamatuji si, že bych nějaké viděl.“ A tady je ta zajímavá část: věnujte chvíli aktivnímu soustředění na hledání červených aut. Brzy si uvědomíte, že jsou všude a zdánlivě se objevují ze vzduchu.

Tento experiment ilustruje základní pravdu o lidském vnímání a způsobu, jakým interagujeme se světem kolem nás. Když něco vědomě nehledáme, náš mozek odfiltruje většinu informací, které bombardují naše smysly. Tento mechanismus filtrování nám pomáhá soustředit se na to, co je v tuto chvíli nejdůležitější a nejrelevantnější. Znamená to však také, že často přicházíme o příležitosti a zkušenosti, které jsou přímo před námi.

### Aplikace do ošetřovatelství

„The Red Car Theory“ není jen o všímání si červených aut; je to metafora pro širší koncept rozpoznávání příležitostí v životě. Stejně jako červená auta jsou příležitosti bohaté a rozmanité, ale často zůstávají nepovšimnuty, dokud je záměrně nevyhledáváme.

**Kariérní příležitosti:** Mnoho jednotlivců si stěžuje na nedostatek kariérního postupu, pracovní spokojenosti, či finančního ohodnocení, ale jak často aktivně vyhledávají nové příležitosti nebo zkušenosti s budováním dovedností? Proaktivním hledáním způsobů, jak se zlepšovat a růst, zvyšujeme naše šance na nalezení perfektní kariérní příležitosti.

**Osobní růst:** Podobně nás denně obklopují příležitosti k osobnímu růstu. Mohou přijít ve formě knih, kurzů, vztahů, příběhů, potřeb nebo specifických projevů pacientů. Pokud je aktivně nevyhledáváme, můžeme zůstat stagnovat a přijít o cenné životní zkušenosti, vlastní rozvoj i profesionalitu při výkonu povolání.

**Vztahy:** O kolik potenciálních přátelství nebo smysluplných spojení jsme přišli jen proto, že jsme se ne bavili s lidmi kolem nás? V ošetřovatelství je komunikace a budování vztahů základem úspěchu. Nejen, že proaktivní budování vztahů pozitivně působí na důvěru a komfort pacienta, ale v rámci zajištění bio-psycho-sociálně-spirituálního konceptu potřeb je úlohou sestry, aby pečovala v rámci přijatých základních teorií o pacienta s prvky holismu. Celý koncept má ovšem přesah také do osobních vztahů i profesních přístupů, které vyžadují aktivní úsilí a ochotu hledat společnou řeč.

**Kreativita a inovace:** Ošetřovatelská péče je v mnoha případech velmi aktivním oborem, kdy mysl sestry nemůže zůstat nečinná. Zdravotníci by měli stále evidovat v paměti standardy a protokoly, podle kterých se ve své profesi musí chovat. Existují tedy pravidla, která se musí dodržovat, ovšem to by nemělo mít vliv na kreativitu, zvědavost a touhu stále své pracovní prostředí inovovat a zlepšovat dosavadní péči. Stejně jako vynálezci a podnikatelé znají hodnotu aktivního hledání nových nápadů a postřehů, inovace se zřídka odehrávají izolovaně; je často výsledkem zkoumání světa se zvědavou a otevřenou myslí.

### Proces nastavení myšlení podle přijaté teorie

**Stanovte si jasné cíle:** Definujte své cíle a to, čeho chcete dosáhnout v různých aspektech svého života, jako je kariéra, osobní rozvoj a vztahy.

**Posilujte zvědavost a zájem:** Přijměte svou zvědavost a touhu vědět. Budte otevření novým zkušenostem a nápadům, i když se zprvu zdají nesouvisející s vašimi cíli.

**Vyhledávání a propojování s ostatními:** Spojte se s lidmi kolem vás. Začněte konverzovat, navštěvujte události a budujte vztahy, které mohou vést k neočekávaným příležitostem.

**Přijměte, že se budete neustále vzdělávat:** Investujte do svého vzdělání a rozvoje dovedností. Hledejte kurzy, workshopy a zdroje, které jsou v souladu s vašimi cíli.

**Přijměte změnu:** Buďte otevření změnám a přizpůsobte se novým okolnostem. Někdy ty nejlepší příležitosti přicházejí, když jsme ochotni vystoupit ze svých komfortních zón.

## Závěr

The Red Car Theory nám připomíná, že příležitosti jsou jako červená auta – jsou všude kolem nás, ale často je přehlízíme. Aktivním vyhledáváním příležitostí a pěstováním zvědavosti a otevřenosti můžeme odemknout potenciál růstu, úspěchu a naplnění v různých aspektech našeho života. Takže až se příště přistihnete, že se zaobíráte promarněnými příležitostmi, pamatujte, že se mohou skrývat na očích a čekají, až je budete aktivně vyhledávat. Tento moderní fenomén není otevřeně známý v ošetrovatelské praxi, avšak jeho prvky pozitivního myšlení již přesahují do všech vědních oborů.

## Literatura:

CAROL. What is the Red Car Theory? Explained in simple words. *PressPitch.io*. 2024. Dostupné online 22. 7. 2024 z: <https://presspitch.io/red-car-theory/>

BUTT, J. B., RICH, K. L. *Philosophies and Theories for Advanced Nursing Practice*. Jones & Bartlett Learning, 2021. 750 s.

HEADLEY, V., JONES, A., CARTER, S. K. Beyond the Positivism/Non-Positivism Binary as a Step Toward Inclusive Sociology. Online. *Sociology of Race and Ethnicity*. 2024. 10(3), s. 405-419.

KARUPIAH, P. Positivism. In: ISLAM, M. Rezaul; KHAN, Niaz Ahmed a BAIKADY, Rajendra (ed.). *Principles of Social Research Methodology*. Singapore: Springer Nature Singapore, 2022, s. 73-82.

MCCORMACK, B., MCCANCE, T. The Person-Centred Nursing Framework. In: DEWING, J., MCCORMACK, B., MCCANCE, T. *Person-centred Nursing Research: Methodology, Methods and Outcomes*. Cham: Springer International Publishing, 2021, s. 13-27.

MUDD, A., FEO, R., CONROY, T., KITSON, A. Where and how does fundamental care fit within seminal nursing theories: A narrative review and synthesis of key nursing concepts. *Journal of Clinical Nursing*. 2020, 29(19-20), s. 3652-3666.

PETROVSKAYA, O. *Nursing Theory, Postmodernism, Post-structuralism, and Foucault*. London: Routledge, 2022.

SINEAD RYAN, Gemma. Postpositivist critical realism: philosophy, methodology and method for nursing research. *Nurse Researcher*. 2019, 27(3), s. 20-26.

## Korespondenční adresa:

Mgr. Jan Neugebauer, Ph.D., MBA  
Ústav ošetrovatelství 2. LF UK a FN Motol  
V Úvalu 84/1  
150 06 Praha 5 – Motol  
Jan.neugebauer@fnmotol.cz

## **INOVAČNÉ TECHNOLOGIE V LIEČBE PACIENTOV S OCHORENÍM DIABETES MELLITUS 1. TYPU - PREZENTÁCIA PROJEKTU KEGA**

Cinová Jana, Novotná Zuzana, Šimová Zuzana, Derňarová Ľubica, Šuličová Andrea, Šantová Tatiana  
Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra ošetrovateľstva

### **Abstrakt:**

*Diabetes mellitus 1.typu predstavuje v detskej populácii jedno z najzávažnejších ochorení modernej civilizácie, každoročne s výrazným nárastom nových prípadov. Ochorenie je v celosvetovom meradle závažným problémom zasahujúcim do všetkých odborov poskytujúcich zdravotnú starostlivosť pacientom na úrovni primárnej, sekundárnej alebo terciárnej. Je nespochybniteľným faktom, že kvalitná edukácia pacienta s diabetes mellitus 1. typu zvyšuje jeho samostatnosť, znižuje frekvenciu hospitalizácií, predchádza a minimalizuje vznik komplikácií, znižuje riziko predčasnej invalidity a tým vedie k časovým a finančným úsporám v oblasti zdravotníctva. Zároveň je to výzva, nielen pre dieťa samotné a jeho najbližších rodinných príslušníkov, ale aj pre užšie či širšie okolie, ošetrovateľstvo a celý multidisciplinárny tím odborníkov participujúcich na zvyšovaní kvality života chronicky chorých detí, nevynímajúc ani modernizované farmaceutické a komunikačné technológie. V príspevku autorky uvádzajú do pozornosti riešenie projektu grantovej agentúry Kega so zameraním sa na implementáciu nových technológií v liečbe pacientov s diabetes mellitus 1.typu do výučby študentov zdravotníckych odborov. Prínosom projektu je predovšetkým zvýšenie efektivity edukácie a úrovne informovanosti pacientov s diabetes mellitus 1.typu, ktorí využívajú v liečbe nové technológie, ktorou je aj inzulínová pumpa so senzorom a integrovaným systémom kontinuálneho monitorovania glukózy.*

### **Kľúčové slová:**

*Diabetes mellitus 1.typu; Inovačné technológie liečby; Ošetrovateľstvo; Edukácia; Vzdelávacie inštitúcie; Výučba*

## **INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH TYPE 1 DIABETES MELLITUS - PRESENTATION OF THE KEGA PROJECT**

### **Abstract:**

*Type 1 diabetes mellitus is one of the most serious diseases of modern civilization in the pediatric population, with a significant increase in new cases every year. The disease is a serious problem on a global scale affecting all departments providing health care to patients at the primary, secondary or tertiary level. It is an indisputable fact that quality education of a patient with type 1 diabetes mellitus increases his independence, reduces the frequency of hospitalizations, prevents and minimizes the occurrence of complications, reduces the risk of premature disability and thus leads to time and financial savings in the field of healthcare. At the same time, it is a challenge, not only for the child himself and his immediate family members, but also for the immediate or wider environment, nursing and the entire multidisciplinary team of experts participating in improving the quality of life of chronically ill children, including modernized pharmaceutical and communication technologies. In the article, the authors draw attention to the solution of the project of the Kega grant agency, focusing on the implementation of new technologies in the treatment of patients with type 1 diabetes mellitus in the teaching of medical students. The benefit of the project is primarily an increase in the effectiveness of education and the level of awareness of patients with type 1 diabetes mellitus, who use new technologies in their treatment, including an insulin pump with a sensor and an integrated system for continuous glucose monitoring.*

### **Keywords:**

*Type 1 diabetes mellitus; Innovative treatment technologies; Nursing; Education; Educational institutions; Teaching*

## Úvod

Ochorenie Diabetes mellitus 1.typu (DM 1.typu) má v súčasnosti v detskej populácii celosvetovo alarmujúco vzostupnú prevalenciu. V Európe ochorenie každoročne stúpa u detí predškolského veku o 5 %, u školopovinných detí a adolescentov o 3 %. Celkovo nízka incidencia a prevalencia ochorenia sa uvádza v krajinách východnej Ázie a je spôsobená odlišným genetickým pozadím v porovnaní s európskou a severoamerickou populáciou (odlišné spektrum HLA antigénov). Epidemiologické štúdie potvrdzujú aj sezónnosť klinickej manifestácie DM 1.typu s častejším začiatkom v jesenných a zimných mesiacoch. Problém tohto ochorenia predstavuje nielen samotná liečba, ale aj jej psychosociálne dôsledky. Každé chronické ochorenie výrazne zasahuje nielen do kvality života chorého, ale mnohokrát ovplyvňuje aj rodinné prostredie, čo významne mení štruktúru a funkciu rodiny. Vzdelávacie inštitúcie predstavujú výrazný činiteľ participujúci na efektívnej edukácii pacientov s ochorením diabetes mellitus, nevynímajúc ani oblasť implamantácie nových technológií v liečbe, ktoré pacientom umožnia zlepšenie kvality ich života v oblasti fyzickej, psychickej a sociálnej.

## Význam edukácie u pacienta s DM 1.typu

Chronické ochorenie diabetes mellitus 1.typu predstavuje v celosvetovom meradle závažný problém, ktorý zasahuje do všetkých odborov, ktoré poskytujú zdravotnú starostlivosť. Je najčastejšou endokrinnou chorobou v detskom veku, jeho frekvencia výskytu sa neustále zvyšuje a v súčasnosti dosahuje až alarmujúce čísla. Okrem skutočnosti, že ochorenie je najčastejšie diagnostikovaným ochorením, zároveň patrí aj medzi skupinu najzávažnejších, ako aj ekonomicky najnáročnejších chronických ochorení. Považuje sa za najvýznamnejšiu chorobu látkovej premeny a je aj jednou z najzávažnejších chorôb vôbec svojimi prejavmi a komplikáciami. Z tohto dôvodu si vyžaduje multidisciplinárny prístup, v ktorom dôležitú úlohu predstavuje aj odbor ošetrovateľstvo. Ochorenie sa čoraz častejšie vyskytuje v predškolskom veku, zriedkavo u batoliat. Ak sa objaví v prvých 6. mesiacoch života, obvykle predstavuje vrodenú genetickú poruchu tvorby inzulínu. Čím skôr ochorenie vznikne, tým dlhšie trvá a riziko neskorých komplikácií je omnoho väčšie. Zároveň aj liečba malých detí je najnáročnejšia. Je nutné zdôrazniť fakt, že prognóza života dieťaťa s daným ochorením napriek najlepšej a najdrahšej liečbe závisí z viac ako 50 % na vlastnom prístupe dieťaťa k chorobe, ako aj na jeho ochote akceptovať a dodržiavať diétne a režimové opatrenia. Pri nedodržiavaní základných pilieroch liečby u detského pacienta s DM 1.typu môžu vzniknúť akútne, ako aj chronické komplikácie, ktoré môžu spôsobiť jeho ohrozenie života. Cieľom liečby tohto ochorenia je, aby dieťa prežilo čo najdlhší vek kvalitného života. Zároveň, aby disponovalo najlepšou telesnou a duševnou výkonnosťou bez komplikácií. Základné piliere liečby tvoria inzulínová terapia, regulovaná strava, pohybová aktivita a selfmonitoring, ktoré sú zastrešované efektívnou edukáciou nielen samotného dieťaťa a jeho najbližších príbuzných, ale aj ostatných kontaktných osôb. Pri efektívnej edukácii je dôležité rešpektovať vekové osobitosti a hierarchie potrieb dieťaťa a jeho rodiny (Cinová, Ondriová, Lizáková a kol. 2017). Cieľom edukácie je začlenenie dieťaťa do samostatnej starostlivosti o svoje zdravie tak, aby zvládalo mať ideálne pod kontrolou svoje ochorenie. Keďže mladšie deti nie sú schopné samy zvládať všetky sféry starostlivosti, je možné uvažovať o vlastnej starostlivosti až od určitého veku dieťaťa. Pozitívny prístup samotného pacienta k edukácii a zaujatie správneho postoja vedie ku kompenzácii ochorenia a k minimalizovaniu výskytu akútnych a tiež chronických komplikácií. V snahe zamedziť ďalšiemu nárastu ochorenia a zníženia rizika výskytu komplikácií je teda potrebné vzdelávať pacientov s týmto ochorením. Dôležitý podiel v rámci edukácie pacienta má ošetrovateľstvo. Sestra, ako profesionál v ošetrovateľstve musí okrem ostatných činností zvládať aj rolu edukátorky. Súčasťou tejto roly náročnej na čas a profesijné kompetencie je vyžadovanie riešenia multidimenzionálnych a multivariabilných edukačných situácií. Edukácia má pre dieťa s ochorením DM 1.typu, ako aj pre jeho rodičov, najbližších v rámci zvyšovania kvality života nesmierny význam. Ochorenie prináša celý rad zmien, ktoré výrazne ovplyvňujú kvalitu života chorého dieťaťa, ako aj jeho rodiny. Podstatnými fenoménmi zmien sú dávky inzulínu, selfmonitoring, časté hospitalizácie dieťaťa, striktné dodržiavanie režimu, zmeny v stravovaní, vo fyzickej aktivite, nevynímajúc ani oblasť prežívania dieťaťa a jeho sociálnych vzťahov (Majerníková, 2013).

### **Liečebné technológie ochorenia DM 1. typu v súčasnosti**

Chronické ochorenie diabetes mellitus 1. typu znamená pre dieťa celoživotný stav, na ktorý sa musí čím skôr adaptovať a postupne sa naučiť žiť čo najkvalitnejší život za podpory rodiny a okolia. Dodržiavanie radikálnej liečby si vyžaduje od dieťaťa každodennú sebadisciplínu, presnosť, pravidelnosť a dostatočnú motiváciu. Je nutné si uvedomiť skutočnosť, že chronické ochorenie ovplyvňuje zásadným spôsobom kvalitu života chorého dieťaťa, ako aj jeho rodiny a najbližších (Derňarová a kol, 2021). Úspešnosť liečby chronicky chorých pacientov vyvolalo potrebu zaoberať sa kvalitou ich života, ktorá predstavuje jeden z ukazovateľov hodnotenia efektívnosti liečby, ako aj dlhodobý cieľ poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Kvalita života v súvislosti so zdravím je hodnotená prostredníctvom všeobecných alebo špecifických škál a vyjadruje spokojnosť pacientov (v prípade detských pacientov aj ich rodičov) so zdravotníckymi službami, liečbou a jej výsledkami. Zdravotný stav dieťaťa ovplyvňuje jeho genetická výbava, zdravotníctvo a teda zdravotnícka starostlivosť, prostredie v ktorom dieťa žije a tiež spôsob života, aký dieťa a jeho rodina vedie. Následne zdravotný stav pacienta vo vysokej miere ovplyvňuje jeho kvalitu života. Ťažisko skúmania kvality života v zdravotnej starostlivosti sa posúva do oblasti psychosomatického a fyzického zdravia. S neustále sa zlepšujúcimi možnosťami liečebných intervencií je neprítomnosť choroby nedostačujúcim kritériom k hodnoteniu kvality života pacientov. V liečbe pacientov s DM 1. typu sa v súčasnosti využívajú viaceré novšie a ideálnejšie technológie. Napríklad inzulínová pumpa (kontinuálny dávkovač inzulínu do podkožia) pomocou nastavení parametrov bonusového poradcu dokáže regulovať primeranú dávku inzulínu vzhľadom na jedlo alebo korekciu zvýšenej glykémie. Kontinuálny glukózový senzor vyhodnocuje hodnotu glukózy v podkoží každých 5 minút, umožňuje nastaviť rôzne upozornenia na nízke a vysoké hodnoty glykémie. V spojitosti s inzulínovou pumpou dokáže glykemický trend zo senzora modifikovať dávkovanie inzulínu. Pri výbere inzulínovej pumpy je výhodou, ak pumpa dokáže spolupracovať s glukózovým senzorom tzv. SAP systém. V blízkej budúcnosti by mohli byť registrované a kategorizované SAP systémy na Slovensku s algoritmami automatického dávkovania inzulínu podľa glykemického trendu. Ďalším parametrom je kvalitný počítačový program, ktorý spoločne spracováva dáta z glukózového senzora a inzulínovej pumpy. Ideálne je, ak tieto dáta je možné sledovať v reálnom čase na viacerých zariadeniach (počítače, mobilné telefóny) a nielen na inzulínovej pumpke. Zároveň inzulínová pumpa umožňuje nastaviť alarmy tak, aby pacient vždy vedel, kedy sa blíži vysoká alebo nízka glykémia. Prepojenie pumpy s telefónom, rýchla kontrola v SMART telefóne alebo v hodinkách umožňuje zistiť, aké sú aktuálne hodnoty glykémie, aký trend vykazujú, čím sa umožní na situáciu okamžite reagovať. Pravidelné používanie inzulínovej pumpy s glukózovým senzorom chráni pacienta pred hypoglykémiou a znižuje najmä strach pacienta z nočnej hypoglykémie. Vizualizácia glykemického trendu dieťaťa s diabetom umožňuje na mobilnom telefóne rodiča adekvátnu kontrolu aj v čase, keď je dieťa v školskom zaradení resp. nie je v blízkosti rodičov. Alarmy pri vysokých hodnotách glykémie sú prevenciou pred komplikáciou diabetickej ketoacidózy. Prostredníctvom počítačového programu si pacienti, ale aj ich rodinní príslušníci (v prípade neploletých) dokážu vyhodnotiť, či spĺňajú kritériá optimálnej kontroly diabetu (priemerná glykémia, percento času v cieľovom rozsahu, percento času v hypoglykémii). Predchádzajú tak vývoju chronických komplikácií, ktoré práve tieto významne znižujú kvalitu života. Niektoré inzulínové pumpy tiež umožňujú vzdialene aktualizovať funkcie prostredníctvom ich počítača (Čiljaková, 2022).

### **Zameranie projektu agentúry Kega**

Kultúrna a edukačná grantová agentúra Ministerstva školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky (KEGA) je vnútorným grantovým systémom zameraným na finančnú podporu projektov aplikovaného výskumu v oblasti školstva, pedagogiky a tvorivého a interpretačného umenia, iniciovaných riešiteľmi z verejných vysokých škôl alebo Ministerstva školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky v stanovených tematických oblastiach z inštitucionálnych finančných prostriedkov verejných vysokých škôl. Riešiteľský kolektív PU v Prešove - Fakulty zdravotníckych odborov vstúpil v roku 2023 do riešenia projektu grantovej agentúry Kega s názvom *Implementácia nových technológií v liečbe pacientov s diabetes mellitus do výučby študentov zdravotníckych odborov*, ktorý je nadväzujúci na ich predošlú projektovú vedecko – výskumnú činnosť. Autorský kolektív sa zaoberá problematikou chronického ochorenia diabetes mellitus už niekoľko rokov jednak v klinickej praxi v rámci svojej pedagogickej činnosti

a tiež v rámci participácie na projektovej činnosti, ktorá bola agentúrou Kega aj významne ocenená. Ambíciou riešenia súčasného projektu je zvýšiť informovanosť pacientov s ochorením diabetes mellitus 1. typu o využívaní nových technológií v liečbe, ktoré im umožnia výrazným spôsobom zlepšiť kvalitu života nielen v oblasti fyzickej, ale aj psychickej a sociálnej. Hlavným cieľom projektu je explikovať nové, moderné technológie v liečbe ochorenia diabetes mellitus študentom nelekárskych študijných programov, učiteľom a žiakom stredných zdravotníckych škôl, ale aj rodičom a podporným osobám pacientov s uvedeným ochorením. Tiež implementovať komplexné využívanie moderných technológií do edukačného procesu pacientov s DM 1. typu a vzdelávacieho procesu študentov nelekárskych študijných odborov. Zároveň riešitelia projektu plánujú prostredníctvom štandardizovaného dotazníka PedsQL version 3 - Diabetický modul (vzorka respondentov - adolescenti vo veku 13 - 18 rokov) zistiť, ako hodnotia kvalitu života pacienti, ktorí využívajú v liečbe nové, moderné technológie. Nakoľko je veľmi dôležité implementovať poznatky o najnovších možnostiach liečby do učebných osnov študentov nelekárskych študijných odborov, tak aj jeden z parciálnych cieľov tohto projektu je zameraný na vydanie publikačných výstupov v podobe monografie a vysokoškolskej učebnice Vysokoškolská učebnica je koncipovaná do prezentovania nových, moderných technológií v liečbe diabetes mellitus 1. typu, ku ktorým patrí aj inzulínová pumpa so senzorom a integrovaným systémom kontinuálneho monitorovania glukózy (CGM – continuous glucose monitoring). Zároveň učebnica môže poskytnúť cenné poznatky o dostupných možnostiach liečby a využívania týchto technológií aj pacientom s ochorením diabetes mellitus a ich príbuzným, učiteľom a žiakom stredných zdravotníckych škôl. Ďalším z parciálnych cieľov projektu je realizácia kvalitatívneho a kvantitatívneho výskumu. Získané dáta jednotlivých výskumov sa plánujú spracovať a po analýze využiť pre doplnenie platformy „Multimediálna príručka“ o nové poznatky v moderných technológiách, ktoré sú využívané v liečbe diabetes mellitus. Multimediálna príručka, bola spracovaná v predchádzajúcom riešenom projekte s názvom "Inovatívne spôsoby edukácie rodičov a detí s ochorením diabetes mellitus I. typu" (dostupná na <http://videoportal.fhvp.unipo.sk/diabetes/>). Predstavuje atraktívny a moderný prostriedok výučby, ktorý umožňuje deťom s novozisteným DM I. typu a ich rodičom nadobudnúť dôležité vedomosti a praktické zručnosti v rámci komplexnej starostlivosti. Má svoje uplatnenie aj vo vzdelávaní študentov nelekárskych študijných odborov a študentov pedagogiky. Osobitný význam má príručka aj pre pedagógov materských a základných škôl, ktorí sú často konfrontovaní počas svojej odbornej praxe s deťmi trpiacimi týmto ochorením (<https://projekty.portalvs.sk/projekty/projekt-pdf/15031>).

## **Záver**

Na základe štatistík, názory odbornej verejnosti konštatujú fakt, že výskyt mnohých chronických ochorení v detskej populácii môžeme označovať, aj ako epidémiami v celosvetovom meradle. Z tohto alarmujúceho zistenia je viac než nutné efektívnejšie realizovať prevenciu na všetkých úrovniach. Dôležité je predovšetkým eliminovať respektíve odstraňovať príčiny, ktoré akýmkoľvek negatívnym spôsobom ovplyvňujú kvalitu života chronicky chorého dieťaťa vo všetkých jej dimenziách. DM 1. typu predstavuje pre dieťa ochorenie na celý život. Je nevyhnutné, aby sa dieťa čím skôr adaptovalo na tento celoživotný stav a postupne sa naučil s týmto ochorením žiť čo najkvalitnejší život za podpory rodiny a celého okolia, nevynímajúc svojpomocné skupiny, štát, tímy odborníkov/špecialistov, farmaceutické firmy, ktoré flexibilne prinášajú na trh nové monitorovania on-line in-time, modernizované technológie aplikácie inzulínu, farmaceutické a komunikačné technológie.

## **Literatúra:**

CINOVÁ, J., ONDRIOVÁ, I., LIZÁKOVÁ, Ľ. a kol. (2017) *Kvalita života detí pri vybraných chronických ochoreniach I*. Prešov: Vydavateľstvo Prešovskej univerzity v Prešove. 2017. 130 s. ISBN 978-80-555-1827-5

ČILIAKOVÁ, M. (2022) Inzulínová pumpa a moderné technológie. [cit. 2022-03-31]. Dostupné na internete: <https://www.info-zdravie.sk/civilizacne-ochorenia/inzulinoва-pumpa-a-moderne-technologie/#>

ĎERŇAROVÁ, Ľ. a kol. (2021) *Potřeby dítěte s diabetes mellitus*. Praha: Grada Publishing, 2021, 133 S., ISBN 978-80-271-2076-5

MAJERNÍKOVÁ, Ľ. a kol. (2013) *Edukácia pacienta s diabetes mellitus*. Prešov: Prešovská univerzita. 144 s. ISBN 978-80-555-0741-5. [online]. [cit. 2018-11-15]. Dostupné na internete <http://www.pulib.sk/web/kniznica/elpub/dokument/Majernikova1>

NÁRODNÉ CENTRUM ZDRAVOTNÍCKYCH INFORMÁCIÍ, 2018. Ročne pribudne na Slovensku vyše 20 tisíc diabetikov [online]. [cit. 2024-07-21]. Dostupné na internete <http://www.nczisk.sk/AKTUALITY/Pages/Rocne-pribudne-na-Slovensku-vyse-20-tisic-diabetikov.aspx>

IMPLEMENTÁCIA NOVÝCH TECHNOLOGÍÍ V LIEČBE PACIENTOV S DIABETES MELLITUS DO VÝUČBY ŠTUDENTOV ZDRAVOTNÍCKYCH ODBOROV [online]. [cit. 2024- 07-23]. Dostupné na internete: <https://projekty.portalvs.sk/projekty/projekt-pdf/15031>

**Kontaktná adresa:**

PhDr. Mgr. Jana Cinová, PhD.  
Prešovská univerzita v Prešove  
Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra ošetrovateľstva  
Partizánska 1  
080 01 Prešov  
Email: [jana.cinova@unipo.sk](mailto:jana.cinova@unipo.sk)



## TELEMEDICÍNA A TELEOŠETROVATEĽSTVO - VÝHODY A NEVÝHODY

Doktorová Gabriela, Čapková Jana, Tomíková Eva

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

### **Abstrakt:**

**Druh štúdie:** rozmach informačných a komunikačných technológií preniká do všetkých oblastí života, aj do oblasti zdravotnej starostlivosti. Digitalizácia zdravotníctva umožňuje výmenu informácií medzi lekárom, sestrou a pacientom.

**Problém:** v teoretickom príspevku a zaoberáme využívaním telemedicíny, jej výhodami a nevýhodami. Prelína sa teoretickými aj klinickými odborními. Telemedicína a teleošetrovateľstvo sa využíva najmä u chronicky chorých pacientov. Problémy pacienta sa tak môžu riešiť na diaľku v reálnom čase z domova pacienta.

**Posloupnosť výkladu:** telemedicína zahŕňa využitie rôznych typov informačných a komunikačných technológií. Teleošetrovateľstvo predstavuje spôsob poskytovania kvalitnej, efektívnej a dostupnej starostlivosti pre starnúcu populáciu a narastajúci počet chronicky chorých pacientov. Vďaka moderným technológiám sa zvyšuje možnosť poskytovania zdravotnej starostlivosti aj pacientom vo vzdialených oblastiach a v riedko osídlených regiónoch.

**Závery:** Starostlivosť poskytovaná na diaľku pomáha eliminovať bariéry a zlepšuje prístup ku zdravotným službám. Táto forma starostlivosti má aj určité nevýhody, medzi ktoré patrí obmedzenie osobného kontaktu sestry s pacientom, obmedzenie neverbálnej komunikácie, vyššia pravdepodobnosť technických porúch či riziko zneužitia dôverných informácií. Využitie moderných technológií môže byť nápomocné aj pre zlepšenie kvality života pacientov.

### **Kľúčové slová:**

*Telemedicína; Teleošetrovateľstvo; Pacient; Sestra; IT technológie*

## TELEMEDICINE AND TELENURSING - ADVANTAGES AND DISADVANTAGES

**Type of study:** the boom in information and communication technologies permeates all areas of life, including healthcare. Digitization of healthcare enables the exchange of information between doctor, nurse and patient.

**Problem:** in the theoretical contribution, we deal with the use of telemedicine, its advantages and disadvantages. It is interspersed with both theoretical and clinical fields. Telemedicine and telenursing are mainly used for chronically ill patients. The patient's problems can thus be solved remotely in real time from the patient's home.

**Sequence of interpretation:** telemedicine involves the use of various types of information and communication technologies. Telenursing is a way of providing high-quality, efficient and affordable care for the aging population and the growing number of chronically ill patients. Thanks to modern technologies, the possibility of providing health care to patients in remote areas and sparsely populated regions is increasing.

**Conclusions:** Remote care helps eliminate barriers and improves access to health services. This form of care also has certain disadvantages, which include the limitation of personal contact between the nurse and the patient, limitation of non-verbal communication, a higher probability of technical malfunctions or the risk of misuse of confidential information. The use of modern technologies can also be helpful for improving the quality of life of patients.

**Keywords:**

*Telemedicine; Telenursing; Patient; Nurse; IT technologies*

**Kontaktná adresa:**

Mgr. Gabriela Doktorová, PhD.  
Trnavská univerzita v Trnave  
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce  
Univerzitné námestie 1  
917 43 Trnava  
Email: [gabriela.doktorova@truni.sk](mailto:gabriela.doktorova@truni.sk)

## KVALITA PRACOVNÍHO ŽIVOTA VŠEOBECNÝCH SESTER

Hujová Aneta (1), Zemanová Miroslava (1), Stupková Daša (1,2)

2 - Univerzita Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem, Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství

2 - Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave, Fakulta ošetrovatelstva a zdravotníckych odborných štúdií

### **Souhrn:**

*Studie se zaměřila na hodnocení kvality pracovního života všeobecných sester v České republice, jelikož sledování úrovně kvality je, nejen mezi všeobecnými sestrami, velice nezbytné pro prevenci rozvoje syndromu vyhoření, fluktuace a vyčerpání. Celkem se zapojilo 78 žen ve věku od 22-61 let, z nichž většina pracovala na standardních lůžkových odděleních či jednotkách intenzivní péče. Data byla získána pomocí dotazníku „Kvalita pracovního života sester“ (QWNL-CZ), který hodnotí čtyři domény: pracovní/domácí život; design práce; kontext práce a svět práce. Výsledky ukázaly celkovou střední úroveň kvality pracovního života (skóre 161,83). Vysokou kvalitu života uvedlo 19,2 % respondentek, především s vysokoškolským vzděláním (45,7 %). Z jednotlivých domén dotazníku byla pouze dimenze pracovní kontext hodnocena na vysoké úrovni, zatímco ostatní vykazovaly střední úroveň. Nejvíce respondentky nesouhlasily s tvrzením, že vrcholový management respektuje ošetrovatelství, což naznačuje potřebu zlepšit komunikaci a zapojení zaměstnanců do rozhodovacích procesů. Je nezbytné pokračovat ve sledování úrovně kvality pracovního života a nalézt řešení pro zvýšení úrovně všech domén, čímž se celkovělepší kvalita pracovního života.*

**Klíčová slova:** Česká republika, Kvalita; Pracovní život, Všeobecné sestry

## QUALITY OF WORKING LIFE OF GENERAL NURSES

### **Summary:**

*The study focused on the assessment of the quality of working life of general nurses in the Czech Republic, as monitoring the level of quality is very necessary, not only among general nurses, to prevent the development of burnout syndrome, turnover and exhaustion. A total of 78 women aged 21-61 years participated, most of them worked in standard inpatient departments or intensive care units. Data were collected using the Quality of Working Life for Nurses Questionnaire (QNWL-CZ), which assesses four domains: work/home life; work design, work context and work world. The results showed an overall moderate level of quality of work life (score 161,83). A high quality of life was reported by 19,2 % of respondents, especially those with a university degree (45,7 %). Only the work context domain was rated at a high level, while the others showed a medium level. Most respondents disagreed with the statement that senior management respects nursing, suggesting need to improve communication and employee involvement in decision-making processes. It is important that the monitoring of the level of quality of working life continues, and solutions are found to raise the level of all domains and thus the overall quality of working life.*

**Key words:** Czech Republic, Quality; Work life; General nurses

### **Úvod**

Kvalita pracovního života (QWL) je stále zkoumanou oblastí, která se zabývá emocemi pracovníků v souvislosti s prací i osobním životem. QWL může ovlivňovat řada sociodemografických faktorů, např. pohlaví, věk, pracovní zkušenosti či vzdělání, ale i řada pracovních faktorů, např. styl řízení, pracovní podmínky, sociální prostředí či nízké platové ohodnocení. Na tomto se shoduje mnoho studií (Alreshidi et al., 2021; Vévoda et al., 2023).

Sledování QWL je především u zdravotnického personálu velmi důležité, jelikož zdravotníci často čelí vysoké úrovni stresu, dochází k vyhoření a vyčerpání, což je navíc prohloubeno dlouhodobým nedostatkem personálu napříč všemi zdravotnickými profesemi. Nejvyšší nedostatek je zejména mezi sestrami, přestože ošetřovatelství je základní a největší složkou v systému zdravotní péče. Z tohoto důvodu je klíčové sledovat a kontinuálně zlepšovat kvalitu pracovního života pro zajištění poskytování kvalitní ošetřovatelské péče, udržení stávajícího personálu a přilákání nových zaměstnanců (Mišovičová, 2023; Ruiz-Fernández et al., 2020; Sirin et al., 2015).

Celkově sledování kvality pracovního života, nejen u zdravotnického personálu, může poskytnout střednímu a vyššímu managementu zásadní informace o potřebách, spokojenosti a pohodě svých zaměstnanců, stejně jako o jejich rovnováze mezi soukromým a pracovním životem. Zároveň sledování QWL může vést ke snížení nákladů pro organizaci z důvodu nízké prevalence morbidit u zaměstnanců i jejich chybovosti (Alreshidi et al., 2021).

## Cíl práce

Cílem studie je zhodnotit kvalitu pracovního života všeobecných sester a identifikovat oblasti, které vyžadují zlepšení.

## Metodika

Designem tohoto výzkumu je průřezová studie, která započala v dubnu 2024 pod záštitou Interní grantové agentury FZS UJEP, projekt č. 72141\_16\_2038\_01 s názvem „Kvalita pracovního života všeobecných sester“. Do studie byly zahrnuty všeobecné sestry (dále VS) splňující podmínky dle zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, s minimální délkou ošetřovatelské praxe jeden rok, bez jazykové bariéry, pracující ve zdravotnických zařízeních. Dotazníkové šetření bylo anonymní a jeho vyplněním dává účastník souhlas se zpracováním výsledků.

Pro sběr dat byla použita škála „Kvalita pracovního života sester“ (QNWL-CZ) (Brooks, 2001). Souhlas k použití této škály byl získán od autorky originální verze i od překladatelů české verze. Dotazník obsahuje celkem 42 položek, které jsou rozděleny do čtyř domén: pracovní/domácí život; design práce; pracovní kontext; svět práce.

- **Pracovní/domácí život:** Hodnotí rovnováhu mezi pracovním a osobním životem, poskytování péče o své blízké a zbývající energii po práci (skóre 7-42 bodů).
- **Design práce:** Zaměřuje se na pracovní zátěž; spokojenost s prací a poskytování ošetřovatelské péče (skóre 10-60 bodů).
- **Pracovní kontext:** Hodnotí komunikaci s nadřízenými a kolegy a kariérní postup (skóre 20-120 bodů).
- **Svět práce:** Orientuje se na bezpečnost práce, platové podmínky a možnosti dalšího zaměstnání s lepšími benefity (skóre 5-30 bodů).

Celkové skóre škály se pohybuje od 42 do 252 bodů, přičemž skóre <112 bodů značí nízkou úroveň kvality pracovního života a skóre >183 bodů značí vysokou úroveň kvality. Respondenti odpovídali na šestibodové Likertově stupnici, kde 1 znamená „silně nesouhlasím“ a 6 „silně souhlasím“.

## Výsledky

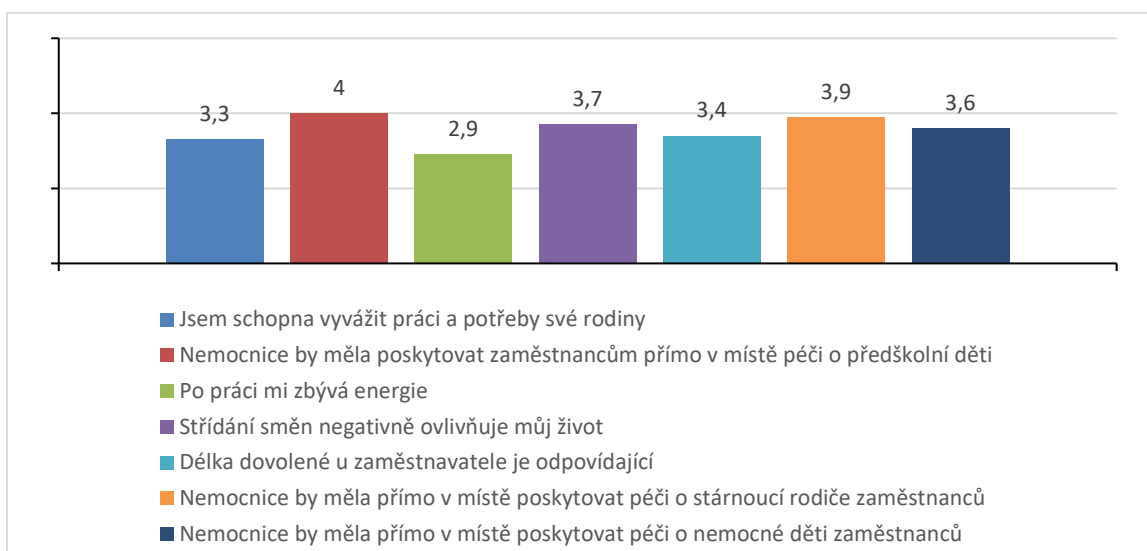
Do studie se zapojilo celkem 78 všeobecných sester (100 % žen) s průměrným věkem 38,6 let (min. 22, max. 61 let). Většina respondentek byla vdaná (46,2 %), 23 % žilo s partnerem/partnerkou, 18 % bylo svobodných a 11,5 % rozvedených. Jedna respondentka byla ovdovělá. Téměř polovina respondentek byla bezdětná (46,2 %) nebo měly dvě děti (33,3 %).

Nejčastěji uváděným nejvyšším dosaženým vzděláním bylo střední vzdělání ukončené maturitní zkouškou (33,3 %). Více než 60 % získalo vysokoškolský titul (Bc., Mgr.) nebo ukončilo vyšší odborné vzdělání (Dis.).

Deset respondentek (13 %) si nyní doplňuje vzdělání na úrovni Mgr. či Bc. Specializaci v oboru získalo 37,2 % účastnic a 14,1 % si právě specializaci doplňovalo, nejčastěji v oboru Intenzivní péče.

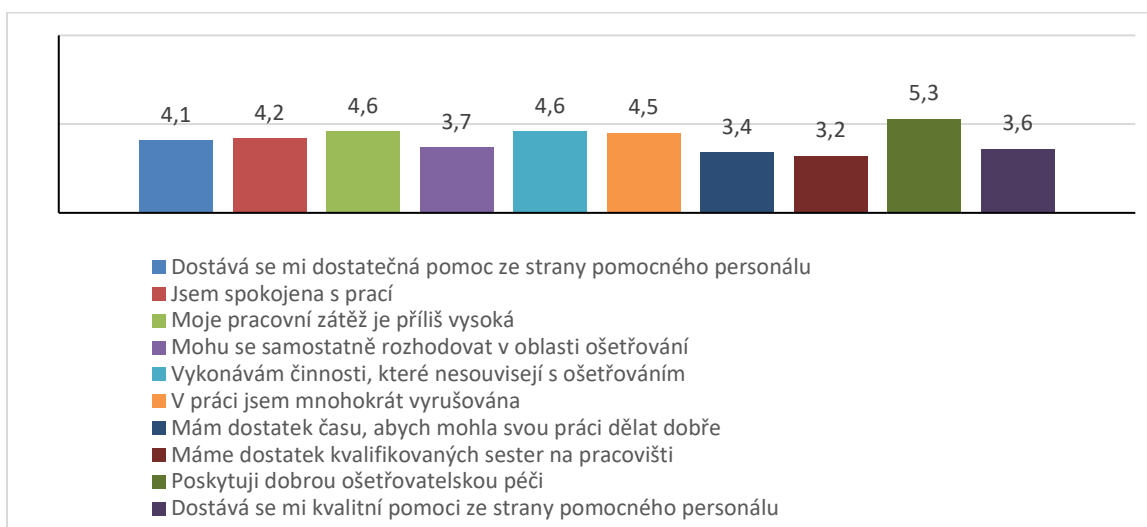
Respondentky byly převážně zaměstnány na plný úvazek (80,8 %) a pracovaly ve směnném provozu (87,2 %). Nejčastěji pracovaly na standardních lůžkových odděleních (52,6 %) nebo na jednotkách intenzivní péče/anesteziologicko-resuscitačním oddělení/oddělení intermediární péče (32 %). Délka ošetrovatelské praxe byla nejčastěji 21-30 let (23 %), 6-10 let (21,8 %), 1-5 let (19,2 %) a ≥31 let (17,9 %). Nejméně početnou kategorií byla délka ošetrovatelské praxe 16-20 let a 11-15 let.

**Graf 1: Dimenze Pracovní-domácí život**



Po vyhodnocení první domény bylo zjištěno, že respondentky spíše nesouhlasily s tvrzeními uvedenými v dotazníku (legenda pod grafem). Pouze jedna otázka měla průměrné hodnocení vyšší než 4 body (průměrné skóre pro jednu položku bylo 3,6). Většina respondentek (87 %) souhlasila s tím, aby nemocnice poskytovala zaměstnancům péči o jejich předškolní děti. Naopak 66,7 % nesouhlasilo s tvrzením, že jim po práci ještě zbývá energie. S touto položkou především souhlasily respondentky s délkou ošetrovatelské praxe 6-10 let (25 %) a 21-30 let (25 %). Celkově byla v této doméně zjištěna střední úroveň QNWL, neboť skóre činilo 24,8.

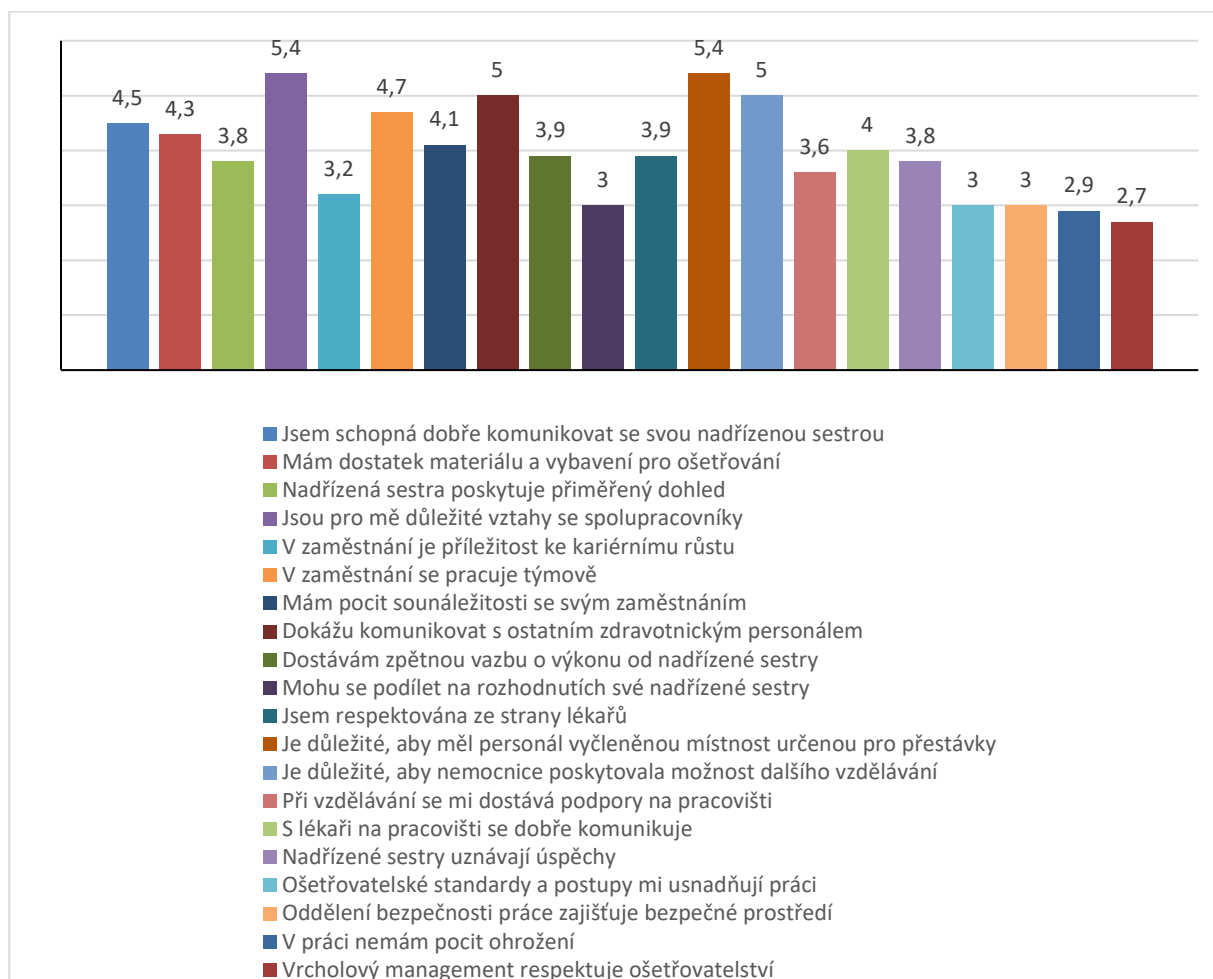
**Obrázek 2: Design práce**



V druhé doméně respondentky spíše souhlasily s jednotlivými položkami, přičemž průměrné skóre pro jednu položku bylo 4,1. Polovina respondentek silně souhlasila s tvrzením, že poskytují dobrou ošetrovatelskou péči, a dalších 49 % s tímto tvrzením souhlasilo. Celkem 47 % se shodlo, že na pracovišti

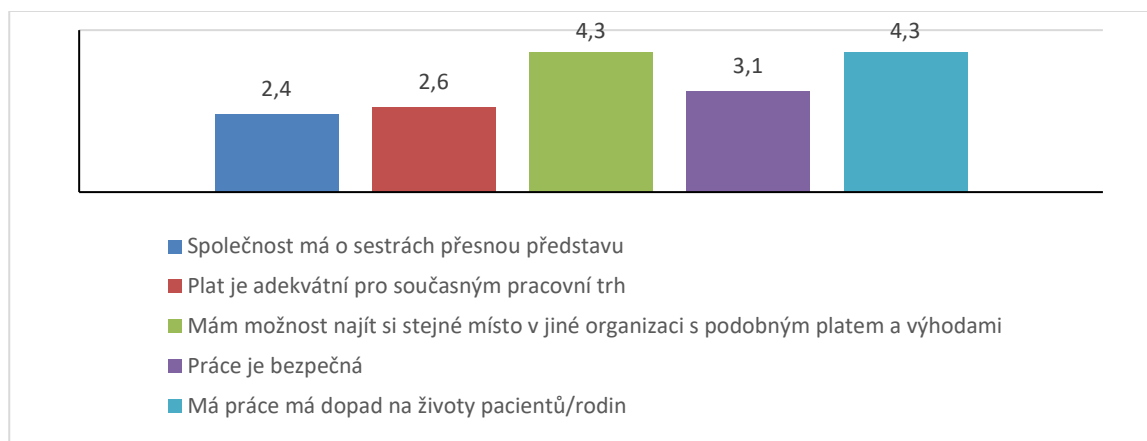
nemají dostatek kvalifikovaných sester, přičemž tento názor byl častější u respondentek pracujících na standardních lůžkových odděleních (57 %, n = 20). Celkové skóre v této doméně bylo 41,3, což opět spadá do střední úrovně QNWL. Vysoká úroveň začíná již od 45 bodů.

**Obrázek 3: Kontext práce**



Pouze v této doméně byla zjištěna vysoká úroveň QNWL, kdy celkové skóre činilo 79. Všechny sestry (100 %) souhlasily nebo silně souhlasilo s tím, že jsou pro ně důležité vztahy se spolupracovníky a že je důležité, aby měl personál vyčleněnou místnost určenou pro přestávky. Téměř polovina respondentek (48,7 %) souhlasila s tvrzením, že se mohou podílet na rozhodnutích své nadřízené sestry, zatímco 51,3 % respondentek s tímto tvrzením nesouhlasila. Více než 60 % účastníků studie se nedomnívalo, že by vrcholový management respektoval ošetřovatelskou péči poskytovanou všeobecnými sestrami.

**Obrázek 4: Svět práce**



Poslední doménou byl Svět práce, kde téměř 63 % respondentek nesouhlasím s tím, že by jejich práce byla bezpečná. Ještě více jich nesouhlasilo s tvrzením, že by společnost měla přesnou představu o sestřích (73 %) nebo že mají adekvátní plat (74 %). Překvapivě 74,4 % respondentek uvedlo, že mají možnost najít si stejné místo za lepší plat i benefity. Celkové skóre v této doméně bylo 16,8, což opět spadá do střední úrovně QNWL.

### Diskuze

Nejnoveji byly publikovány výsledky téhož dotazníku v Saudské Arábii, kde například Al Mutair et al. (2022) uskutečnili studii zaměřenou na kvalitu pracovního života sester pomocí dotazníku QNWL. Studie se zúčastnilo 860 sester s průměrným věkem  $33,2 \pm 6,1$  let, z nichž většina (92,8 %) byla ženského pohlaví a vdaných/ženatých (72 %). Tyto demografické výsledky vykazují velkou podobnost s naší studií, jelikož průměrný věk byl 38,6 let a většina respondentek byla vdaných. Výsledky naší studie jsou navíc značně podobné výsledkům této studie v celkovém skóre, jelikož respondentky v České republice uvedly průměrné skóre kvality pracovního života 161,83 (min.115; max. 200), což řadíme do střední úrovně, a i v této studii byla zjištěna střední úroveň kvality pracovního života ( $174,5 \pm 30,3$ ). V rámci jednotlivých domén byly zjištěny nepatrné odchylky skóre, jelikož respondenti uváděli následující hodnoty: 28 pro doménu pracovní/domácí život; 36,2 pro design práce; 85,8 pro pracovní kontext a 19,6 pro svět práce. Ovšem studie Kaddourah et al. (2018), která byla též provedena v Saudské Arábii, tyto výsledky nepotvrzuje. K této studii bylo přizváno 400 sester, nakonec jich bylo do výzkumu zahrnuto 364 (91 %). Stejně jako v případě studie Al Mutair et al. (2022) i zde převládaly ženy (90,4 %), především ve věkové kategorii 22-30 let, které byly vdané (64,8 %), nicméně i přesto byla u většiny sester zjištěna nespokojenost s QWL a 94 % respondentů bylo ochotných opustit dosavadní zaměstnání. V této studii byl také potvrzen vliv měsíčního příjmu na spokojenost sester, stejně jako vliv celkové délky ošetrovatelské praxe, která souvisí se statusem sestry. Předpokládáme, že rozdíl ve výsledcích naznačuje, že sestry vnímají zlepšení v kvalitě pracovního života v posledních letech, protože interval mezi publikacemi je čtyři roky (2018 a 2022).

V roce 2021 proběhla popisná korelační studie v Íránu, jejímž cílem bylo zkoumat souvislost mezi tím, jak je práce sester veřejně vnímána a kvalitou pracovního života sester. Na jednotlivé otázky odpovědělo 250 respondentů (85,6 % žen; 14,4 % mužů) ve věku od 22 do 56 let (průměr 33,4 let). Celkové skóre QNWL bylo  $145,53 \pm 28,86$ , což opět odpovídá střední úrovni. Z výsledků studie vyplynulo, že existuje pozitivní vztah mezi tím, jak sestry vnímají veřejný obraz ošetrovatelství a QNWL, což znamená, že negativní vnímání snižuje úroveň QNWL (Roshangar et al. 2021). Ve stejném roce byla publikována další studie s podobným cílem, do které se zapojilo 1704 sester. Většina respondentek uváděla věkovou skupinu 21-30 let (42,5 %) či 31-40 let (40 %). Celkové skóre se pohybovalo od 80 do 245 a i přesto, že byla vypočtena střední úroveň QNWL ( $175,3 \pm 23,1$ ), téměř 42,4 % uvádělo vysokou úroveň kvality pracovního života. Vyšší úroveň byla spojena s věkem  $\geq 41$  let, s pozicí sestry a délkou ošetrovatelské praxe (Alreshidi et al. 2021). Tento výsledek potvrzuje i studie Kaddourah et al. (2018).

Další studií se stejným cílem a s využitím stejného nástroje byla deskriptivní průřezová studie provedená v Jordánsku. Výzkum prokázal střední úroveň kvality pracovního života (skóre  $140,15 \pm 28,34$ ) i v jednotlivých doménách tohoto nástroje u sester ( $n = 186$ ) pracujících na pohotovosti. Průměrný věk respondentek byl  $30,53 \pm 6,46$  let a délka ošetrovatelské praxe  $6,81 \pm 5,27$  let (Suleiman et al. 2019). Výsledky naší studie jsou v souladu s touto studií. Další studie, které využily stejný typ dotazníku a v proběhly v Evropě jsou bohužel již staršího data.

Kvalitou pracovního života pouze mezi pediatrickými sestrami se zabývala studie ve Španělsku, která použila dotazník Kvalita profesionálního života (QPL-35). Tento dotazník hodnotí vnímání podpory ze strany vedení, celkové vnímání pracovní zátěže a vnitřní motivaci. Celkem se do studie zapojilo 206 pediatrických sester (95,6 % žen) s průměrnou délkou ošetrovatelské praxe 11,4 let. Průměrné skóre pro kvalitu profesního života bylo 7,2, což je již vyšší úroveň QWL. Vyšší úroveň kvality uváděly sestry, které ve svém zaměstnání vnímaly autonomii nebo absolvovaly specializaci v oboru (Laserna et al., 2023). Tyto výsledky nemůžeme vyvrátit ani potvrdit, jelikož v rámci naší studie nebyly zjišťovány kompetence sester ve vztahu s kvalitou pracovního života. Z výsledků však vyplývá, že pediatrické sestry uvádějí vyšší QWL oproti všeobecným sestram.

Carvalho et al. (2023) se ve své studii zaměřili na celý ošetrovatelský personál (sestry, ošetrovatelské asistenty, ošetrovatelské techniky). Celkem se zúčastnilo 342 respondentů (89,4 % žen) nejčastěji ve věkové kategorii 31-50 let (37,2 %). V rámci studie bylo zjištěno velmi vysoké nasazení a obětavost personálu. Vysoká úroveň byla zjištěna v doméně společenské relevance (poskytování kvalitní péče, podpora vzdělávání). Ovšem nejnižší hodnoty byly zaznamenány v doméně „spravedlivé a přiměřené odměňování“, i přesto se celkově jednalo o střední úroveň QWL, kterou uvedlo 52 % respondentů. V rámci naší studie byla doména platové ohodnocení též negativně hodnocena, ale celkové skóre subškály „Svět práce“ také spadalo do střední úrovně QWL.

Ve studii Bretagne et al. (2023) uvádělo 70 % respondentů, že z důvodu pracovního rozvrhu jim nezbývá čas na jejich osobní/rodinný život. Dále bylo v této studii zjištěno staticky významný rozdíl mezi velikostí úvazku a QWL, jelikož respondenti s částečným úvazkem uváděli vyšší úroveň QWL. V naší studii, kdy více jak 80 % respondentek bylo zaměstnáno na plný pracovní úvazek, bylo také uvedeno, že respondentkám nezbývá čas na osobní život a že nejsou schopny vyvážit pracovní i osobní potřeby. Nebyl však zjištěn významný vztah mezi velikostí pracovního úvazku a QWL. Důvodem je pravděpodobně rozdílná cílová skupina, jelikož se studie Bretagne et al. (2023) zaměřila pouze na lékaře zaměstnané na všeobecném interním oddělení.

## **Závěr**

Tato studie se zaměřila na kvalitu pracovního života všeobecných sester v České republice. Zahrnula 78 žen ve věku 22-61 let, přičemž většina z nich byla vdaná a pracovala na plný úvazek, převážně na standardních lůžkových odděleních nebo jednotkách intenzivní péče. Výsledky ukázaly střední úroveň QNWL s průměrným skóre 161,8 (max. 200; min. 115). Z toho 19,2 % ( $n = 15$ ) respondentek označilo svou kvalitu života jako vysokou, přičemž žádná z respondentek nehodnotila svou kvalitu života jako nízkou. Nejčastěji vysokou kvalitu uváděly respondentky s vysokoškolským vzděláním, které pracovaly na standardních lůžkových odděleních (45,7 %).

Z jednotlivých domén byla pouze doména „Kontext práce“ hodnocena na vysoké úrovni. Nicméně, průměrné hodnocení bylo ovlivněno nízkým skóre v oblasti názoru respondentek na respektování ošetrovatelství vrcholovým managementem. Více než 50 % respondentek se domnívá, že ošetrovatelství není dostatečně respektováno. Je tedy nezbytné zlepšit komunikaci mezi vrcholovým managementem a zaměstnanci, poskytovat zpětnou vazbu a více zapojit zaměstnance do rozhodování o fungování zdravotnického zařízení.

Celkem 99 % sester si myslí, že poskytují dobrou ošetrovatelskou péči navzdory tomu, že téměř polovina z nich vnímá nedostatek odborného personálu na svém pracovišti.



Otázka adekvátnosti platu byla hodnocena spíše negativně (skóre 2,6). I přes snahu o postupné zvyšování platů sestry stále pociťují jejich výši jako nedostatečnou. Tento pocit může být posílen tím, že sestry souhlasily s tvrzením, že mohou najít si obdobné místo v jiném zdravotnickém zařízení se srovnatelným platem a výhodami (průměrné skóre 4,3).

Celkově byly zjištěny různé aspekty pracovního života sester, přičemž nejvyšší úroveň spokojenosti byla zaznamenána v oblasti vztahů se spolupracovníky a pracovního prostředí. Je důležité pokračovat v monitorování úrovně kvality pracovního života a nalézt řešení pro zlepšení všech domén, čímž se celkovělepší kvalita pracovního života.

## Poděkování

Uvedená studie byla zpracována v rámci řešení projektu IGA-FZS-2024-1: Kvalita pracovního života všeobecných sester.

## Literatura

Al Mutair, A., Al Bazroun, M. I., Almusalami, E. M., Aljarameez, F., Alhasawi, A. I., Alahmed, F., Saha, C., Alharbi, H. F., & Ahmed, G. Y. (2022). Quality of Nursing Work Life among Nurses in Saudi Arabia: A Descriptive Cross-Sectional Study. *Nursing reports (Pavia, Italy)*, 12(4), 1014–1022. <https://doi.org/10.3390/nursrep12040097>

Alreshidi, N. M., & Alsharari, A. F. (2021). Work-life balance of expatriate nurses working in acute care settings. *Nursing open*, 8(6), 3201–3211. <https://doi.org/10.1002/nop2.1033>

Bretagne, L., Mosimann, S., Roten, C., Perrig, M., Genné, D., Essig, M., Mancinetti, M., Méan, M., Darbellay Farhoumand, P., Huber, L. C., Weber, E., Knoblauch, C.,

Brooks, B. A. (2001) Development of an Instrument to Measure Quality of Nursing Work Life. Chicago: University of Illinois at Chicago. *Překlad české verze – Zemanová, M. & Jarošova, D. Ústav ošetrovatelství a porodní asistence, Lékařská fakulta, Ostravská univerzita.* (2016). [cit. 2024-7-22]. Dostupné na internetu: <https://dokumenty.osu.cz/lf/uom/uom-publikace/pracovni-prostredi-spoluprace-kompetence/qnwl-cz.pdf>

Carvalho, T. M. de., Lourencão, L. G., Pinto, M. H., Viana, R. A. P. P., Moreira, A. M. B. da S. G., Mello, L. P. de., Medeiros, G. G. de ., & Gomes, A. M. F.. (2023). Qualidade de vida e engajamento no trabalho em profissionais de enfermagem no início da pandemia de COVID-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28(10), 2903–2913. <https://doi.org/10.1590/1413-812320232810.09982023>

Kaddourah, B., Abu-Shaheen, A. K., & Al-Tannir, M. (2018). Quality of nursing work life and turnover intention among nurses of tertiary care hospitals in Riyadh: a cross-sectional survey. *BMC nursing*, 17, 43. <https://doi.org/10.1186/s12912-018-0312-0>

Mišovičová, Katarína. (2023). Assessment the Quality of Nursing Work Life using Brooks' tool QNWL: Literature Review. 10. 51-55.

Laserna Jiménez C, Garrido Aguilar E, Casado Montañés I, Estrada Masllorens JM, Fabrellas N. Autonomous competences and quality of professional life of paediatric nurses in primary care, their relationship and associated factors: A cross-sectional study. *J Clin Nurs*. 2023;32(3-4):382-396. doi:10.1111/jocn.16244

Roshangar, F., Soheil, A., Moghbeli, G., Wiseman, T., Feizollahzadeh, H., & Gilani, N. (2021). Iranian nurses' perception of the public image of nursing and its association with their quality of working life. *Nursing open*, 8(6), 3441–3451. <https://doi.org/10.1002/nop2.892>

Ruiz-Fernández, M. D., Pérez-García, E., & Ortega-Galán, Á. M. (2020) Quality of Life in Nursing Professionals: Burnout, Fatigue, and Compassion Satisfaction. *International journal of environmental research and public health*, 17(4), 1253. <https://doi.org/10.3390/ijerph17041253>

Sirin, M. & Mankaliye Sokmen, S. (2015) Quality of Nursing Work Life Scale: The Psychometric Evaluation of the Turkish Version. *International Journal of Caring Sciences*. 8(3), 543. [https://internationaljournalofcaringsciences.org/docs/4\\_Sirin\\_original\\_8\\_3.pdf](https://internationaljournalofcaringsciences.org/docs/4_Sirin_original_8_3.pdf)

Suleiman, K., Hijazi, Z., Al Kalaldehy, M., & Abu Sharour, L. (2019). Quality of nursing work life and related factors among emergency nurses in Jordan. *Journal of occupational health*, 61(5), 398–406. <https://doi.org/10.1002/1348-9585.12068>

Vevoda, J., Navratilova, D., Machaczka, O., Ambroz, P., Vevodova, S. & Tomietto, M. (2023) Nurses job satisfaction identified by personal preferences and perceived saturation divergence: a comparative cross-sectional study in Czech hospitals between 2011 and 2021. *BMC Nurs* 22, 422. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01586-1>

Zákon č. 96/2004 Sb, *Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)*. (2004). [cit. 2024-7-22]. Dostupné na internetu: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>.

#### **Kontaktní adresa**

Mgr. Aneta Hujová  
Univerzita J. E. Purkyně  
Fakulta zdravotnických studií – Katedra ošetrovatelství  
Sociální péče 3652/13  
400 11 Ústí nad Labem  
Email: [aneta.hujova@ujep.cz](mailto:aneta.hujova@ujep.cz)

## PSYCHICKÁ PRACOVNÁ ZÁŤAŽ A SPOKOJNOSŤ SESTIER PRACUJÚCICH S GERIATRICKÝMI PACIENTAMI

Matišáková Iveta (1), Kadlecová Jana (2), Gerlichová Katarína (1)

1 - Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne, Fakulta zdravotníctva

2 - Fakultná nemocnica Trenčín

### Abstrakt:

**Ciele:** Práca s geriatrickým pacientom je veľmi náročná. K tomu prispievajú viaceré faktory ako je zodpovednosť, zmennosť, práca počas víkendov, veľa požiadaviek od pacientov, ich príbuzných, od nadriadených, množstvo telefonátov. K náročnosti práce prispievajú aj špecifické problémy geriatrických pacientov ako sú geriatrické syndrómy, psychické ochorenia, demencia, imobilita a ďalšie. Uvedené aspekty vplývajú na kognitívne a emocionálne procesy sestier a predstavujú pre sestry fyzickú a psychickú záťaž. Pokiaľ sú sestry preťažené vedie to často k chronickému stresu, nespokojnosti v práci, nespokojnosti s pracovným prostredím, s organizáciou práce a riešením sa stáva odchod z pracoviska, prípadne aj zo zdravotníckeho systému. Cieľom výskumu bolo zistiť vzťah medzi psychickou záťažou a pracovnou spokojnosťou sestier pracujúcich s geriatrickými pacientami.

**Metódy:** Výskumnú vzorku tvorilo 107 sestier, ktoré poskytujú ošetrovateľskú starostlivosť geriatrickým pacientom. Priemerný vek respondentov bol 41,65 roka. Priemerná dĺžka praxe bola 17,26 roka. Na zber údajov sme použili dva štandardizované dotazníky. Na hodnotenie psychickej pracovnej záťaže Meisterov dotazník - podľa škály od 1 do 5 (1- úplne áno, 5- nie vôbec) a na hodnotenie pracovnej spokojnosti McCloskey/Mueller škálu (MMSS) – od 1 do 7 (1- veľmi nespokojný, 7 - úplne spokojný), pre ktorú sme získali súhlas na použitie z Center for Nursing Classification from IOWA, USA.

**Výsledky:** Pri klasifikácii záťaže, ktorá je delená ako tendencia k preťaženiu, tendencia k monotónii a tendencia ku kombinácii sme zistili, že u sestier prevažuje tendencia ku kombinácii (63, 6% opýtaných). Z toho až 42% opýtaných sestier vykazuje prítomnosť 3. stupňa kombinovanej záťaže, pri ktorej nie je možné vylúčiť aj trvalé zdravotné riziká. Tendenciu k preťaženiu sme zistili u viac ako 33% sestier a záťaž v oblasti monotónie vyšla len u 2,8% sestier. Pri hodnotení spokojnosti v jednotlivých oblastiach je pomerne vyrovnané. Najviac sú respondenti spokojní so sociálnymi vzťahmi a interakciami (priemerná hodnota je 3, 2; medián 3).

**Závery:** Zvyšujúca sa pracovná záťaž, predovšetkým psychická, nedostatok personálu zvyšujúce sa nároky na prácu sestry majú často vplyv na ich pracovnú spokojnosť. Nespokojnosť v práci často vyústi do zdravotných problémov a stáva sa to dôvodom k odchodu zo zamestnania. Je úlohou manažmentu jednotlivých pracovísk a nemocníc uvedené dôsledky náročnej práce sestier eliminovať a pripraviť im také pracovné a organizačné podmienky, aby v zamestnaní pretrvali.

### Kľúčové slová:

*Geriatrický pacient; Pracovná spokojnosť; Pracovná záťaž*

## MENTAL WORKLOAD AND SATISFACTION OF NURSES WORKING WITH GERIATRIC PATIENTS

**Objectives:** Working with a geriatric patient is very demanding. Several factors contributed to this, such as responsibility, change, work during weekends, many requests from patients, their relatives, from superiors, many phone calls. The specific problems of geriatric patients such as geriatric syndromes, mental illnesses, dementia, immobility and others also contribute to the difficulty of the work. The mentioned aspects affect the cognitive and emotional processes of nurses and represent a physical and psychological burden for nurses. If nurses are overworked, it often leads to chronic stress, dissatisfaction at work, dissatisfaction with the work environment, with the organization of work, and the solution is to leave the workplace, or even the health care system. The aim of the research was to determine the relationship between psychological stress and job satisfaction of nurses working with geriatric patients.

**Methods:** The research sample consisted of 107 nurses who provide nursing care to geriatric patients. The average age of the respondents was 41.65 years. The average length of practice was 17.26 years. We used two standardized questionnaires for data collection. On psychological workload, Meister's questionnaire - according to a scale from 1 to 5 (1- completely yes, 5 - not at all) and on the assessment of job satisfaction McCloskey/Mueller requires (MMSS) - from 1 to 7 (1 - very dissatisfied, 7- completely satisfied), for which we obtained approval for use from the Center for Nursing Classification of IOWA, USA.

**The results:** When classifying the burden, which is divided into a tendency to overload, a tendency to monotony and a tendency to combination, we found that the tendency to combine prevails among nurses (63.6% of respondents). Of these, up to 42% of the interviewed nurses show the presence of the 3rd degree of combined burden, in which permanent health risks cannot be ruled out. We found a tendency to overload in more than 33% of nurses, and the burden in monotony was found in only 2.8% of nurses. When evaluating satisfaction in individual areas, it is relatively balanced. Respondents are most satisfied with social relations and interactions (average value is 3.2; median 3).

**Conclusions:** Increasing workload, especially mental, lack of staff, increasing demands on nurses' work often have an impact on their job satisfaction. Dissatisfaction at work often results in health problems and becomes a reason to leave the job. It is the task of the management of individual workplaces and hospitals to eliminate the consequences of the demanding work of nurses and to prepare such working and organizational conditions for them to remain employed.

**Keywords:**

*Geriatric patient; Job satisfaction; Workload*

**Kontaktná adresa:**

doc. PhDr. Iveta Matišáková, PhD.

Fakulta zdravotníctva

Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne

Študentská 2

911 50 Trenčín

[iveta.matisakova@tnuni.sk](mailto:iveta.matisakova@tnuni.sk)

## FAKTORY FYZICKEJ ZÁŤAŽE SESTIER PRACUJÚCICH V ODBOROCH VNÚTORNÉHO LEKÁRSTVA

Dziacka Alena (1), Botíková Andrea (1), Bobeničová Jaroslava (2)

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

2 - Fakultná nemocnica F. D. Roosevelta v Banskej Bystrici

### **Abstrakt:**

Fyzická záťaž u sestier pracujúcich v odbore vnútorného lekárstva je problémom, ktorý ovplyvňuje ich zdravie a pracovnú výkonnosť. Sestry často pracujú nadčas a fyzická námaha je spojená s presúvaním a polohovaním pacienta, čo môže spôsobiť muskuloskeletálne problémy, únavu, vyčerpanie a neefektívne vykonávanie úloh.

**Ciele:** Cieľom príspevku bolo poukázať na faktory fyzickej záťaže sestier pracujúcich v odboroch vnútorného lekárstva so zreteľom na manuálnu manipuláciu s pacientom a vek sestier, a technické vybavenie pri manipulácii s pacientom a pracoviskom.

**Metódy:** Informácie boli získavané anonymným neštandardizovaným dotazníkom, škálovanými otázkami Likertovho typu. Distribuovaný bol elektronicky službou Google Forms a papierovou formou vo Fakultnej nemocnici F. D. Roosevelta v Banskej Bystrici. Hypotézy boli testované Pearsonovým chí-kvadrát testom na hladine významnosti  $p = 0.05$  a menej, stupňom voľnosti a korelačným koeficientom. Kritériá zámerného výberu respondentov boli: ochota sestier pracujúcich v odboroch vnútorného lekárstva vo fakultných nemocniciach vyplniť dotazník.

**Výsledky:** Polohovaním pacienta si opornú a pohybovú sústavu preťažuje 87 % sestier, najviac vo vekovej kategórii 51 – 60 rokov, čo v 53 % súvisí so zaujatím nesprávnej polohy pri častej manuálnej manipulácii s pacientom v 63 %. Technické pomôcky „vždy“ na hepatologickom oddelení využíva 50 % sestier. Prevenciou a riešením je pravidelné vzdelávanie a správny tréning techník na zníženie fyzickej záťaže pri manipulácii s pacientom, ako aj využívanie dostupných ergonomických pomôcok.

**Závery:** Enormná fyzická záťaž poškodzuje pohybový aparát sestier a má vplyv na rozhodnutie sestier pre odchod z profesie. Téma fyzickej záťaže u sestier je komplexná a vyžaduje si systematický prístup na zlepšenie pracovných podmienok znížením nadčasovej práce, dostatočným počtom pracovníkov, ergonomických pomôcok a uplatňovaním správnych techník, ktoré umožnia sestram poskytovať kvalitnú starostlivosť bez ohrozenia ich vlastného zdravia.

### **Kľúčové slová:**

*Sestra v odboroch vnútorného lekárstva; Fyzická záťaž; Techniky na zníženie fyzickej záťaže; Ergonomické pomôcky*

## PHYSICAL LOAD FACTORS OF NURSES WORKING IN INTERNAL MEDICINE DEPARTMENTS

The physical burden of nurses working in the field of internal medicine is a problem that affects their health and work performance. Nurses often work overtime and the physical effort associated with moving and positioning the patient can cause musculoskeletal problems, fatigue, exhaustion and inefficient task performance.

**Objectives:** The aim of the paper was to point out the factors of the physical load of nurses working in the field of internal medicine, taking into account the manual handling of the patient and the age of the nurses, and the technical equipment for handling the patient and the workplace.

**Methods:** Information was obtained by an anonymous, non-standardized questionnaire, with Likert-type scaled questions. It was distributed electronically using the Google Forms service and in paper form at the F. D. Roosevelt Faculty Hospital in Banská Bystrica. Hypotheses were tested by Pearson's chi-square test at the significance level of  $p = 0.05$  and below, degrees of freedom and correlation coefficient. The criteria for the deliberate selection of respondents were: the willingness of nurses working in departments of internal medicine in teaching hospitals to fill out the questionnaire.

**The results:** By positioning the patient, 87% of nurses overload their musculoskeletal system, most in

the age group of 51-60 years, which in 53% is related to taking the wrong position during frequent manual handling of the patient in 63%. Technical aids are "always" used by 50% of nurses in the hepatology department. The prevention and solution is regular education and proper training of techniques to reduce the physical load when handling the patient, as well as the use of available ergonomic aids.

**Conclusions:** The enormous physical load damages the locomotor apparatus of nurses and affects the decision of nurses to leave the profession. The topic of physical burden in nurses is complex and requires a systematic approach to improve working conditions by reducing overtime, sufficient number of workers, ergonomic aids and applying correct techniques that will enable nurses to provide quality care without endangering their own health.

**Keywords:**

*Nurse in internal medicine; Physical exercise; Techniques to reduce physical load; Ergonomic aids*

**Kontaktná adresa:**

PhDr. Alena Dziacka, PhD.

TU, FZaSP, Katedra ošetrovateľstva

Univerzitné námestie 1

918 43 Trnava

Email: [alena.dziacka@truni.sk](mailto:alena.dziacka@truni.sk)

## **NOVÉ FORMY PSYCHICKÉ PODPORY A SEBEROZVOJE PRACOVNÍKŮ VE ZDRAVOTNICTVÍ**

Nováková Peršínová Lenka (1,2), Řezníčková Alice (1,3)

1 - Fakultní nemocnice v Motole, Psychosociální intervenční tým

2 - Fakultní nemocnice v Motole, Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol

3 - Fakultní nemocnice v Motole, Útvar náměstkyně pro ošetrovatelskou péči

### **Abstrakt:**

Psychosociální intervenční tým působí ve FNM od roku 2019 a poskytuje první psychickou pomoc a podporu zaměstnancům (Peer - kolegiální podpora) i blízkým pacientů či pacientům samým (Krizová intervence, podpůrné rozhovory). Díky Projektu Supervize a kompetence všeobecných sester, dětských sester a porodních asistentek a dalších nelékařských zdravotnických pracovníků, registrační číslo CZ.03.02.02/00/22\_045/0004001, plánuje rozšířit nabízené služby o nový nástroj - intervizi. Cílem našeho sdělení je odlišit roli peera a intervizora. Představit intervizi jako partnerský nástroj, založený na otevřenosti a důvěře, se zaměřením na reflexi.

### **Klíčová slova:**

*Intervize; Intervizor; Kolegiální podpora; Peer; První psychická pomoc; Psychosociální intervenční tým; Reflexe; Seberozvoj*

### **Korespondenční adresa:**

Mgr. Alice Řezníčková

Útvar náměstkyně pro ošetrovatelskou péči

Fakultní nemocnice v Motole

V úvalu 84/1

150 06 Praha 5 – Motol

alice.reznickova@fnmotol.cz

## FAKTORY PRACOVNÍHO PROSTŘEDÍ JAKO DETERMINANT ZDRAVÍ SESTER

Škarka David, Kilíková Mária

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n.o.

### **Abstrakt:**

**Úvod:** Zdravotníctví je špecifické svým pracovním prostředím, pro které je charakteristické to, že je zdrojem množství faktorů, které různým způsobem ovlivňují zdraví sester. Výsledky průzkumů doma a v zahraničí prokázaly převahu faktorů, které zdraví ovlivňují negativně. Jsou to faktory fyzikální, chemické, ergonomické nebo interakční. Zvláštní pozornost věnovali odborníci vlivu záření na zdraví.

**Cíl:** Identifikovat faktory pracovního prostředí ovlivňující zdraví sester.

**Metodika:** Metoda zkoumání byla provedena za pomoci anonymních dotazníků vlastní tvorby. Průzkumné šetření probíhalo od února do března 2024. Komparaci vlivu faktorů jsme uskutečnili Friedmanovým ANOVA testem. Pro následné post-hoc porovnání jsme použili Wilcoxonův párový test s Holm-Bonferoniho korekcí hladiny významnosti ( $p=0,05$ ). Pro testování závislosti vlivu faktorů na věku byl použit Spearmanův korelační koeficient. Analýza dat byla provedena v programu TIBCO STATISTICA.

**Materiál:** Soubor tvořilo 273 záměrně vybraných sester ze zdravotnických zařízení fakultního, oblastního a městského typu ze Středočeského kraje a Prahy. Kritériem výběru a zařazení do souboru byla délka praxe v povolání sestry minimálně 5 let.

**Výsledky:** Výsledky průzkumu prokázaly, že 131 (48 %) sester hodnotilo vliv faktorů prostředí na zdraví negativně. Dominantním negativním determinantem zdraví byla pracovní poloha vestoje ( $\bar{x}=4,5$ ,  $sd=0,8$ ). Výsledky analýzy prokázaly, že s rostoucí délkou praxe roste i vnímání teploty na pracovišti ( $R=-0,51$ ), umělého osvětlení ( $R=-0,50$ ), hluku ( $R=-0,34$ ) jako negativního determinantu. Nejsilnější korelace byla zjištěna u teploty na pracovišti ( $R=-0,51$ ) a umělého osvětlení ( $R=-0,50$ ). Poloha vsedě byla v souboru ( $n=273$ ) hodnocena jako pozitivní determinační faktor zdraví ( $R=0,22$ ).

**Závěr:** Zůstávají zde nedořešené otázky týkající se dopadu pracovních poloh na zdraví sester. Jsme toho názoru, že pracovní prostředí a vliv jednotlivých faktorů v něm obsažených jsou pro práci sester zcela zásadní. Pokud budeme sestřím do budoucna vytvářet bezpečné pracovní prostředí, bude to mít vliv na jejich pracovní výkon, pracovní spokojenost a zdraví. Sestry by měly provádět rehabilitační a kompenzační cvičení na podporu zdraví, podílet se svými zkušenostmi na zkvalitňování pracovního prostředí. Tato doporučení jsou výzvou také pro management zdravotnických zařízení.

### **Klíčová slova:**

*Faktor; Prostředí; Sestra; Vliv; Zdraví.*

## WORK ENVIRONMENT FACTORS AS A DETERMINANT OF NURSES' HEALTH

**Introduction:** Healthcare is specific in its work environment, which is characterized by the fact that it is the source of a number of factors that affect the health of nurses in different ways. The results of surveys at home and abroad have shown the prevalence of factors that affect health negatively. They are physical, chemical, ergonomic or interactional factors. Experts paid special attention to the effect of radiation on health.

**Target:** To identify work environment factors affecting nurses' health.

**Methodology:** The research method was carried out using self-created anonymous questionnaires. The survey took place from February to March 2024. We compared the influence of the factors Friedman ANOVA test. For subsequent post-hoc comparisons, we used the Wilcoxon paired test with the Holm-Bonferoni correction for the level of significance ( $p=0.05$ ). Spearman's correlation coefficient was used to test the dependence of the factors on age. Data analysis was performed in the TIBCO STATISTICA program.



**Material:** The group consisted of 273 purposefully selected nurses from healthcare facilities of the facultative, regional and urban type from the Central Bohemian Region and Prague. The criterion for selection and inclusion in the group was a minimum of 5 years of experience in the nursing profession.

**Results:** The resultssurvey showed that 131 (48 %) nurses evaluated the influence of environmental factors on health negatively. The dominant negative determinant of health was the standing working position ( $\bar{x}=4.5$ ,  $sd=0.8$ ). Analysis results showed that as the length of practice increases, the perception of temperature at the workplace ( $R=-0.51$ ), artificial lighting ( $R=-0.50$ ), noise ( $R=-0.34$ ) as a negative determinant also increases. The strongest correlation was found for workplace temperature ( $R=-0.51$ ) and artificial lighting ( $R=-0.50$ ). The sitting position was evaluated as a positive determinant of health in the group ( $n =273$ ) ( $R=0.22$ ).

**Conclusion:** There remain unresolved questions regarding the impact of work positions on nurses' health. We are of the opinion that the work environment and the influence of individual factors contained in it are absolutely essential for the work of nurses. If we create a safe future for nurses work environment, it will affect their work performancekon, job satisfactionand health. Sisters wouldthey were supposed to carry out rehabilitation and compensatory exercises to promote health, participate with their experience in improving the quality of the working environment. These recommendations are also a challenge for the management of healthcare facilities.

**Keywords:**

*Factor; Environment; Sister; Influence; Health.*

**Korespondenční adresa:**

Mgr. David Škarka, DiS.  
Nemocnice Kutná Hora  
Vojtěšská 237/26  
284 01 Kutná Hora  
davidskarkavsk1@seznam.cz

## ADAPTÁCIA SESTIER ABSOLVENTIEK NA LŔŽKOVOM ODDELENÍ

Šimovcová Darina (1), Micháliková Zuzana (1,2), Polerecká Dominika (1)

1 - Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčine, Fakulta zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva,  
2- Slovenská zdravotnícka univerzita Bratislava, Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií

### **Abstrakt:**

**Ciele:** Adaptačný proces je forma podpory, ktorá začína v okamihu prijatia sestry na nové pracovisko. V náročnom dynamickom prostredí zdravotníctva zohráva adaptácia sestier na ich roly zásadnú úlohu pri poskytovaní kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti. Adaptácia sestry absolventky na nové podmienky práce môže byť pomerne náročná. Dôsledkom nedostatočného adaptačného procesu môže byť nedôslednosť, chyby v práci a zvýšená fluktuácia sestier. Hlavným cieľom výskumu bolo zistiť úroveň adaptačného procesu sestier absolventiek na lôžkovom oddelení. Skúmali sme, aké nástroje riadenia adaptačného procesu sestry využívajú a aká je spokojnosť sestier s kvalitou adaptačného procesu. Zisťovali sme, ktoré faktory ovplyvňujú proces adaptácie pozitívne a naopak, ktoré negatívne. Zaujímali nás, prínos mentora v procese adaptácie.

**Metódy:** Použili sme dotazník vlastnej konštrukcie, ktorý obsahoval 23 položiek. Dotazník bol v elektronickej podobe rozposlaný prostredníctvom sociálnych sietí dvom skupinám: Sestry absolventky, ktoré končili štúdium ošetrovateľstva v roku 2022, 2023 a absolventkám ošetrovateľstva TNUAD z roku 2022, 2023. Súbor tvorilo 135 sestier, ktoré splnili všetky nasledujúce podmienky: sestry pracujúce na lôžkovom oddelení alebo sestry pracujúce na JIS alebo OAIM, sestry s ukončeným adaptačným procesom, sestry s dĺžkou praxe maximálne jeden rok.

**Výsledky:** Zistili sme štatisticky významnú súvislosť medzi kvalitou adaptačného procesu a typom oddelenia. Sestry pracujúce na JIS alebo OAIM sú pripravené na nové podmienky práce lepšie, ako sestry pracujúce na bežnom lôžkovom oddelení. Rozdiel je aj v dobe trvania adaptačného procesu, pre sestry pracujúce na štandardnom lôžkovom oddelení je dĺžka adaptácie nedostatočná a nie je im poskytnutá možnosť predĺženia. Zistili sme, že existuje súvislosť medzi používaním nástrojov riadenia adaptačného procesu a typom oddelenia. Z celkového počtu 70 až 63 ( 90%) sestier pracujúcich na bežnom lôžkovom oddelení nedostalo informačný balíček pre nových zamestnancov. Sestry pracujúce na JIS z celkového počtu 30 ich 14 (46%) a sestry z OAIM z celkového počtu 35 až 21( 60%) dostalo informačný balíček pre nových zamestnancov. Zistili sme, že 45 (64%) sestier pracujúcich na štandardnom lôžkovom oddelení neabsolvovalo motivačný rozhovor s vedúcim pracovníkom. 24 (68%) sestier z OAIM a 16 (45%) sestier z JIS podstúpilo motivačný rozhovor. Naše výsledky poukázali, že 51 (72%) sestier pracujúcich na štandardnom lôžkovom oddelení nemalo počas adaptačného procesu prideleného mentora a nepodstúpilo rotáciu na inom pracovisku. 15 (50%) respondentiek z JIS a 20 (57%) sestier z OAIM spolupracovalo s mentorom. Na základe analýzy výsledkov sme zistili, že 54 (77%) sestier pracujúcich na štandardnom lôžkovom oddelení nedostalo po ukončení adaptačného procesu formálne ohodnotenie a nedostali spätnú väzbu po ukončení adaptačného procesu. Až 25 (71%) sestier pracujúcich na OAIM, 14 (46 %) respondentiek z JIS dostalo po ukončení adaptácie formálne ohodnotenie. Najčastejším pozitívnym faktorom boli dobré medziľudské vzťahy na pracovisku, čo uviedlo z celkového počtu 135 sestier 102 (34,1%) sestier. Medzi negatívne faktory uviedli sestry zlú organizáciu práce, nekvalitný adaptačný proces. Na základe odpovedí sme zistili, že sestry absolventky považovali priradeného mentora za prínos počas adaptačného procesu. 47 (35%) respondentiek tvrdilo, že ich pridelený mentor bol pasívny, pre 38 (28%) sestier bol mentor prínosný a aktívny.

**Záver:** Správny manažment, priebeh a vedenie pracovníka počas adaptačného procesu môže ovplyvniť priebeh celej ošetrovateľskej starostlivosti a zabrániť problému s odchodom nových sestier mimo zdravotníctvo. Výsledky práce chceme ďalej zdieľať a dopomôcť tak k automatizácii adaptačného procesu sestier pri nástupe do zamestnania.

### **Kľúčové slová:**

*Adaptačný proces; Vedenie pracovníkov; Sestry absolventky; Ošetrovateľská starostlivosť*

## ADAPTATION OF GRADUATE NURSES IN THE INPATIENT WARD

**Aims:** The adaptation process is a form of support that begins the moment a nurse is admitted to a new workplace. In a challenging dynamic healthcare environment, nurses' adaptation to their roles plays a vital role in the delivery of quality nursing care. The adaptation of a graduate nurse to new working conditions can be quite challenging. Inconsistency, errors in work and increased nurse turnover can be the consequence of a poor adaptation process. The main aim of the research was to find out the level of adaptation process of graduate nurses in the inpatient ward. We investigated what tools nurses use to manage the adaptation process and how satisfied nurses are with the quality of the adaptation process. We investigated which factors influence the adaptation process positively and, conversely, which ones influence it negatively. We were interested in the contribution of the mentor in the adaptation process.

**Methods:** We used a self-constructed questionnaire containing 23 items. The questionnaire was distributed electronically via social networks to two groups: Nurses graduating from nursing studies in 2022, 2023 and nursing graduates of TNUAD from 2022, 2023. The population consisted of 135 nurses who met all of the following conditions: nurses working in an inpatient ward or nurses working in ICU or OAIM, nurses who had completed the adaptation process, nurses with a maximum of one year of experience.

**Results:** We found a statistically significant association between the quality of the adaptation process and the type of department. Nurses working in ICU or OAIM are better prepared for new working conditions than nurses working in a regular inpatient ward. There is also a difference in the duration of the adaptation process, for nurses working in a standard inpatient ward the length of adaptation is insufficient and they are not given the opportunity to extend it. We found that there is an association between the use of tools to manage the adaptation process and the type of ward. Out of the total 70 to 63 ( 90%) nurses working in standard inpatient ward did not receive information pack for new staff. Nurses working in ICU out of total 30 their 14 (46%) and OAIM nurses out of total 35 to 21( 60%) received information pack for new staff. We found that 45 (64%) nurses working in a standard inpatient ward did not undergo motivational interviewing with a supervisor. 24 (68%) nurses from the OAIM and 16 (45%) nurses from the ICU underwent motivational interviewing. Our results indicated that 51 (72%) nurses working in the standard inpatient ward did not have a mentor assigned to them during the adaptation process and did not undergo a rotation in another workplace. 15 (50%) respondents from ICU and 20 (57%) nurses from OAIM worked with a mentor. Based on the analysis of the results, we found that 54 (77%) nurses working in the standard inpatient ward did not receive a formal evaluation after the adaptation process and did not receive feedback after the adaptation process. As many as 25 (71%) nurses working in OAIM, 14 (46%) ICU respondents received formal evaluation after completion of adaptation process. The most common positive factor was good interpersonal relationships in the workplace, which was reported by 102 (34.1%) of the 135 nurses. Among the negative factors, nurses mentioned poor work organization, poor quality adaptation process. Based on the responses, we found that the graduate nurses considered their assigned mentor as an asset during the adaptation process. 47 (35%) of the respondents claimed that their assigned mentor was passive, while 38 (28%) nurses found the mentor beneficial and active.

**Conclusion:** Proper management, progression and leadership of the worker during the adaptation process can influence the course of the entire nursing care and prevent the problem of new nurses leaving the health care system. We intend to share the results of this work further to help automate the adaptation process of nurses

**Keywords:**

*Adaptation process; Adaptation process; Graduate nurses; Nursing care*

**Kontaktná adresa:**

PhDr. Darina Šimovcová, PhD.

Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne

Fakulta zdravotníctva

Študentská 2

91150 Trenčín

darina.simovcova@tnuni.sk

## **INSPIRACE ZE STÁŽE VE FINSKU**

Vundererová Karolína (1,2)

1 - Fakultní nemocnice v Motole, Klinika dětské hematologie a onkologie 2. LF UK a FN Motol

2 - Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství 2. LF UK a FN Motol

### ***Abstrakt:***

V rámci studia jsem absolvovala dvouměsíční stáž v rámci programu Erasmus+ v Kuopio University Hospital pod záštitou Savonia University of Applied Sciences v městě Kuopio (Finsko). Stáž v Kuopio University Hospital byla velkým přínosem v poznání digitálního zdravotnictví, kde jsou implementovány mobilní technologie pro záznam vitálních funkcí a nemocniční informační systém s rozšířenými moduly pro ošetrovatelskou péči a kompletní elektronickou dokumentaci zabezpečenou osobními přístupovými kartami. Sestry si rovněž mohou plánovat ranní, odpolední a noční směny dle libovolných časových možností a softwarový program určený pro hodnocení a plánování směn umožňuje managementu oddělení či celé nemocnice kontrolovat personální obsazenost a náročnost jednotlivých směn. Na každém oddělení, klinický farmaceut, hraje klíčovou roli v přípravě léků, monitorování interakcí a edukaci personálu i pacientů. Výuka studentů je integrována do klinické praxe prostřednictvím mentorů a specializovaných výukových prostor přímo na určených odděleních. Zjištění naznačují, že integrace digitalizace a týmové spolupráce v ošetrovatelství zvyšuje efektivitu a kvalitu péče, což představuje potenciál pro inovace ve zdravotnictví v Česku.

### ***Klíčová slova:***

*Stáž, finské zdravotnictví, digitalizace, moderní technologie ve zdravotnictví*

### **Kontaktní adresa:**

karolina.vundererova@seznam.cz

## PRÍBEH SMÚTKU A JEHO ÚZDRAVA CESTOU OŠETROVATEĽSTVA

Rabinčák Marek

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

### **Súhrn:**

*Smútok je prirodzenou reakciou na stratu, ktorá môže významne ovplyvniť duševné zdravie jednotlivca. V rámci ošetrovateľstva je dôležité rozpoznať a reagovať na potreby smútiaceho, poskytujúc emocionálnu podporu a odborné poradenstvo. Cieľom ošetrovateľskej starostlivosti je uľahčiť adaptáciu na stratu, podporiť psychickú pohodu a pomôcť jednotlivcovi nájsť nové spôsoby, ako znovu nadobudnúť rovnováhu a zmysel života. Poradenstvo hrá v tomto procese kľúčovú úlohu, pretože umožňuje smútiacim spracovať ich emócie a prekonávať výzvy spojené so stratou.*

### **Kľúčové slová:**

*Smútok, ošetrovateľstvo, poradenstvo, duševné zdravie*

## THE STORY OF GRIEF AND ITS RECOVERY THROUGH NURSING

### **Summary:**

*Grief is a natural response to loss that can significantly impact an individual's mental health. In nursing, it is important to recognize and address the needs of those who are grieving by providing emotional support and professional counseling. The goal of nursing care is to facilitate adaptation to the loss, promote psychological well-being, and help the individual find new ways to regain balance and meaning in life. Counseling plays a crucial role in this process, as it enables grieving individuals to process their emotions and overcome the challenges associated with loss.*

### **Keywords:**

*Grief, nursing, counseling, mental health*

### **Duševné zdravie a rola sestier**

Duševné zdravie predstavuje komplexný stav equilibria, v ktorom jednotlivec nielen efektívne rozpoznáva a využíva svoje kognitívne a emocionálne kapacity, ale tiež úspešne zvláda bežné stresory prostredia, pričom si zachováva schopnosť vykonávať produktívnu činnosť a tým je schopný prispievať k sociálnej dynamike svojej komunity. Tento stav je fundamentálny pre optimalizáciu kognitívnych procesov, emocionálnej regulácie, interpersonálnej spolupráce a socioekonomickej participácie. Na tomto základe je možné tvrdiť, že stratégie zamerané na podporu, ochranu a obnovu duševného zdravia sú zásadné pre zabezpečenie udržateľného rozvoja a funkčnej integrácie jednotlivcov aj celých spoločností (Rabinčák, 2020). Determinanty duševného zdravia a duševných porúch zahŕňajú nielen individuálne charakteristiky, ako je schopnosť regulovať svoje myšlienky, emócie, správanie a interakcie s inými ľuďmi, ale aj širšie sociálne, kultúrne, ekonomické, politické a environmentálne faktory. Medzi tieto faktory patria napríklad vnútroštátna politika, sociálna ochrana, životná úroveň, pracovné podmienky a komunitné sociálne podpory (WHO, 2013).

Starostlivosť o duševné zdravie je kľúčovým, no často prehliadaným aspektom zdravotnej starostlivosti. Sestry, ako hlavné poskytovateľky ošetrovateľskej starostlivosti, musia byť pripravené efektívne prispievať k starostlivosti o duševné zdravie (WHO, 2018). Ošetrovanie jedincov s duševnou poruchou je časovo náročné a kladie vysoké nároky na zručnosti a osobnostné vlastnosti ošetrojúceho personálu. Všetky aktivity spojené s poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti sú založené na vytváraní terapeutického

vzťahu medzi pacientom a ošetrovateľským tímom (Šimovcová, Matišáková, 2010). Sestry sú často prvými a niekedy jedinými zdravotníckymi odborníkmi, s ktorými sa ľudia stretávajú, a kvalita ich úvodného hodnotenia, starostlivosti a liečby je mimoriadne dôležitá. Ako súčasť miestnej komunity zdieľajú jej kultúru, silné stránky aj zraniteľnosti, čo im umožňuje navrhovať a poskytovať efektívne intervencie na uspokojenie potrieb pacientov, rodín a celého spoločenstva (WHO, 2018b). Od sestier pôsobiach v oblasti duševného zdravia sa vyžaduje neustála psychická vyrovnanosť, trpezlivosť, sebaovládanie, tolerancia, láskavosť a ľudský prístup ku chorému (Šimovcová, Matišáková, 2010).

### Smútok versus depresívna porucha

Pojmy „smútok“ a „žiaľ“ sa v literatúre často používajú nekonzistentne, pričom niekedy označujú stav straty blízkeho človeka a inokedy reakciu na túto stratu. Výskumníci navrhujú, aby sa pojem „smútok“ používal špecificky na označenie samotnej udalosti straty, zatiaľ čo „žiaľ“ by mal popisovať emocionálne, kognitívne, funkčné a behaviorálne reakcie na úmrtie. Okrem toho sa „žiaľ“ často používa v širšom zmysle na označenie reakcií na rôzne typy strát; napríklad ľudia môžu žiaľovať nad stratou mladosti, príležitostí alebo fyzických schopností. Termín „smútenie“ sa niekedy používa ako synonymum pre „smútok“ a „žiaľ“, ale zvyčajne označuje konkrétnejšie behaviorálne prejavy žiaľu, ktoré sú ovplyvnené sociálnymi a kultúrnymi rituálmi, ako sú pohreby, návštevy či iné zvyklosti. „Komplikovaný žiaľ,“ známy aj ako nevyriešený alebo traumatický žiaľ, označuje syndróm, ktorý sa vyznačuje predĺženým a intenzívnym žiaľom, ktorý výrazne narušuje pracovnú, zdravotnú a sociálnu funkciu jednotlivca (Zisook, Shear, 2009). Pojem depresia je veľmi frekvencovaným slovom v psychiatrii. Ako symptóm predstavuje smútok, ale v spojení s diagnózou sa môže vzťahovať i na ľudí, ktorí pocity smútku popierajú. Depresívna nálada je bežným javom v živote jedincov, no môže taktiež odzrkadľovať závažne invalidizujúci, stresujúci či potencionálne aj fatálny duševný stav. Depresia sa môže prejavovať viacerými spôsobmi a vyznačovať sa častými komorbiditami, spúšťačmi a spoľahlivo asociovanými príznakmi (Barnhill, 2015). Depresívne poruchy sú závažné ochorenia, ktoré postihujú celkové prežívanie a správanie človeka. Ide o poruchu, ktorá je častokrát spojená s komorbiditou iných duševných porúch a porúch osobnosti (Sedláčková, Ocisková, Praško, 2015). Depresívne poruchy zaraďujeme medzi poruchy nálady. Depresívna porucha sa môže vyskytovať počas celého života človeka nevynímajúc detské aj adolescentné obdobie (Trebatická, 2017), v seniorskom veku predstavuje jednu z najzávažnejších a najčastejšie sa vyskytujúcich psychických porúch (Jiráček et al., 2013).

Smútok a depresívna porucha sa častokrát ako príznaky zamieňajú. Nasledujúca tabuľka opisuje spoločné ale aj rozdielne príznaky medzi smútkom a depresívnou poruchou.

**Tab. 1 Smútok vs depresívna porucha**

Smútok	Depresívna porucha
emócie	emócie
telesné vnemy	telesné vnemy
myšlienky	myšlienky
správanie	správanie
+ svet je prázdny a úbohý	+ strata sebavedomia
+ dočasné	+ človek je prázdny a úbohý
	+ negatívne hodnotenia seba, sveta a budúcnosti

Zdroj: Worden, 2013

Smútok a strata sú niečo, s čím sa stretáva každý človek počas svojho života. Strata môže byť skutočná alebo vnímaná a predstavuje neprítomnosť niečoho, čo má pre človeka hodnotu. Významnú stratu uznávajú a potvrdzujú aj iní ľudia, zatiaľ čo vnímanú stratu nemusí byť možné preukázať. Oba typy strát sú však reálne pre jednotlivca, ktorý ich zažil. Smútok je vnútornou súčasťou straty a zahŕňa emocionálne pocity s ňou spojené. Sestry môžu prežívať smútok osobne alebo podporovať pacientov a ich rodiny, ktoré prechádzajú smútkom a stratou. Existujú normálne fázy smútku, ktorými ľudia prechádzajú, avšak každá skúsenosť je individuálna. Pocity straty sú často spojené so smrťou blízkeho človeka, ale môžu byť spôsobené rôznymi dôvodmi. Ľudia môžu prežívať smútok a pocity straty pri významných zmenách, ako je strata zamestnania, strata funkčnosti, strata končatiny, strata domáceho zvieratka, pocit straty kontroly alebo strata blízkych. Úlohou sestry je poskytovať empatickú starostlivosť pacientovi a jeho blízkym, pričom táto starostlivosť sa líši v závislosti od jednotlivca. Je tiež dôležité, aby si sestry udržiavali emocionálnu odolnosť, aby mohli poskytovať čo najlepšiu starostlivosť tým, ktorí prežívajú smútok (Ootes, Maani-Fogelman, 2018). Smútok je emocionálny stav, ktorý vzniká v reakcii na stratu, sklamanie alebo bolestivé udalosti. Je to prirodzený pocit, ktorý môže zahŕňať pocity bezradnosti, bezcennosti, úzkosti a smútenia nad tým, čo už nie je alebo sa nedostavilo. Smútok môže mať rôznu intenzitu a dĺžku trvania, a často je súčasťou emocionálneho vyrovnávania sa so zmenami v živote. Smútenie je proces, ktorým prechádza človek, keď sa vyrovnáva so stratou, často spojenou so smrťou, ale aj inými formami straty, ako je rozpad vzťahu alebo strata zamestnania. Smútenie môže zahŕňať rôzne fázy, ako sú popieranie, hnev, vyjednávanie, depresia a prijatie. Ide o aktívny celok, ktorý môže zahŕňať emocionálne, psychologické a fyzické reakcie a môže byť dôležitou súčasťou uzdravovacieho procesu.

Celkovo sú smútok a smútenie súvisiace a vzájomne sa ovplyvňujúce procesy, ktoré pomáhajú jednotlivcom vyrovnáť sa so stratou a prijať novú realitu. Smútenie a smútok sú odpoveďou na realitu, že pacient čelí vážnej chorobe, ktorá môže viesť k trvalej strate zdravia a so sebou prináša pokles rôznych schopností, zhoršenie kvality života a neistotu ohľadom budúcnosti. Smútok slúži ako prostriedok na spracovanie týchto zmien a strát. Často je sprevádzaný pocitmi bezcennosti a obavami z negatívnej budúcnosti (Heretik, 2007).

Terapia smútku zahŕňa celý rad psychoterapií, ktoré sú navrhnuté špeciálne s cieľom znížiť symptómy komplikovaného smútku a podporiť regeneračné fungovanie. Terapia smútku zahŕňa rôzne prístupy k vysporiadaniu sa so stratou. Typ terapie alebo techniky značne závisí od závažnosti symptómov smútku, ktoré môžu poskytnúť vyškolené sestry. Terapia sa sústreďuje na nevyriešené sociálne problémy, problémy s citovou väzbou a vzťahové problémy, ktoré môžu byť základom pacientových symptómov smútku. Bez ohľadu na rôzne intervencie ošetrovateľskej starostlivosti na zvládnutie reakcií smútku, len veľmi málo pozostalých/členov rodiny má rozvinutý dlhotrvajúci smútok a teda potrebujú profesionálne konzultácie, terapiu a manažment (Gautam, 2023).

## Úloha smútenia

Dôkazy ukazujú, že rôzne ošetrovateľské intervencie na efektívne zvládanie straty a smútku zahŕňajú uznanie straty, zapojenie sa do aktívneho počúvania a umožnenie rodinným opatrovateľom vyjadriť svoje pocity, poskytovanie poradenstva na podporu smútku.

Podľa Wordena (2013), proces smútenia, teda adaptácie na stratu, môžeme chápať ako sériu štyroch základných úloh. Je dôležité, aby sa smútiaci týmto úlohám počas procesu adaptácie venovali. Ľudia, ktorí prežívajú bolestnú stratu, sa v spôsobe adaptácie líšia.

Autor popisuje nasledujúce úlohy smútenia:

- 1) akceptovať realitu straty,
- 2) spracovať bolesť zo straty,
- 3) prispôbiť sa svetu bez zosnulého,
- 4) nájsť trvalé spojenie so zosnulým uprostred púšťať sa do nového života.



## **Smútkové poradenstvo:**

Smútok a smútenie sú normálnou reakciou po strate. Každý jednotlivec má jedinečný spôsob, ako reagovať na stratu svojich blízkych. Väčšina jednotlivcov sa prispôsobuje strate vlastným spôsobom, ale len veľmi málo z nich potrebuje odbornú konzultáciu a liečbu na zvládnutie komplikovaného smútku (Gautam, 2023). Je veľmi dôležité rozlišovať medzi smútkovým poradenstvom a smútkovou terapiou. Poradenstvo pomáha ľuďom v rozumnom časovom rámci facilitovať nekomplikovaný či normálny zármutok a zdravú adaptáciu na úlohy smútenia. Smútková terapia využíva špeciálne techniky, ktoré sa používajú pri práci s ľuďmi s abnormálnym či komplikovaným zármutkom (Worden, 2013).

## **Facilitovanie nekomplikovaného zármutku**

Cieľom smútkového poradenstva je podporiť pozostalých v adaptácii na stratu blízkej osoby a pomôcť im prispôsobiť sa novej realite bez nej. Tieto ciele sú v súlade so štyrmi úlohami smútenia:

- 1) pomôcť prijať realitu straty,
- 2) pomôcť klientovi zvládnuť emocionálnu a behaviorálnu bolesť,
- 3) podporiť prekonanie rôznych prekážok pri adaptácii po strate,
- 4) pomôcť klientovi nájsť spôsob, ako udržať väzbu so zosnulým a zároveň znovu investovať do života (Worden, 2013).

## **Abnormálny zármutok: komplikované smútenie**

Komplikovaný smútok, syndróm, ktorý sa vyskytuje asi u 10 % pozostalých, je výsledkom neúspešného prechodu z akútneho na integrovaný smútok. V dôsledku toho sa akútny smútok predlžuje, možno na neurčito. Symptómy zahŕňajú úzkosť z odlúčenia (opakujúce sa bolestivé emócie s intenzívnou túžbou a túžbou po zosnulom a zaoberanie sa myšlienkami na milovaného človeka) a traumatické utrpenie (nedôverčivosť v súvislosti so smrťou, hnev a horkosť, úzkostné, rušivé myšlienky súvisiace so smrťou a výrazné vyhýbanie sa spomienkam bolestivej straty) (Zisook, Shear, 2009). Komplikovaný smútok nastáva vtedy, keď sú pocity straty tak paralyzujúce, že sa nezlepšujú ani po dlhšom čase. Neexistuje presne stanovený časový rámec, v ktorom človek prechádza jednotlivými fázami smútku; avšak v bežnom smútočnom zážitku sa predpokladá určitý posun smerom k rastu a uzdraveniu. Všeobecne akceptovaný časový úsek je jeden rok. Pri komplikovanom smútku sú bolestivé emócie tak intenzívne, že jedinec má problémy zotaviť sa zo straty a pokračovať vo svojom živote. V prvých mesiacoch po strate sa normálny smútok a komplikovaný smútok prejavujú veľmi podobne; avšak pri komplikovanom smútku sa tieto pocity pravdepodobne zhoršujú namiesto toho, aby postupne slabli. Jedinci, ktorí prežívajú komplikovaný smútok, zvyčajne potrebujú podporu a zdroje, ktoré im pomôžu získať späť pocit prijatia a pokoja (Sharma, Hasmi, Chakraborty, 2021). Je charakteristické, že jedinci, ktorí prežívajú komplikovaný smútok, majú ťažkosti prijať smrť a intenzívne odlúčenie a traumatické utrpenie môže trvať dlhšie ako šesť mesiacov. Pozostalí jedinci s komplikovaným smútkom nájdu samých seba v opakujúcej sa slučke intenzívnej túžby a túžby, ktorá sa stáva hlavným zameraním ich života, aj keď sprevádzaná nevyhnutným smútkom, frustráciou a úzkosťou. Komplikovaní truchliaci môžu vnímať svoj smútok ako desivý, hanebný a zvláštny. Môžu veriť, že ich život sa skončil a že intenzívna bolesť, ktorú neustále znášajú, nikdy neprestane. Prípadne existujú smútiaci, ktorí nechcú, aby sa smútok skončil, pretože majú pocit, že zo vzťahu s ich milovanou osobou zostalo len jediné. Niekedy si ľudia myslia, že užívaním si života zrádzajú svojho strateného milovaného. Maladaptívne správanie pozostáva z nadmerného zapájania sa do činností súvisiacich so zosnulým na jednej strane a nadmerného vyhýbania sa na strane druhej. Zaujatie zosnulým môže zahŕňať snívanie, vysedávanie na cintoríne alebo prestavovanie vecí. Pozostalý sa zároveň môže vyhýbať činnostiam a situáciám, ktoré mu pripomínajú, že milovaný je preč, alebo pekné chvíle, ktoré prežili so zosnulým. Ľudia s komplikovaným smútkom sa často cítia odcudzení od ostatných, vrátane ľudí, ktorí im boli blízki (Zisook, Shear, 2009).

## Ošetrovateľstvo a smútkové poradenstvo

Vlastná klinická skúsenosť ukazuje, že ošetrovateľstvo a smútkové poradenstvo zohrávajú kľúčovú úlohu v procese adaptácie na stratu blízkej osoby. Poskytovanie citlivej a profesionálnej podpory smútiacim nielen uľahčuje ich cestu k uzdraveniu, ale tiež napomáha zvládnuť emocionálne a behaviorálne výzvy, ktoré so sebou smútok prináša. Úlohou sestier a profesionálnych poradcov je nielen sprevádzať pozostalých na tejto náročnej ceste, ale aj pomôcť im znovu nájsť zmysel a kvalitu života, čím sa podporí ich celková adaptácia na novú realitu po strate. Ošetrovateľstvo zohráva aj rozhodujúcu úlohu v starostlivosti o ľudí prežívajúcich komplikované alebo abnormálne smútenie. Tento typ smútenia, ktorý sa odlišuje od bežného priebehu smútku svojou intenzitou, trvaním či prejavmi, si vyžaduje špecifický a citlivý prístup sestier a plánovaných intervencií. Zdravotníci musia byť schopní identifikovať príznaky komplikovaného smútenia, ako sú pretrvávajúce pocity beznádeje, neschopnosť prijať stratu či výrazné narušenie každodenného života. Následne by mali zabezpečiť vhodnú podporu alebo odporučiť odbornú pomoc, aby sa zabránilo ďalšiemu zhoršeniu psychického a fyzického zdravia smútiaceho. Dôležitou súčasťou starostlivosti je nielen odborné vedenie, ale aj empatický prístup, ktorý pomáha zmierniť pocit izolácie a poskytuje bezpečné prostredie pre vyjadrenie bolestivých emócií. Ošetrovateľstvo v kontexte komplikovaného smútenia by preto malo byť integrálnou súčasťou multidisciplinárneho prístupu k liečbe, s cieľom podporiť čo najlepšiu možnú adaptáciu na stratu a obnovu psychickej pohody.

### Literatúra:

BARNHILL, J. W. Psychologické poruchy kazuistiky (Diagnostika podľa DSM-5TM). 2015.

GAUTAM, Roshani. Nursing Care Strategies for Grief and Bereavement. *Journal of Nursing Education of Nepal*, 2023, 14.1: 87-90.

HERETIK, ANTON, et al. Klinická psychológia. 1. vyd. Nové Zámky: Psychoprof, spol. sro, 2007. 815 s. *Nikola Matejovičová, Mgr. Palas-Eye, sro Škultétyho*, 2007, 1.831: 03.

JIRÁK, Roman. *Gerontopsychiatrie*. Galén, 2013.

RABINČÁK, Marek. *Psychoedukačné intervencie sestier u pacientov s depresiou*. Dizertačná práca : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava. Bratislava: Ošetrovateľstvo, 2020.

SHARMA, S.; HASHMI, M. F.; CHAKRABORTY, R. K. StatPearls [Internet] StatPearls Publishing. *Treasure Island (FL): Sep*, 2021, 18.

SEDLÁČKOVÁ, Zuzana, et al. Deprese a paranoidní porucha osobnosti. *Psychiatrie pro praxi*, 2015, 16.E-verze 1/15: e36-e43.

ŠIMOVCOVÁ, Darina, MATIŠAKOVÁ, Iveta. Etika v psychiatrickej ošetrovateľskej starostlivosti. In: *Nové trendy vo vzdelávaní a praxi ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie*. TISOŇOVÁ, Veronika; LITVA, Vladimír; HLINKOVÁ, Soňa. *NOVÉ TRENDY VO VZDELÁVANÍ A PRAXI OŠETROVATEĽSTVA A PÔRODNEJ ASISTENCIE*.

TREBATICÁ, Jana. Depresívna porucha v detskom a adolescentom veku.

OATES, Julianne R.; MAANI-FOGELMAN, Patricia A. *Nursing grief and loss*. 2018.

ZISOOK, Sidney; SHEAR, Katherine. Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. *World psychiatry*, 2009, 8.2: 67.

WORDEN, William. Smútkové poradenstvo a smútková terapia. Príručka pre odborníkov z oblasti duševného zdravia. *Trenčín: Vydavateľstvo F*, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2013. *Mental Health Action Plan 2013 - 2020*. Switzerland, Geneva : WHO Document Production Services, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2018. *Nursing and midwifery*. In *News. Fact sheets*. [Internet].

**Kontaktná adresa:**

PhDr. Marek Rabinčák, PhD., MPH  
Psychiatrická nemocnica Michalovce, n.o.  
Úsek ošetrovatel'stva  
Andreja Hrehovčika 1  
071 01 Michalovce  
marek.rabincak@gmail.com

## VPLYV ŽIVOTNÉHO ŠTÝLU NA ZDRAVIE SENIOROV

Martinková Jana, Puteková Silvia

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

### **Abstrakt:**

**Úvod:** Životný štýl u seniorov zahŕňa stravovacie návyky, fyzickú aktivitu, spánok, sociálne väzby a mentálne zdravie. Hrá kľúčovú úlohu v udržiavaní a zlepšovaní celkového zdravotného stavu v seniorskom veku. Udržiavanie životného štýlu je nevyhnutné pre zachovanie fyzického zdravia, duševnej pohody a celkovej kvality života.

**Cieľ:** Cieľom výskumu bolo zistiť aký je životný štýl seniorov v oblasti spánku a pohybovej aktivity.

**Metodika:** Výskumu sa zúčastnilo celkovo 245 seniorov, z toho 198 žien (81%) a 47 mužov (19%), ktorí splnili vopred stanovené kritériá. Zber údajov sa uskutočnil pomocou dotazníka vlastnej konštrukcie.

**Výsledky:** Vo všeobecnosti chronické ochorenia, ktorým trpia seniори sú prekážkou pri výkone pohybovej aktivity u 14 (60%) seniorov. Výskum odhalil, že medzi subjektívne najproblémovjšie chronické ochorenia, ktorým seniори trpia, a zároveň znemožňujú výkon pohybových aktivít patria kardiovaskulárne ochorenia a hypertenzia, následne problémy s pohybovým aparátom, diabetes mellitus, metabolické ochorenia a obezita, pričom ide o preventabilné ochorenia prostredníctvom zdravého životného štýlu. Jedným z faktorom zdravého životného štýlu je fyzická aktivita. Polovica seniorov uviedla, že vykonáva pohybovú aktivitu niekoľkokrát za mesiac (N=123), žiadnu pohybovú aktivitu nevykonáva až 62 seniorov (25%) a aktívnym spôsobom života s vykonávaním pohybovej aktivity jeden a viackrát do týždňa žije 51 seniorov (21%). Medzi najčastejšie pohybové aktivity patria prechádzky a práca v záhrade. Kľúčovým faktorom zdravotného životného štýlu je kvalitný spánok, ktorý má významný vplyv na celkové zdravie. Problémy pri spánku, ako je neschopnosť zaspáť a časté prebúdzanie v noci uviedlo až 170 (69%) seniorov. Naopak kvalitný spánok bez prebúdzania potvrdilo len 51 (21%) seniorov. Na základe škálovej otázky týkajúcej sa hodnotenia kvality spánku, veľmi dobrý spánok potvrdilo len 12 (5%) seniorov, dobrý a uspokojivý 204 (83%) a slabý až zlý spánok uviedlo 29 (12%) seniorov. Napriek problémom vyskytujúcich sa so spánkom v skupine seniorov, spánok nijakým spôsobom nepodporuje až 139 (57%) seniorov. Naopak, nespavosť a problémy so spánkom 50 (20%) seniorov rieši pomocou liekov alebo doplnkov výživy na spánok. Vhodné aktivity podporujúce zdravý spánok vykonáva len 56 (23%) seniorov. Taktiež 214 (87%) seniorov nerieši problém so spánkom so zdravotníkmi pracovníkmi a len 31 (13%) seniorov vyhľadalo lekársku pomoc.

**Záver:** Životný štýl hrá kľúčovú úlohu pri udržiavaní zdravia u seniorov. Pravidelná fyzická aktivita, dostatočný spánok a sociálna angažovanosť sú základné faktory, ktoré môžu výrazne zlepšiť fyzickú a duševnú pohodu seniorov. Zdravý životný štýl nielenže pomáha predchádzať chronickým ochoreniam, ale taktiež podporuje dlhodobú samostatnosť a sebestačnosť. Investícia do zdravého životného štýlu by preto mala byť prioritou nielen pre jednotlivcov, ale aj pre spoločnosť, ktorá má záujem o zdravú a aktívnu populáciu seniorov.

### **Kľúčové slová:**

*Senior; Životný štýl; Spánok; Pohybová aktivita*

## THE INFLUENCE OF LIFESTYLE ON THE HEALTH OF SENIORS

**Introduction:** Lifestyle in seniors includes eating habits, physical activity, sleep, social ties, and mental health. It plays a key role in maintaining and improving overall health in older age. Maintaining a healthy lifestyle is essential for preserving physical health, mental well-being, and overall quality of life.

**Objective:** The objective of this research was to assess the lifestyle of seniors, particularly in the areas of sleep and physical activity.

**Methodology:** A total of 245 seniors participated in the research, comprising 198 women (81%) and 47 men (19%), who met the predetermined criteria. Data collection was conducted using a self-constructed questionnaire.

**Results:** Chronic diseases present a barrier to physical activity for 14 (60%) of the seniors. The research revealed that the most problematic chronic diseases affecting seniors, which also hinder their ability to engage in physical activities, include cardiovascular diseases and hypertension, followed by musculoskeletal problems, diabetes mellitus, metabolic disorders, and obesity. These conditions are preventable through a healthy lifestyle. Physical activity is a key factor in a healthy lifestyle. Half of the seniors (N=123) reported engaging in physical activity several times a month, while 62 seniors (25%) reported no physical activity, and 51 seniors (21%) lead an active lifestyle, exercising one or more times a week. The most common physical activities among the seniors include walking and gardening. Quality sleep is another critical factor in a healthy lifestyle, with a significant impact on overall health. Sleep problems, such as difficulty falling asleep and frequent awakenings during the night, were reported by 170 (69%) seniors. Conversely, only 51 (21%) seniors reported having quality sleep without interruptions. Regarding sleep quality, as assessed by a scale question, only 12 (5%) seniors reported very good sleep, while 204 (83%) described their sleep as good or satisfactory, and 29 (12%) reported poor to bad sleep. Despite these sleep issues, 139 (57%) seniors do not take any measures to improve their sleep. On the other hand, 50 (20%) seniors address insomnia and sleep problems with medication or supplements, and only 56 (23%) engage in activities that promote healthy sleep. Additionally, 214 (87%) seniors do not consult healthcare professionals about their sleep issues, with only 31 (13%) seeking medical assistance.

**Conclusion:** Lifestyle plays a key role in maintaining health among the elderly. Regular physical activity, sufficient sleep, and social engagement are essential factors that can significantly improve the physical and mental well-being of seniors. A healthy lifestyle not only helps prevent chronic diseases but also supports long-term independence and self-sufficiency. Therefore, investing in a healthy lifestyle should be a priority for both individuals and society, especially in promoting a healthy and active senior population.

**Keywords:**

*Senior; Lifestyle; Sleep; Movement activity.*

**Kontaktná adresa:**

doc. PhDr. Jana Martinková, PhD., MPH.

Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce

Katedra Ošetrovateľstva

Univerzitné námestie 1

917 01 Trnava

[jana.martinkova@truni.sk](mailto:jana.martinkova@truni.sk)

## INFORMOVANOSŤ SESTIER O SYNDRÓME KREHKOSTI

Tomíková Eva, Doktorová Gabriela, Jana Čapská

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

### **Abstrakt:**

**Úvod:** Geriatrická krehkosť - „frailty“ je jedným s geriatrických syndrómov charakterizovaný funkčným poklesom vo viacerých vzájomne prepojených systémoch. Typickým je významný úbytok funkčných rezerv, kompenzačných a adaptačných mechanizmov organizmu, zvýšená vulnerabilita voči vonkajším a vnútorným stresorom. Krehkí jedinci majú vysoké riziko mortality, pádov, hospitalizácií a zhoršenie disability.

**Cieľ:** Hlavným cieľom nášho výskumu bolo zistiť úroveň vedomostí sestier o existencii syndrómu krehkosti a tiež zistiť aké meracie nástroje sestry využívajú v diagnostike syndrómu krehkosti.

**Metodika:** Zvolili sme si kvalitatívny výskum. Respondentmi boli sestry (495) pracujúce na geriatrických oddeleniach viac ako 5 rokov. V prvej fáze výskumu bol vytvorený neštandardizovaný dotazník, ktorý slúžil ako prvotné šetrenie k metóde Focus Group realizovanej prostredníctvom aplikácie Ms Teams.

**Výsledky:** Z dotazníkového šetrenia sme zistili, že 52,73% sestier nevie čo to je frailty syndróm, 62,83% nevie aké sú jeho príznaky. Z našej výskumnej vzorky 58,99% uviedla, že využíva hodnotiace nástroje na posúdenie geriatrického pacienta a 30,51% si myslí, že meracie nástroje sú maximálne objektívnym ukazovateľom zdravotného stavu pacienta. Ako najviac používaný hodnotiaci nástroj uviedli test sebaobslužných činností.

### **Kľúčové slová:**

*Sestra, syndróm krehkosti, informovanosť, diagnostika*

## NURSES' AWARENESS OF GERIATRIC FRAILTY

**Introduction:** Geriatric fragility - "frailty" is one of the geriatric syndromes characterized by functional decline in several interconnected systems. A significant decrease in functional reserves, compensatory and adaptive mechanisms of the organism, increased vulnerability to external and internal stressors is typical. Frail individuals have a high risk of mortality, falls, hospitalizations and worsening disability.

**Aim:** The main aim of our research was to find out the level of knowledge of nurses about the existence of frailty syndrome and also to find out which measurement tools nurses use in the diagnosis of frailty syndrome.

**Methodology:** We chose qualitative research. The respondents were nurses (495) working in geriatric wards for more than 5 years. In the first phase of the research, a non-standardized questionnaire was created, which served as an initial survey for the Focus Group method implemented through the Ms Teams application.

**Results:** From the questionnaire survey, we found that 52.73% of nurses do not know what frailty syndrome is, 62.83% do not know what its symptoms are. Of our research sample, 58.99% said they use assessment tools to assess a geriatric patient, and 30.51% think that measurement tools are the most objective indicator of a patient's health status. They mentioned the test of self-service activities as the most used evaluation tool.

### **Keywords:**

*Nurse, frailty syndrome, awareness, diagnosis*

### **Literatúra:**

Dizertačná práca: TOMÍKOVÁ E. (2023), *Možnosti ošetrovateľského manažmentu rizikových pacientov so zameraním na prevenciu Frailty syndrómu*

**Kontaktná adresa:**

Mgr. Eva Tomíková, PhD, MPH

Trnavská Univerzita, FZaSP, Katedra ošetrovateľstva

Univerzitné námestie 1

918 43 Trnava

[eva.tomikova@truni.sk](mailto:eva.tomikova@truni.sk)

## PROBLEMATIKA VÝSKYTU POOPERAČNÉHO DELÍRIA U SENIOROV PO ORTOPEDICKOM VÝKONE

Cuperova Jana, Ľubomíra Tkáčová, Mrosková Slávka

Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra ošetrovateľstva

### **Súhrn:**

*Autori v tomto príspevku sa zaoberajú problematikou výskytu pooperačného delíria u starších ľudí po ortopedických operáciách. V úvode príspevku charakterizujú čo je to pooperačné delírium, rizikové faktory vzniku a predstavujú relevantné testy na identifikáciu pooperačného delíria. Väčšia pozornosť je venovaná problematike výskytu pooperačného delíria u pacientov v ortopédií, Vzhľadom na to, že populácia pacientov vo svete starne vo vysokej miere si vyžadujú ortopedické operácie z dôvodu degeneratívnych zmien pohybového aparátu, respektíve ako následok zlomenín. Výskyt pooperačného delíria priamo súvisí so zvyšujúcim sa vekom ale aj s krehkosťou v starobe. Autori prezentujú jednotlivé štúdie, v ktorých sú identifikované možné rizikové faktory ako aj nástroje na prevenciu, diagnostiku a liečbu pooperačného delíria, V závere je poukázané na význam a manažment ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov s pooperačným delíriom.*

### **Kľúčové slová:**

*Pooperačné delírium; Ošetrovateľstvo; Ortopedické operácie; Seniori; Incidencia.*

## THE ISSUE OF POST-OPERATIVE DELIRIUS IN ELDERLY PEOPLE AFTER ORTHOPEDIC SURGERY

### **Summary:**

*The authors of this article deal with the issue of the occurrence of postoperative delirium in elderly people after orthopedic operations. In the beginning of the article, they describe what postoperative delirium is, risk factors for its occurrence, and present relevant tests for the identification of postoperative delirium. Attention is paid to the problem of the occurrence of postoperative delirium in patients in orthopedics. Given that the population of patients in the world is aging at a high rate, they require orthopedic interventions due to degenerative changes of the locomotor apparatus, respectively as a result of fractures. The occurrence of postoperative delirium is directly related to increasing age but also to frailty in old age. The authors present studies in which possible risk factors as well as tools for the prevention, diagnosis and treatment of postoperative delirium are identified. In the conclusion, the importance and management of nursing care for patients with postoperative delirium is pointed out.*

### **Keywords:**

*Postoperative delirium; Nursing; Orthopedic surgery; Older people; Incidence.*

### **Úvod**

Svetová populácia starne a počet starších pacientov, ktorí potrebujú chirurgickú liečbu, sa zvyšuje každý rok. Starší pacienti častejšie podstupujú veľké ortopedické operácie, ako sú napríklad náhrady bedrového a kolenného kĺbu, operácie chrbtice a zlomenín, a sú tiež náchylní na vznik pooperačného delíria (POD). POD je bežnou komplikáciou centrálného nervového systému u starších pacientov s výskytom približne 17,6 % po veľkých ortopedických operáciách a často sa diagnostický podceňuje (Fan, 2024).

Delírium je najčastejšia kvalitatívna porucha vedomia a správania, s ktorou sa môžeme stretnúť vo všetkých medicínskych odboroch. Negatívne ovplyvňuje mortalitu a morbiditu chorých, zvyšuje náklady na starostlivosť, preto je dôležité hľadať účinnú prevenciu a terapiu. Pooperačné delírium (POD) je závažná komplikácia operačnej liečby, ktorá sťažuje skorú pooperačnú starostlivosť a rehabilitáciu, ale predlžuje aj dĺžku hospitalizácie a zhoršuje následnú prognózu chorých (Mitášová, 2012). Perioperačná



neurokognitívna porucha (PND) je postihnutie chorého predovšetkým v pooperačnom období. Podľa klasifikácie DSM-5 (Diagnostický a štatistický manuál duševných porúch) sa táto porucha rozdeľuje na preexistujúce neurokognitívne ochorenie (NCD), pooperačné delírium (POD), oneskorené neurokognitívne zotavenie (dNCR) a pooperačné neurokognitívne ochorenie (POCD). Najčastejšie sa vyskytuje pooperačné delírium. Toto ochorenie je manifestované predovšetkým poruchou pozornosti, kognície či vedomia, ktoré sa rozvinie počas krátkeho časového obdobia od operácie (10 minút až 7 dní) a má fluktuujúci charakter. Táto porucha je väčšinou prechodná, reverzibilná (Urbánek, 2024).

### **Charakteristika pooperačného delíria**

Podľa charakteru príznakov sa rozlišujú tri "motorické podtypy" pooperačného delíria - hyperaktívny, hypoaktívny a zmiešaný typ:

- pri hyperaktívnom delíriu typicky nachádzame nepokoj, podráždenosť, nesústredenosť, nespokojnosť, halucinácie, hlasnú a rýchlu reč, zrýchlenú motoriku. Čisto hyperaktívny typ je pomerne zriedkavý.
- hypoaktívne ("tiché") delírium je charakterizované ospalosťou, inerciou, nepozornosťou, spomalenou motorikou, obmedzenou komunikáciou s okolím, výskyt sa pohybuje medzi jednou tretinou a polovicou prípadov.
- zmiešaný typ je pomerne častý (o niečo viac ako polovica prípadov) a vyskytuje sa v rôznych závažnostiach v rôznej miere príznaky oboch predchádzajúcich typov (Hála, 2013).

Subjektívne sa delírium začína zvýšeným vnútorným napätím, nervozitou alebo úzkosťou, bez toho, aby bez konkrétnej príčiny. Toto štádium môže ošetrojúci personál prehliadnuť, ak sa už neprejavuje motorický nepokoj (prevracanie sa na lôžku, vstávanie, "skúmanie" drénov, infúzných hadičiek, šnúry atď.). So zhoršovaním kognitívnych funkcií sa kontakt s pacientom stáva ťažším. Chvilky podriadenosti a spolupráce pri pokojnom podnecovaní sa striedajú s intervalmi nepokoja a intervaly nespokojnosti. Stav postupne prechádza do strachu z neznámych prostredia (cudzí ľudia v okolí, neprítomnosť známych predmetov a blízkych ľudí, nezvyčajné denné rutiny atď.). Halucinácie, ktoré ďalej zvyšujú pacientovu neistotu a obavy. Bludy, často perzekučné, sú desivé a pacienti sa často obávajú o svoj život. Pod týmto tlakom sa pacient môže dopustiť činu, ktorým ohrozí zdravie seba alebo iných. Je potrebné poznamenať, že hoci pacienti majú amnéziu počas celého priebehu delíria, v niektorých prípadoch pacienti uvádzajú desivé sny, živé, detailné halucinácie a predovšetkým strach, ktorý sa vymyká ich vlastnej kontrole (Hála, 2013).

V súvislosti s operáciami pozorujeme vyšší výskyt pooperačného delíria po náročnejších a dlhších operáciách. Medzi tieto zákroky patria najmä otvorené kardiochirurgické operácie, rozsiahle gastrointestinálne operácie traktu, operácie hlavy a krku alebo veľké ortopedické operácie. Zvýšené riziko pooperačného delíria je vyššie aj u pacientov po akútnej operácii. Šokový stav a infekcia sú negatívnymi faktormi. Riziko ďalej zvyšuje dĺžka hospitalizácie na jednotke intenzívnej starostlivosti. K ďalším negatívnym faktorom súvisiacim so zákrokom patrí rozvoj orgánového zlyhania po operácii, anémia, poruchy a deprivácia spánku, senzorická deprivácia, imobilita, dehydratácia, prítomnosť invazívnych vstupov, viac ako 3 novo pridané lieky, hyper- alebo hypotermia (Urbánek, 2023). Je zaujímavé, že delírium sa vyskytuje až u 55 % hospitalizovaných starších pacientov. U 31 % pacientov starších ako 65 rokov je spojené so zvýšeným rizikom trvalého kognitívneho a funkčného poškodenia. Vo veku nad 90 rokov je výskyt a následky delíria značné. Napriek tomu, ak sa delírium rozpozná včas, dá sa mu predísť. Vo veľkom percente prípadov je reverzibilné pomocou liečby základného ochorenia. Medzi rizikové faktory delíria patrí demencia, pokročilý vek, komorbidity, zhoršené videnie, depresia, infekcie a dehydratácia. V skutočnosti dôkazy zo systematických prehľadov a metaanalýz uvádzajú, že demencia, zhoršené videnie, aplikácia močového katétra, nízka hladina albumínu a dlhší pobyt v nemocnici sú spojené s delíriom. Štúdie od začiatku pandémie ukazujú, že delírium predstavuje bežnú komplikáciu COVID-19 a marker závažného priebehu ochorenia, najmä u starších pacientov s neuropsychiatrickou komorbiditou (Papaioannou, 2023).

## Diagnostika pooperačného delíria

Súčasťou kvalitnej starostlivosti o rizikových pacientov so vznikom POD je vykonávanie skríningu rozvoja delíria. Toto testovanie je dôležité pre čo najskoršie rozpoznanie tejto poruchy. Testovanie pacienta by malo byť vykonávané 1-2 krát denne pomocou vhodných testov. Medzi využívané testy patria:

- **CAM - Confusion Assessment Method** – ide o najvhodnejší test pre rutinné použitie v klinickej praxi. Je považovaný za štandard v diagnostike delirantných stavov počas hospitalizácie. Test je jednoduchý a časovo nenáročný. Na zhodnotenie ponúka štyri kategórie – poruchy myslenia, pozornosti a vedomia, náhly vznik a kolísanie stavu.
- **CAM-ICU - Confusion Assessment Method for Intensive Care Unit** - najpoužívanejšia hodnotiaci škála delirantných stavov na jednotkách intenzívnej starostlivosti. Jednoduchá škála, časovo nenáročná, s vysokou senzitivitou a špecifickosťou. Test vyhodnocuje sluchové, zrakové a kognitívne schopnosti chorého. Pozitívna odpoveď na algoritmus značí prebiehajúci delirantný stav, negatívny znamená stav normálnej kognície.
- **DRS-R-98 - Delirium Rating Scale-Revised-98** - škála vytvorená pre hodnotenie delíria klinickým lekárom – psychiatrom. Táto škála je časovo náročná, hodnotenie je založené na 24-hodinovom sledovaní pacienta. Obsahuje celkom 16 položiek, kedy 3 z nich slúžia na diagnostiku delíria a zvyšných 13 položiek určuje jeho závažnosť. Táto škála býva pre svoju šírku a podrobnosť popisovaná ako jediný validný nástroj hodnotenia delíria.
- **NEECHAM (Neelon a Champagne – autori) Confusion Scale**- test využívaný predovšetkým u starších hospitalizovaných chorých. Obsahuje tri podtesty (prvý - hodnotenie pozornosti, kognícia a orientácia, druhý - vzhľad, motorická aktivita, verbálny kontakt a tretí - zhodnotenie kontinencie moču a stolice, respiračných funkcií – saturácia, vitálnych funkcií – krvný tlak, srdcová frekvencia, dychová frekvencia a teplota). Časová náročnosť je odhadovaná na 5 minút.
- **DOSS - Delirium Observation Screening Scale** – rovnako ako NEECHAM sa zameriava na starších chorých. Táto škála obsahuje 13 položiek a vychádza z pozorovania pacienta. Časovo nenáročná a zostavená predovšetkým pre použitie sestrami.
- **Nu-DESC - Nursing Delirium Screening Scale** – hodnotiaci škála určená sestram. Skrínigová škála Nursing Delirium Screening Scale (Nu-DESC) je päťpoložková škála zahŕňajúca okrem štyroch položiek hodnotiacej škály zmätenosti - dezorientácia, abnormálne správanie a komunikácia chorého, prítomnosť pozitívnych psychotických príznakov aj piatu položku, ktorá hodnotí nezvyčajnú psychomotorickú retardáciu, berúc do úvahy zdravotný stav (oneskorená reakcia, malé alebo žiadne spontánne činy/slová, napríklad keď je pacient pobádaný, reakcia je odložená a/alebo pacient nereaguje). To zvyšuje maximálne skóre skríningu na 10.
- **MDAS – Memorial Delirium Assessment Scale** – test vhodný na zistenie stupňa delíria. Časová náročnosť sa odhaduje na 10-15 minút. Je vykonávaný lekárom.
- **ICDSCH – Intensive Care Delirium Screening Checklist** – test určený pre chorých na jednotkách intenzívnej starostlivosti. Časová náročnosť je 5-10 minút. Test môže vykonávať sestra, lekár. Vyhodnocuje 8 položiek vigilitu, orientáciu, pozornosť, prítomnosť pozitívnych psychotických príznakov, psychomotorickú aktivitu, cirkadiálny rytmus, adekvátnosť emócií, kolísanie príznakov (Dohnáľková, 2021).

## Výskyt POD u ortopedických pacientov

POD sa najčastejšie vyskytuje u pacientov po operácii, ale nie výlučne, v malej miere sa vyskytuje aj u pacientov hospitalizovaných na internom oddelení. Hlásené miery výskytu delíria sa v jednotlivých štúdiách značne líšia a závisia od:

- charakteristik pacientov (priemerný vek, komorbidita, napr. diabetes mellitus, cievne mozgové ochorenia, ischémia dolných končatín, atď.)
- typu vykonaného chirurgického zákroku,

– spôsobu diagnostiky delíria, potreba stanoviť hranicu "normy", otázka odbornosti a skúsenosti vyšetrujúceho, jeho "psychiatrickej" erudície atď. (Hála, 2013).

Kritériá delíria sa v jednotlivých štúdiách natoľko líšia, že neumožňujú spoľahlivú štatistickú analýzu. Kvalita jednotlivých štúdií a ich štatistická významnosť je rozporuplná. Práce zaoberajúce sa POD u kardiochirurgických pacientov z 50. až do konca 80. rokov 20. storočia uvádza výskyt POD od 2 % do 57 %, s naznačenou tendenciou k nižšiemu výskytu v neskorších prácach. Súhrnný článok z roku 1995 analyzuje údaje z 80 štúdií zaoberajúcich sa výskytom POD, uvádza priemerný výskyt 37 % s rozpätím od 0 % (!) do 73 %, pričom najvyšší výskyt bol preukázaný po kardiochirurgických operáciách a veľkých ortopedických zákrokoch. Vo všeobecnej chirurgii je hlásená nižšia incidencia (najčastejšie pod 10 %), pričom po operácii katarakty je to 1,7 - 4 % (Hála, 2013).

Wang (2021) identifikoval u 456 pacientov starších ako 70 rokov, ktorí podstúpili jeden z troch typov ortopedických operácií výskyt pooperačného delírium v 18,4 % (84/456). Prostredníctvom liečby haloperidolu, rehydratácie a znovuzískanie rovnováhy elektrolytov, väčšina pacientov s delíriom vykazovala zlepšenie v priebehu 1–2 týždňov; dvaja pacienti však naďalej preukazovali kognitívnu dysfunkciu. Počas hospitalizácie sa nevyskytla žiadna úmrtnosť v dôsledku pooperačného delíria. Cieľom štúdie (Muzzana, 2021) bolo popísať výskyt a trvanie POD u všeobecných chirurgických a ortopedických/traumatologických pacientov a preskúmať vzťah medzi POD a potenciálnymi rizikovými faktormi. Výskyt POD zistený v tejto štúdii bol 7,5 % a bol teda nižší ako sa uvádza v literatúre, keďže v podobných výskumoch zameraných na ľudí vo veku nad 60 rokov bol 15 %. POD súvisel s vekom pacientov > 80 rokov a pooperačnou prítomnosťou invazívnych vstupov (t. j. drénov, močový katéter, centrálny žilový katéter). Pri skúmaní 1011 pacientov starších pacientov po ortopedických operáciách bol výskyt POD 3,5 %, čo bolo relatívne málo v porovnaní s podobnými štúdiami pravdepodobne v dôsledku nejednotných diagnostických kritérií alebo vynechaných diagnóz. Medzi významné prognostické faktory vzniku POD boli identifikované vek, pohlavie, predoperačná hladina Hb, ASA klasifikácia, predoperačný stav pľúcneho ochorenia, predoperačná kognitívna porucha a objem intraoperačnej infúzie tekutín (Fan 2024). Hoci delírium je dobre rozpoznaným geriatrickým syndrómom, je často prehliadané lekármi a sestrami. Výskyt delíria po ortopedickej operácii sa uvádza 4 - 65 %. Závisí od typu zákroku, pričom u pacientov, ktorí podstupujú operatívnu liečbu zlomeniny bedrového kĺbu sa uvádza výskyt 35 - 65 % a 9 - 15 % u pacientov, ktorí podstupujú plánovaný ortopedický zákrok. Rizikové faktory pre vznik pooperačného delíria u starších pacientov patria vyšší vek, kognitívne poruchy, depresívna nálada, zlé východiskové fyzické funkcie, komorbidné ochorenia, typ operácie a inštitucionalizácia pred prijatím. Hoci delírium je bežný geriatrický syndróm, jeho etiopatogenéza zostáva nejasná. Preventívne stratégie zamerané na včasnú identifikáciu a manažment rizikových faktorov sa považujú za lepšie ako stratégie, ktoré kladú dôraz na liečbu delíria po jeho vzniku (Liang, 2014). Wang (2015) udáva výskyt POD vyšší výskyt pooperačného delíria pri operáciách chrbtice (12,86 %), po ktorej nasledovala operácia náhrady bedrového kĺbu (8,06 %) a po operácii zlomeniny panvy alebo stehennej kosti (4,41%). Regresnou analýzou sa zistilo, že typ operácie negatívne koreloval s výskytom pooperačného delíria, čo naznačuje, že čím je chirurgický zákrok zložitejší, tým je vyšší výskyt pooperačného delíria.

Ortopedické zákroky u starších ľudí sú na vzostupe, najmä po zavedení život modifikujúcich operácií, ako je totálna náhrada kolena a totálna náhrada bedrového kĺbu. Prediktory pooperačných komplikácií sú však stále nejasné. Starecká krehkosť po ortopedických operáciách bola spojená s vyšším výskytom pooperačných komplikácií, ako je delírium, hyponatriémia. Dĺžka hospitalizácie u krehkých pacientov bola tiež významne (Bansal 2018). Anestéziológovia sa zaoberali otázkou ako viesť anestéziu počas ortopedických operácií. V prospektívnej štúdií zistili, že použitý dexmedetomidin vykazoval nižší výskyt pooperačného delíria ako propofol u zdravých starších osôb podstupujúcich ortopedickú operáciu dolných končatín. Randomizovaná dvojito zaslepená štúdia 732 pacientov vo veku 65 rokov a starších, ktorí boli naplánovaní na plánovanú ortopedickú operáciu dolných končatín v spinálnej anestézii, boli randomizovaní na sedáciu dexmedetomidínom alebo propofolom. Pacienti, ktorí dostávali sedáciu

dexmedetomidínom, mali nižší výskyt delíria v porovnaní so sedáciou propofolom, čo naznačuje prínos dexmedetomidínu (Shin, 2023).

### **Ošetrovanie starších pacientov s POD**

Americká geriatrická spoločnosť vydala odporúčania pre prevenciu a liečbu POD. V rámci prevencie sa odporúča okamžite liečiť akýkoľvek akútny zdravotný problém. Pri liečbe sa odporúča najmä včasná rehabilitácia pohyblivosti, včasná vertikalizácia pacienta. Okrem toho sa zdôrazňuje dôraz na dostatočnú liečbu bolesti, primeranú výživu a hydratáciu, zlepšenie spánkovej hygieny, zlepšenie zmyslových funkcií (vhodné okuliare, načúvací prístroj), kognitívna stimulácia, nemali by sa používať anticholinergiká a benzodiazepíny. Denne by sa mal hodnotiť stupeň pooperačného delíria a interdisciplinárny tím vrátane geriatrov by sa mal vykonávať kontrolu a úpravu liekov (Jiráček 2020).

### **Ošetrovateľské stratégie, ktoré odporúča Americká asociácia sestier na zvládanie delíria**

Predvídanie potrieb pacienta, zabezpečenie terapeutického prostredia a učenie rodiny o stave pacienta sú kľúčové stratégie pre hospitalizovaných starších dospelých, ktorí majú delírium alebo sú ním ohrození.

Predvídanie potrieb pacienta:

- preskúmanie predpísaných liekov a ich nežiaducich účinkov,
- posúdenie bolesti a poskytnutie analgézie podľa potreby,
- monitorovanie vitálnych funkcií,
- podpora hydratácie,
- poskytovaním orientácie,
- podpora mobility,
- poskytovanie kompenzačných zmyslových pomôcok podľa potreby.

Zabezpečenie terapeutického prostredia:

- zníženie hluku,
- poskytnutím dostatočného svetla kvôli orientácii pacienta,
- udržiavanie konzistentnosti a kontinuity ošetrovateľského personálu,
- vyhýbanie sa premiestňovaniu pacienta, ak je to možné,
- orientácia pacienta v čase, mieste a v sebe samom,
- zabezpečenie upokojujúcej atmosféry,
- podpora spánku ponukou relaxačných techník alebo hudby pred spaním,
- dodržiavanie spánkového režimu.

Poučenie rodinných príslušníkov o delíriu tým, že im budú:

- poskytnuté informácie o príznakoch, symptómoch a príčinách delíria,
- navrhnuté spôsoby, ako môže rodina spolupracovať s pacientom na zmiernení príznakov,
- a podporovaním rodinných návštev (Bull 2015).

Zrušenie obmedzení návštev a zapojenie rodín pacientov v intenzívnej starostlivosti nie je v našich podmienkach stále bežné. V tejto súvislosti si v sebe nesieme množstvo mýtov a dogiem, ktoré sa musíme aktívne snažiť zmeniť. Narastajúci počet dôkazov týkajúcich sa delíria, sedácie a režimových opatrení postupne viedol k vypracovaniu rôznych balíkov starostlivosti - medzi nimi treba spomenúť aj aktuálnu medzinárodnú iniciatívu "ICU liberation", ktorá ponúka usmernenia PAD ako ľahko implementovateľný "ABCDEF balík" (Kletečka, 2017).

## ABCDEF balík podľa Ely 2017 in Kletečka 2017

Assess, Prevent and Manage Pain – hodnotenie, prevencia a liečba bolesti.  
Both Spontaneous Awakening Trials (SAT) and Spontaneous Breathing Trials (SBT) – pravidelné prerušovanie sedácie („test spontánneho probudenia“) a test spontánnej ventilácie.  
Choice of Analgesia and Sedation – vhodný výber analgézie a sedácie.  
Delirium: Assess, Prevent and Manage – hodnotenie, prevencia a liečba delíria.  
Early Mobility and Exercise – včasná mobilizácia a rehabilitácia.  
Family Engagement and Empowerment – širšie zapojenie rodiny do intenzívnej starostlivosti.

Správna ošetrovateľská starostlivosť významne prispieva k prevencii, včasnej diagnostike POD a následne aj k čo najlepšiemu zvládnutiu priebehu pooperačného delíria. Sestra má veľké uplatnenie najmä v nefarmakologickej liečbe POD. Nefarmakologický prístup v liečbe delíria je v niektorých prípadoch totožný s preventívnymi opatreniami. Tieto opatrenia by sa mali štandardne dodržiavať pri všetkých chirurgických pacientov, najmä tých rizikových. Ide o snahu zvládnuť delírium bez použitia psychiatrických liekov. Kľúčom je monitorovanie fyziologických funkcií a ich udržiavanie v normálnych medziach, pričom sa lieči základná príčina, dobrá komunikácia s pacientom, dodržiavanie režimových opatrení a v prípade potreby použitie obmedzovacích prostriedkov v najnaliehavejších prípadoch. Verbálna komunikácia je jedným z kľúčových aspektov starostlivosti o pacientov v delirantnom stave. Správna komunikácia medzi zdravotníckym pracovníkom a pacientom môže pomôcť pacienta upokojiť, môže tiež znížiť úroveň stresu a vnútorného napätia, čo sú faktory podieľajúce sa na vzniku príznakov delíria. Správna ošetrovateľská starostlivosť o pacientov s POD prináša pre pacienta lepšiu kvalitu života, minimalizovanie následkov pooperačného delíria v zmysle rozvoja kognitívnej poruchy a takisto aj skrátenie dĺžky hospitalizácie pacientov a nákladov na liečbu.

### Záver

Ošetrovanie starších ortopedických pacientov je náročné z hľadiska manažmentu perioperačnej starostlivosti a výskytu pooperačných komplikácií. Starecká krehkosť je preukázateľne závažným rizikovým faktorom pooperačných komplikácií pri veľkých ortopedických operáciách aj výskytu pooperačného delíria. Vznik a rozvoj pooperačného delíria je multifaktoriálny, avšak v súčasnosti je možné identifikovať významné rizikové faktory a používať validné testy na jeho včasnú diagnostiku. Správna ošetrovateľská starostlivosť prispieva k prevencii, diagnostike a liečbe pooperačného delíria.

### Literatúra:

BANSAL, R., SINGH, S., CHATTERJEE, P., MALHOTRA, R., DEY, A. B. (2018). Impact of frailty on post-operative outcome of major orthopaedic surgery in older Indian. *Journal of the Indian Academy of Geriatrics*, 14, 180.

BULL, M. J. (2015) *Managing delirium in hospitalized older adults*. [cit. 2024-07-05]. Dostupné na internete: <https://www.myamericannurse.com/managing-delirium-hospitalized-older-adults/>

DOHNÁLKOVÁ, K. (2021) *Postoperační delirium z pohledu pacienta*. Diplomová práca. Brno: LF MU. Katedra ošetrovateľství a porodní asistence.

FAN, Y., YANG, T., LIU, Y. *et al.* (2024). Nomogram for predicting the risk of postoperative delirium in elderly patients undergoing orthopedic surgery. *Perioper Med* 13, 34. <https://doi.org/10.1186/s13741-024-00393-9>

HÁLA, M. (2013) *Pooperační delirium*. Disertační práce. Brno: LF MU. Anesteziologickoresuscitační klinika FN u sv. Anny Brno.

JIRÁK, R. (2020) Postoperative cognitive disorders. *Česká a Slovenská Psychiatrie*. Nov2020, Vol. 116 Issue 5, p243-247. 5p.

KLETEČKA J., SOUMAR K., BENEŠ J.(2017) Kognitivní poruchy v perioperační a intenzivní péči. *Anest intenziv Med*. 2017;28:297–304.

LIANG CK, CHU CL, CHOU MY, LIN YT, LU T, et al. (2014) Interrelationship of Postoperative Delirium and Cognitive Impairment and Their Impact on the Functional Status in Older Patients Undergoing Orthopaedic Surgery: A Prospective Cohort Study. *PLOS ONE* 9(11): e110339. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0110339>

MITÁŠOVÁ, A., MITÁŠ, L., URBÁNEK, I. et al. (2012) Incidence a rizikové faktory pooperačního deliria. *Cesk Slov Neurol N* 2012; 75/108(5): 574–580.

MUZZANA, C., MANTOVAN, F., HUBER, M. K. et al. (2022). Delirium in elderly postoperative patients: A prospective cohort study. *Nursing Open*, 9, 2461–2472. <https://doi.org/10.1002/nop2.1263>

PAPAIOANNOU, M., PAPASTAVROU, E., KOUTA, C. et al. (2023) Investigating nurses' knowledge and attitudes about delirium in older persons: a cross-sectional study. *BMC Nurs* 22, 10. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01158-9>

SHIN, H.-J. et al. (2023) Postoperative Delirium after Dexmedetomidine versus Propofol Sedation in Healthy Older Adults Undergoing Orthopedic Lower Limb Surgery with Spinal Anesthesia: A Randomized Controlled Trial. *Anesthesiology*, 138(2), pp. 164–171. doi:10.1097/ALN.0000000000004438.

URBÁNEK, L. et al. (2023). Pooperační delirium. *Rozhledy v chirurgii*, 2023, roč. 102, č. 10, s. 381-386. ISSN 0035-9351. <https://dx.doi.org/10.33699/PIS.2023.102.10.381-386>.

WANG, J. et al. (2015) Risk factors contributing to postoperative delirium in geriatric patients postorthopedic surgery. *Asia-Pacific Psychiatry*, 7(4), pp. 375–382. doi:10.1111/appy.12193.

WANG, LI-HONG et al. (2021) Risk factors and prevention for postoperative delirium after orthopedic surgery." *Indian journal of psychiatry* vol. 63,6 (2021): 554-559. doi:10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry\_781\_19

**Kontaktná adresa:**

PhDr. Jana Cuperová, PhD., MPH  
Prešovská univerzita v Prešove  
Fakulta zdravotníckych odborov  
Partizánska 1  
080 01 Prešov  
[jana.cuperova@unipo.sk](mailto:jana.cuperova@unipo.sk)

## HODNOCENÍ BOLESTI U KLIENTŮ S TĚŽKOU DEMENCÍ VE VYBRANÝCH SOCIÁLNÍCH ZAŘÍZENÍCH

Libešová Lucie

Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetřovatelství

### **Abstrakt:**

**Východiska:** Monitorování bolesti u pacientů trpících středně těžkou a těžkou demencí je zásadní, protože často není možné získat jednoznačný slovní popis jejich bolesti. Někteří pacienti nejsou schopni reagovat na jednoduché otázky ano/ne, což komplikuje hodnocení bolesti. Správná diagnóza a léčba bolesti jsou klíčové pro udržení kvality života pacientů a zmírnění zátěže na zdravotnický personál. Nesprávně diagnostikovaná a neléčená bolest může vést ke zhoršení kvality života pacienta a zvýšené zátěži na ošetřující personál. Důležitost sledování nonverbálních signálů bolesti a využití dostupných nástrojů pro hodnocení bolesti u lidí s demencí je tedy nezpochybnitelná. Pravidelná evaluace bolesti a její přehodnocení jsou klíčové pro efektivní zvládnání bolesti u těchto pacientů. Cíl: Cílem této studie bylo porovnat efektivitu hodnotících škál MOBID2 a PAINAD při monitorování bolesti u pacientů s demencí, se zaměřením na citlivost a spolehlivost obou metod. Vzorek: Výzkum zahrnoval pacienty z vybraných sociálních zařízení s diagnózou středně těžké a těžké demence, kteří splnili kritéria Mini Mental State Examination (MMSE 0-17).

**Metoda:** Monitorování bolesti u pacientů s demencí bylo provedeno pomocí hodnotících škál MOBID2 (Movement-Observation-Behaviour Intensity Dementia Pain Scale) a PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia). Hodnocení prováděl kvalifikovaný a proškolený personál se znalostí těchto nástrojů. Výsledky: Výsledky ukázaly, že škála MOBID2 zachytila bolest u 67,8 % pacientů, zatímco škála PAINAD u 32,2 %. Tento rozdíl naznačuje, že škála MOBID2 je citlivější při detekci bolesti u této populace. Tento náález je důležitý pro klinickou praxi a může ovlivnit přístupy k léčbě bolesti u pacientů s demencí. Závěr: Studie ukazuje, že škála MOBID2 je citlivější nástroj pro detekci bolesti u pacientů s demencí v české klinické praxi. Je nezbytné zdůraznit trvalou potřebu školení zdravotnického personálu v oblasti identifikace a hodnocení bolesti, což je klíčové pro zlepšení péče o pacienty s demencí a minimalizaci jejich bolesti.

### **Klíčová slova:**

*Bolest; Demence; Hodnocení bolesti; MOBID; PAINAD; Sociální zařízení*

## EVALUATION OF PAIN IN CLIENTS WITH SEVERE DEMENTIA IN SELECTED SOCIAL FACILITIES

**Background:** Pain monitoring in patients suffering from moderate and severe dementia is essential because it is often not possible to obtain a clear verbal description of their pain. Some patients are unable to respond to simple yes/no questions, which complicates the assessment of pain. Proper diagnosis and management of pain are key to maintaining patients' quality of life and alleviating the burden on healthcare staff. Incorrectly diagnosed and untreated pain can lead to a deterioration in the patient's quality of life and an increased burden on the nursing staff. The importance of monitoring non-verbal pain signals and using available tools for assessing pain in people with dementia is therefore unquestionable. Regular pain assessment and reassessment are key to effective pain management in these patients. Aim: The aim of this study was to compare the effectiveness of the MOBID2 and PAINAD rating scales in monitoring pain in patients with dementia, focusing on the sensitivity and reliability of both methods. Sample: The research included patients from selected social settings diagnosed with moderate and severe dementia who met the criteria of the Mini Mental State Examination (MMSE 0-17). **Methods:** Pain monitoring in patients with dementia was performed using MOBID2 (Movement-Observation-Behaviour Intensity Dementia Pain Scale) and PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia). The evaluation was carried out by qualified and trained personnel with knowledge of these

tools. Results: The results showed that the MOBID2 scale detected pain in 67.8% of patients, while the PAINAD scale detected pain in 32.2%. This difference suggests that the MOBID2 scale is more sensitive in detecting pain in this population. This finding is important for clinical practice and may influence approaches to pain management in patients with dementia. Conclusion: The study shows that the MOBID2 scale is a more sensitive tool for pain detection in patients with dementia in Czech clinical practice. It is essential to emphasize the ongoing need for training of medical staff in pain identification and assessment, which is key to improving the care of patients with dementia and minimizing their pain.

**Keywords:**

*Pain; Dementia; Pain assessment; MOBID; PAINAD; Sanitary facilities*

**Korespondenční adresa:**

Mgr. Libešová Lucie  
Fakulta zdravotnických studií  
Univerzita J.E. Purkyně  
Sociální péče 3652/13  
400 11 Ústí nad Labem  
[lucie.libesova@ujep.cz](mailto:lucie.libesova@ujep.cz)



## VYUŽITIE TELEMONITORINGU PRI SELFMANAŽMENTE U SENIOROV

Tkáčová Ľubomíra, Majerníková Ľudmila, Hudáková Anna, Obročníková Andrea  
Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra ošetrovateľstva

### **Súhrn**

*Autori príspevku poukazujú na to, že selfmanažment je dôležitou súčasťou základného správania človeka. Ľudia majú len malú motiváciu správať sa žiaduco, pokiaľ neveria, že sa dosiahnu želané výsledky dosiahnuté ich činmi. Je preto nevyhnutné zdôrazniť, že by sa mal posilniť selfmanažment, aby sa zvýšila pravdepodobnosť zdravého správania. Viac než tretina (35 %) celkového zataženia chorobami v Slovenskej republike sa v roku 2020 dala pripísať rizikovým faktorom správania. Správanie jednotlivca zohráva pri vzniku ochorení kľúčovú úlohu. Ide o civilizačné ochorenia, ktorých výskyt sa zvyšuje so stúpajúcou mierou blahobytu a s predlžovaním strednej dĺžky života. Populácia seniorov na celom svete rastie v rýchlom tempe v dôsledku pokročilej lekárskej starostlivosti a demografických zmien. Tento demografický trend prináša so sebou komplexné výzvy a príležitosti v oblasti starostlivosti o zdravie a kvalitu života seniorov. Starnutie sprevádza množstvo fyzických a psychických zmien, ktoré môžu mať významný vplyv na životný štýl a sociálne aktivity jednotlivcov. Nedostatočná výživa a obmedzená pohybová aktivita môžu prispievať k riziku chronickej choroby, oslabeniu fyzickej kondície a strate nezávislosti, čo môže obmedziť schopnosť seniorov aktívne sa zapájať do spoločnosti. Inovácie, najmä v digitálnej sfére, prebiehajú v bezprecedentnom rozsahu. Napriek tomu zostáva ich aplikácia do zlepšenia zdravia obyvateľstva do značnej miery nevyužitá a existuje obrovský priestor na využitie digitálnych zdravotných riešení najmä pre seniorov v tejto oblasti.*

### **Kľúčové slová:**

*Selfmanažment, Chronické ochorenia, Senior, Telemonitoring.*

### **Úvod**

Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) pravidelne zverejňuje štatistické dáta týkajúce sa tzv. Non-Communicable Diseases (NCD), teda neprenosných, respektíve chronických ochorení. Na uvedené ochorenia každoročne zomiera až 40 miliónov ľudí, čo je 70% všetkých úmrtí na celom svete (NCD, 2018). Aktuálne dáta vykazujú, že každoročne zomiera 15 miliónov ľudí vo veku od 30 do 69 rokov na dopady chronických ochorení, viac ako 80% týchto „predčasných“ úmrtí sa vyskytuje v krajinách s nízkymi a strednými príjmami. Mortalita na kardiovaskulárne ochorenia predstavuje až 17,7 miliónov ľudí ročne, na onkologické ochorenia je to 8,8 miliónov, ochorenie dýchacích ciest predstavujú 3,9 miliónov a diabetes mellitus 1,6 miliónov úmrtí. Tieto štyri skupiny ochorení predstavuje viac ako 80% všetkých predčasných úmrtí na chronické neprenosné ochorenia (WHO, 2019). Pre riešenie uvedených problémov je dôležitá edukácia pacientov aj celej populácie. Efektívnou edukačnou činnosťou sestier (zdravotníckych pracovníkov) vieme významným spôsobom preventívne pôsobiť na následky chronických ochorení, zlepšiť ich prognózu, a v konečnom dôsledku zvýšiť kvalitu života pacientov. V praxi to znamená vytvorenie efektívneho edukačného programu s priamou účasťou pacienta na jeho liečbe, aktívna spolupráca zdravotníkov, pacientov a ich blízkych, holistický prístup a selfmanažment (Zelinková, 2016).

### **Jadro**

Súčasná klinická prax v súvislosti s nárastom civilizačných ochorení, podielom polymorbidity a chronicity ochorení, výskytom pandémie (Covid – 19), obmedzujúce priamy kontakt lekára a pacienta, vyžaduje holistický pohľad na jedinca s implementáciou špecifických meracích nástrojov, ktoré zohľadňujú osobité potreby jedinca a podiel pacienta na liečbe. Ako sa uvádza v dokumente Inheal (2022), digitálne nástroje v oblasti zdravia sú digitálne služby poskytujúce používateľom všeobecné informácie o zdraví, zdravotné aplikácie (monitorovanie liečby a následné opatrenia), nástroje, ktoré umožňujú ľuďom zostať v ich

domovoch (diaľkové monitorovanie starších ľudí), bežné zdravotné záznamy, digitálne nástroje pre zdravotníckych pracovníkov (služby bezpečnej výmeny správ, telemedicína, televýmena odborných poznatkov) a všeobecné digitálne informácie o zdraví (EESC, 2019). Iné rozdelenie digitálnych nástrojov ponúka NHS Scotland v závislosti od toho, či tieto nástroje môžu pomôcť pri lepšej starostlivosti o vlastné zdravie (nástroje selfmanažmentu), pri starostlivosti o druhých (nástroje starostlivosti) alebo uľahčujú prístup k zdravotníckym službám (DHC, 2021). Aj z pohľadu Slovenska sú tieto inovácie považované za nástroje s potenciálom zabezpečiť efektívnejšiu, kvalitnejšiu a bezpečnejšiu zdravotnú starostlivosť a pre občanov lepšiu sebakontrolu nad vlastným zdravím (MIRRI SR, 2019). Podpora manažmentu seba samého splnomocňuje a adekvátnym spôsobom usmerňuje pacientov pre manažovanie ich zdravia a zdravotného stavu. Pacient robí každodenné rozhodnutia o manažmente svojho ochorenia do tej miery, aby pociťoval čo najvyššiu dávku spokojnosti s vlastným životom a vykonával svoje denné aktivity (Valachovičová et al., 2014). Riešením pre zlepšenie manažmentu starostlivosti o pacienta s chronickým ochorením je implementácia telemedicíny a teleošetrovateľstva do praxe. Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti ma potrebné informácie o pacientovi prostredníctvom informačných systémov, pacient má podporu pre rozhodovanie a zdroje pre kvalitnú starostlivosť. Sestry sú kľúčom v multidisciplinárnom tíme pri starostlivosti o chronicky chorých. Úroveň svojho vzdelania a rolí sú v pozícii „majstra“ transformácií starostlivosti o chronicky chorých. Telemonitoring umožňuje zdravotníckym pracovníkom sledovať pacientov zdravotný stav na diaľku pomocou rôznych technologických zariadení. Táto metóda sa primárne používa na monitorovanie u osôb s chronickým ochorením ako sú srdcové choroby, diabetes mellitus alebo astma bronchiale. Je dokázané, že služba, ako je telemonitoring, môže poskytnúť porovnateľné zdravotné výsledky ako tradičné osobné stretnutie s pacientom, navyše môže byť pre pacientov hlavne pre seniorov komfortnejšie, pretože sa všetko deje v ich prirodzenom prostredí a komunite. V neposlednom rade môže byť služba aj efektívna čo sa týka finančných nákladov (Goh, Goh, Zhu, 2017). K telemonitoringu sa dajú prepojiť rôzne nástroje. Môžu nimi byť zariadenia ako sú monitory pre monitorovanie kardiovaskulárnych príznakov, monitory na meranie glukózy v krvi, ktoré slúži ku kontrole stavu pacienta, ale tiež napríklad monitory krvného tlaku, pulzný oximeter pre meranie saturácie kyslíkom a tepovej frekvencie. Podľa konkrétnych zdravotných problémov a ochorení sú pacientom k dispozícii špecializovanejšie pomôcky ako je napríklad elektronický spirometer pripojený k počítaču a druhým koncom na dlaň pacienta pre meranie pľúcnych funkcií (Poreddi et al., 2020). Pred začatím domáceho telemonitoringu je dôležité, aby sestry naučili a informovali seniorov a ich rodinu o tom, ako jednotlivé zariadenia doma používať. Zaisťujú sa tak správne používanie zariadenia potrebného na získanie presných výsledkov (Goh, Goh, Zhu, 2017). Všeobecne sa ukázalo, že tento typ starostlivosti na diaľku je veľmi efektívny. Napríklad Fathi, Modin a Scott (2017) informovali vo svojej publikácii o staršej štúdií, ktorá prebiehala v roku 2012 s viac ako 3000 seniormi vo Veľkej Británii, ktorí boli na diaľku sledovaní kvôli ochoreniu diabetes mellitus, srdcovým ochoreniam a chronickým pľúcny ochorením, došlo k 50% poklesu ročnej úmrtnosti a 18% zníženiu hospitalizácií. Multimetódova štúdia Day, Millner a Johnson (2016) sa zameriavala na kombináciu telemonitoringu a videokonferencie s pacientom. Starostlivosť na diaľku bola zameraná na sledovanie starostlivosti, inštruktáž pacienta a dohľadu nad ním počas akútnej exacerbácie chronického ochorenia. Výsledky ukázali, že v diaľkovom telemonitorovaní sestrami sa pacienti viac zapojili do starostlivosti o seba, pochopili včasné hlásenie príznakov alebo hlásenie o zmene ich zdravotného stavu. Samy vnímali zvládnutie ich starostlivosti o seba. Štúdia preukázala, že kompetentné a efektívne využitie technológie a vybavenie telenursingu pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti môže mať pozitívny dopad na pacientov.

Všeobecne je pri telenursingu a konkrétne u nástroja ako je telemonitoring dôležitá dôveryhodnosť informácií týkajúcich sa pacientov. Pacient by mal byť informovaný aj o ostatných členoch tímu zdravotnej starostlivosti, ktorí sú priamo zapojení do ich starostlivosti a majú prístup k pacientovým osobným a zdravotným informáciám (Poreddi et al., 2020).

Štúdia Kamei et al. (2018), ktorá sa zaoberala využitím telenursingu a telemonitorovaním stavu u pacientov s vybranými chronickými ochoreniami v Japonsku, preukázala, že tieto rýchlo dostupné informácie, hoci len po telefóne, pacientom a rodinám znižujú využívanie zdravotníckych služieb (ordinácie lekára, pohotovostné jednotky, nemocnice). Pacienti s chronickým ochorením, ktorí potrebujú

časté monitorovanie, hodnotenie a starostlivosť, ale nespĺňajú kritériá pre zavedenie domácej starostlivosti alebo nemajú peniaze na zaplatenie služieb, môžu tiež za určitých podmienok využívať tieto informačné technológie.

Efektívnym sa telenursing stal aj pre aktívne zapojenie pacientov a rodín do liečby. Deje sa tak najmä pri selfmanažmente chronických ochorení u seniorov. Telenursing môže poskytnúť edukáciu a dostatok informácií pacientom a rodinám v ich prirodzenom prostredí. Zakladá sa na včasnom rozpoznaní príznakov a telemonitorovaní príznakov, ktoré by mohli vyžadovať ďalšie sesterské či lekárske posúdenie, intervenciu (Balenton, Chiappelli, 2017). Kamei et al. (2018) prinášajú štúdiu o telemonitorovaní pacientov, seniorov s chronickým ochorením v domácom prostredí. Ochorenie, ako je chronická obštrukčná pľúcna choroba, amyotrofická laterálna skleróza a diabetes mellitus si vyžadujú dlhodobú liečbu, ktorému môže napomôcť denné monitorovanie sestrou prostredníctvom telemonitoringu. Cieľom štúdie týchto autorov bolo zistiť, či použitie domáceho monitorovania počas 12 týždňov môže identifikovať včasné príznaky zhoršenia ochorenia a faktory súvisiace so zmenou stavu účastníkov. Vzorka 43 seniorov respondentov poskytla 4533 dní monitorovania. Sestra hodnotila 12 komponentov súvisiacich s telemonitorovaním: analýzu hlasu účastníka, popísanie symptómov, potvrdenie užívania liekov, príjmu potravy, aktivitu a cvičenie, fyzickú bolesť, spätnú väzbu, rozhodovanie, zhrnutie otázok, aktívne počúvanie, empatické načúvanie účastníkov a poskytovanie jasných vysvetlení a rád. Sestry detekovali počas sledovania 70-100% menších a väčších zmien účastníkov. V porovnaní so štúdiou Maeder, Poultneyho et al. (2015), pri bezprostrednom kontakte jedna sestra môže navštíviť 5-7 pacientov denne, pri použití telemonitoringu to môže byť až 16 pacientov za rovnaký čas.

Sestry v osobnom kontakte so seniormi, ktorým poskytujú ošetrovateľskú starostlivosť, môžu realizovať edukačnú činnosť aj so zameraním na podporu digitálnej zdravotnej gramotnosti s využitím efektívnej komunikácie a kooperácie s podpornými osobami seniora. Seniori vo vyššom veku (nad 70 rokov) nemali pred odchodom do dôchodku takmer žiadne skúsenosti s využívaním informačno-komunikačných technológií (IKT) a najvýraznejší rozvoj v tejto oblasti je evidentný práve v posledných 20 rokoch. Práve mnohí z týchto seniorov sa ťažšie adaptujú na zmeny, do ktorých patrí aj využívanie moderných technológií, preto významnú pozíciu v tejto oblasti majú sestry ako najpočetnejšia skupina zdravotníckych pracovníkov. Efektívne intervencie sestier v podpore digitálnej zdravotnej gramotnosti u seniorov je možné využiť:

Edukačné aktivity – rozširovanie vedomostí a zručností, podpora seniorov pri využívaní IKT v prospech zdravia – edukácia s využitím mobilných zariadení, tabletu a notebooku – demonštrácia využitia IKT, odporúčanie elektronických informačných zdrojov v súvislosti so starostlivosťou o zdravie, príprava tlačených a elektronických písomných edukačných materiálov pre seniorov a ich podporné osoby, odporúčanie rôznych foriem celoživotného vzdelávania so zameraním na rozvoj digitálnej gramotnosti – univerzity tretieho veku (UTV), národné a lokálne projekty zamerané na rozvoj digitálnej gramotnosti seniorov, socializácia v komunitách, kluboch a svojpomocných skupinách seniorov.

Komunikáciu – využívanie jednoduchého vyjadrovacieho jazyka (bez odbornej terminológie) o problematike využívania IKT a elektronických informačných zdrojov v súvislosti so zdravím a zdravotnou starostlivosťou.

Participáciu na celoživotnom vzdelávaní seniorov, vrátane medzigeneračného vzdelávania – sestry môžu pôsobiť aj ako edukátorky v rámci celoživotného vzdelávania starších ľudí, napríklad prostredníctvom klubov dôchodcov, univerzít tretieho veku aj s uplatňovaním tzv. medzigeneračného vzdelávania.

Kooperáciu s podpornými osobami seniora a opatrovateľmi, s klubmi a svojpomocnými skupinami seniorov – podpora využívania IKT a rozvoj digitálnej zdravotnej gramotnosti prostredníctvom spolupráce s rodinnými príslušníkmi alebo inými podpornými osobami seniora, prípadne s opatrovateľmi, ktorí participujú na dennej starostlivosti o staršieho človeka; participácia na aktivitách klubov a svojpomocných skupín združujúcich seniorov a ich podporné osoby – prednášková činnosť, workshopy a iné činnosti so zameraním aj na zlepšovanie digitálnej zdravotnej gramotnosti.

Multidisciplinárnu kooperáciu – spolupráca rôznych kategórií zdravotníckych aj nezdravotníckych pracovníkov (napr. sociálnych pracovníkov) pri podpore rozvoja vedomostí a zručností seniorov pri

využívání IKT v prospech zdravia, oboznamovaní s benefitmi pri využívaní IKT a internetu, adaptácii smart zariadení seniorom, oboznamovaní o dostupných mobilných aplikáciách pre zdravie, benefitoch zdravotných poisťovní a ich využívaní, atď (Magerčiaková, Zrubáková, 2024).

## Záver

Hoci telemonitoring prináša veľké výhody ako pacientom, tak i zdravotníckym pracovníkom, nastáva v súvislosti s ním pomerne dosť etických problémov. Kália, Saggy (2019) týmto označujú najmä problematiku súkromia, bezpečnosti, dôvernosti a autonómiu ako eticky znepokojujúce oblasti. Podľa nich tiež poskytovatelia zdravotnej starostlivosti uvádzajú, že využívaním elektronickej starostlivosti strácajú osobný vzťah medzi pacientom a zdravotníckym pracovníkom a prichádzajú aj o fyzické posúdenie pacienta. Avšak telemonitorovanie môže zvýšiť sebavedomie pacientov pri zvyšovaní povedomia o vlastnej účinnosti pacientov pri dodržiavaní diéty, fyzickej aktivity a zdravého správania spojeného s týmto ochorením. Pravidelné sledovanie a poskytovanie konzultačných služieb telefonicky po klinickej konzultácii môže v podstate udržať a dokončiť efekt selfmanažmentu, absolvovanej edukácie, stabilizovať zdravé správanie a zlepšiť výsledky liečby.

**Príspevok vznikol s podporou projektu KEGA č. 015PU-4/2024.**

## Literatúra:

BALENTON, N., CHIAPPELLI, F. 2017. *Telenursing: bioinformation cornerstone in healthcare for the 21st century*. Bioinformation, 2017, 13.12: 412.

DAY, K., MILLNER, S., JOHNSON, H. 2016. How nurses use telehealth to support health transitions of older adults. In *Studies in health technology and informatics*, 2016, 231: 23-30.

DHC. 2021 *'Discover Digital: for your health and wellbeing' Draft version 1.0*. [online]. [cit. 2024-08-04]. Dostupné na internete: <https://www.alliance-scotland.org.uk/blog/resources/discover-digital-guide/>.

EESC. 2019. *Stanovisko Európskeho hospodárskeho a sociálneho výboru – Digitálna zdravotná gramotnosť – zdravotná starostlivosť prispôbená potrebám európskych občanov v čase demografických zmien (stanovisko z vlastnej iniciatívy) (Opinion of the European Economic and Social Committee on 'Digital health literacy — for citizen-friendly healthcare in Europe in times of demographic change')*. [online]. [cit. 2024-07-24]. Dostupné na internete: <https://op.europa.eu/sk/publication-detail/-/publication/e67f21e7-9f1d-1...>

FATHI, J. T., MODIN, H. E., SCOTT, J. D. 2017. Nurses advancing telehealth services in the era of healthcare reform. In *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 2017, 22.2: 1320-1325.

GOH, L. X., GOH, L. J., ZHU, X. 2017. Effectiveness of telemedicine for distant wound care advice towards patient outcomes: systematic review and meta-analysis. In *Int Arch Nurs Health Care*, 2017, 3.2: 1-9.

INHEAL. 2023. *Inovácie v zdravotnej gramotnosti*. [online]. [cit. 2024.08.03]. Dostupné na internete: <https://www.inhealvisegrad.eu/docs/MedicalScan%20-%20Dec%202023%20SK%20-%20NewsLetter%20Part%201.pdf>.

KALIA, R., SAGGI, M. 2019. Telenursing and Challenges in India. In *Asian Journal of Nursing Education and Research*, 2019, 9.4: 573-576.

KAMEI, T. et al. 2018. Detection of early-stage changes in people with chronic diseases: A telehome monitoring-based telenursing feasibility study. In *Nursing & health sciences*, 2018, 20.3: 313-322.

MAEDER, A. et al. 2015. Patient compliance in home-based self-care telehealth projects. In *Journal of telemedicine and telecare*, 2015, 21.8: 439-442.

MAGERČIAKOVÁ, M, ZRUBÁKOVÁ, K. 2024. *Význam digitálnej zdravotnej gramotnosti u seniorov z perspektívy ošetrovateľstva*. [online]. [cit. 2024-08-04]. Dostupné na internete: <https://www.prohuman.sk/osetrovatelstvo/vyznam-digitalnej-zdravotnej-gramotnosti-u-seniorov-z-perspektivy-osetrovatelstva>.

MIRRI SR. 2019. *Action plan for the digital transformation of Slovakia for 2019 – 2022. Action plan for transformation of Slovakia into a successful digital country and development of the digital single market*. [online]. [cit. 2024-08-04]. Dostupné na internete: <https://www.mirri.gov.sk/wp-content/uploads/2019/10/AP-DT-English-Versio...>

NCD. 2018. *Noncommunicable diseases. Global Health Observatory (GHO)*. Geneva: World Health Organization; 2018. [online]. [cit. 2022.07.11]. Available from: [http://www.who.int/gho/ncd/en/accessed 9 December 2018](http://www.who.int/gho/ncd/en/accessed%209%20December%202018).

POREDDI, V. et al. 2020. *NIMHANS-Telenursing Practice Guidelines-2020*. 2020.

VALACHOVIČOVÁ, M. et al. 2014. *Vybrané kardiovaskulárne markery v epidemiologickej štúdii. Životné podmienky a zdravie*. Bratislava: Úrad verejného zdravotníctva SR, 2014, s. 83-85. [online]. [cit. 2024.08.06]. Dostupné na internete: [https://zona.fmed.uniba.sk/fileadmin/lf/sucasti/Teoreticke\\_ustavy/Ustav\\_hygieny/Webpic/Zborniky/ZPaZ\\_2014.pdf](https://zona.fmed.uniba.sk/fileadmin/lf/sucasti/Teoreticke_ustavy/Ustav_hygieny/Webpic/Zborniky/ZPaZ_2014.pdf).

WHO. *Universal health coverage (UHC)*. 2019. [online]. [cit. 2024.08.06]. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)).

ZELINKOVA, M. 2016. *Zborník abstrakt X. kongresu kardiologických sestier, s medzinárodnou účasťou*. Vydavateľ: Kardiovaskulárne oddelenie FN Ostrava, 2016, str. 17.

#### **Kontaktná adresa:**

doc. PhDr. Ľubomíra Tkáčová, PhD., MPH  
Prešovská univerzita v Prešove  
Fakulta zdravotníckych odborov  
Katedra ošetrovateľstva  
Partizánska 1  
08001 Prešov  
[lubomira.tkacova@unipo.sk](mailto:lubomira.tkacova@unipo.sk)

## SPOTŘEBA KOFEINOVÝCH NÁPOJŮ MEZI VYSOKOŠKOLSKÝMI STUDENTY

Libešová Lucie, Slavíková Karolína

Fakulta zdravotnických studií, Univerzita J.E.Purkyně, Ústí nad Labem

### **Abstrakt:**

**Úvod:** Kofein patří mezi nejrozšířenější psychoaktivní látky, běžně obsažené v kávě, čaji, energetických nápojích a některých léčivech. Díky svým stimulačním účinkům na centrální nervový systém, které zvyšují bdělost a snižují únavu, je široce konzumován po celém světě. Přestože jeho užívání je značně rozšířené, stále existují probíhající debaty a výzkumy zaměřené na pozitivní a negativní zdravotní dopady spojené s konzumací kofeinu.

**Cíl:** Cílem této pilotní studie bylo zhodnotit povědomí studentů Univerzity J. E. Purkyně v Ústí nad Labem (UJEP) o účincích kofeinu na zdraví.

**Metoda:** Byla provedena dotazníková studie zahrnující 19 otázek, které zkoumaly znalosti a vnímání zdravotních účinků kofeinu mezi studenty.

**Výběr respondentů:** Studie zahrnovala studenty Univerzity J. E. Purkyně v Ústí nad Labem.

**Výsledky:** Bylo analyzováno celkem 800 vyplněných dotazníků. Výsledky ukázaly, že 50,5 % studentů konzumuje kofeinové nápoje denně, a to v průběhu celého dne. Mezi negativní účinky kofeinu studenti nejčastěji uváděli poruchy spánku (90 %), závislost (84,5 %), srdeční problémy a zvýšený krevní tlak (shodně 74 %). Hlavním důvodem konzumace kofeinu byla chuť, kterou jako důvod uvedlo 75 % respondentů.

**Diskuse:** Výsledky naznačují, že studenti UJEP mají obecné povědomí o základních účincích kofeinu na zdraví a jsou si vědomi jeho stimulačních vlastností i běžných vedlejších účinků. Zaznamenané rozdíly ve znalostech mezi jednotlivými fakultami však ukazují na potřebu specifických osvětových kampaní. Zvýšení informovanosti o správném užívání kofeinu by mohlo přispět ke zlepšení zdravotního povědomí a snížení rizik spojených s nadměrnou konzumací této látky.

**Závěr:** Ačkoliv studenti obecně mají základní znalosti o vlivu kofeinu na zdraví, existují nedostatky v podrobnějších informacích, které by bylo vhodné řešit prostřednictvím vzdělávacích a osvětových programů. Tato studie může poskytnout podklad pro další výzkum a aktivity zaměřené na podporu zdravějšího přístupu ke konzumaci kofeinu mezi vysokoškolskými studenty.

### **Klíčová slova:**

*Dotazník; Kofein; povědomí; studenti; UJEP; Zdraví*

## CAFFEINATED BEVERAGE CONSUMPTION AMONG COLLEGE STUDENTS

**Introduction:** Caffeine is one of the most common psychoactive substances, commonly found in coffee, tea, energy drinks and some pharmaceuticals. Due to its central nervous system stimulant effects that increase alertness and reduce fatigue, it is widely consumed worldwide. Although its use is widespread, there is still ongoing debate and research focused on the positive and negative health impacts associated with caffeine consumption.

**Aim:** The aim of this pilot study was to evaluate the awareness of students of the J. E. Purkyně University in Ústí nad Labem (UJEP) about the effects of caffeine on health.

**Methods:** A questionnaire study was conducted involving 19 questions to examine the knowledge and perception of the health effects of caffeine among students.

**Selection of respondents:** The study included students of the J. E. Purkyně University in Ústí nad Labem.

**Results:** A total of 800 completed questionnaires were analyzed. The results showed that 50.5% of students consumed caffeinated beverages daily, throughout the day. Among the negative effects of caffeine, students most often cited sleep disorders (90%), addiction (84.5%), heart problems and

increased blood pressure (both 74%). The main reason for caffeine consumption was taste, which was cited by 75% of respondents.

**Discussion:** The results suggest that students at UJEP have a general awareness of the basic effects of caffeine on health and are aware of its stimulant properties as well as common side effects. However, the recorded differences in knowledge between faculties point to the need for specific awareness campaigns. Raising awareness about the proper use of caffeine could help improve health awareness and reduce the risks associated with excessive caffeine consumption.

**Conclusion:** Although students generally have a basic understanding of caffeine's health effects, there are gaps in more detailed information that should be addressed through education and awareness programs. This study may provide the basis for further research and activities aimed at promoting healthier approaches to caffeine consumption among college students.

**Keywords:**

*Questionnaire; Caffeine; awareness; students; UJEP; Health*

**Korespondenční adresa:**

Mgr. Libešová Lucie

Fakulta zdravotnických studií, Univerzita J.E.Purkyně

Sociální péče 3652/13

400 11 Ústí nad Labem

[lucie.libesova@ujep.cz](mailto:lucie.libesova@ujep.cz)

## KVALITA A BEZPEČÍ POSKYTOVANÉ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE VE VYBRANÝCH NEMOCNICÍCH

Bartoníčková Daniela (1), Kohanová Dominika (2), Mazalová Lenka (1), Holušová Lucie (1), Lorencová Nikola (1), Fišerová Anna (1)

1 - Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetřovatelství,

2 - Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálních věd a zdravotnictva, Katedra ošetrovateľstva

### **Abstrakt:**

**Úvod:** Kultura bezpečí pacientů je důležitou strategií nejen pro zlepšení bezpečnosti pacientů, ale souvisí i s kontinuálním navyšováním kvality poskytované péče. Kvalita a bezpečnost pacientů jsou velmi úzce provázány, přičemž jejich zajištění je především odpovědností sester. Sestry jsou nejpočetnější skupinou zdravotnických pracovníků, a tudíž z hlediska poskytování kvalitní a bezpečné péče mají nezastupitelný význam.

**Cíle:** Cílem příspěvku bylo vyhodnotit kvalitu a bezpečí poskytované ošetrovateľské péče ve vybraných nemocnicích moravského kraje v České republice a identifikovat vztah mezi těmito dvěma koncepty.

**Metody:** Designem byla deskriptivní průřezová studie. Data byla sbírána od února do července prostřednictvím dotazníkového setu, jehož obsahem byly dva nástroje: Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) 2.0 a Scale of perception of nursing activities that contribute to nursing care quality (EPAECQC). Respondenty tvořily sestry (N = 535) pracující ve vybraných nemocnicích moravského kraje. V rámci analýzy dat byla využita deskriptivní a induktivní statistika v programu SPSS 25.0. **Výsledky:** Průměrné skóre nástroje EPAECQC bylo 3,23 ( $\pm 0,38$ ) z maximálních 4. Statisticky významné vztahy byly identifikovány mezi průměrným skóre nástroje EPAECQC a jednotlivými dimenzemi kultury bezpečí pacientů, konkrétně v souvislosti s Odpovědí na nežádoucí událost ( $r = 0,133$ ;  $p \leq 0,001$ ), Podporou nadřazeného pro bezpečnost pacienta ( $r = 0,138$ ;  $p \leq 0,001$ ), Zaznamenáváním událostí ohledně bezpečnosti pacientů ( $r = 0,202$ ;  $p \leq 0,001$ ) a Překlady pacientů a výměnou informací ( $r = 0,187$ ;  $p \leq 0,001$ ). Tyto dimenze rovněž predikovaly hodnocení činností přispívajících ke kvalitě poskytované ošetrovateľské péče ( $p \leq 0,05$ ).

**Závěry:** Pravidelné hodnocení kvality a bezpečí umožňuje identifikaci oblastí vyžadujících zlepšení, což vede k zavádění cílených intervencí a optimalizaci klinických postupů, čímž se zvyšuje efektivita a účinnost poskytované péče. Proces je zásadní pro naplnění legislativních a regulačních požadavků, prostřednictvím nichž jsou stanovovány standardy pro bezpečnost a kvalitu péče.

### **Klíčová slova:**

*Kultura bezpečí pacientů; Kvalita péče; Nemocnice; Ošetrovateľská péče; Sestra*

**Studie byla podpořena projektem IGA Kvalita a bezpečnost pacientů při poskytování ošetrovateľské péče (IGA\_FZV\_2024\_006).**

### **Korespondenční adresa:**

Mgr. Daniela Bartoníčková  
Univerzita Palackého v Olomouci  
Fakulta zdravotnických věd Ústav ošetřovatelství  
Hněvotínská 3  
775 00, Olomouc  
daniela.bartonickova@upol.cz



## FAKTORY SOUVISEJÍCÍ SE VZNIKEM DEKUBITŮ U PACIENTŮ DLOUHODOBÉ LŮŽKOVÉ ZDRAVOTNÍ PÉČE

Matoušek Pavel, Raudenská Jaroslava, Javůrková Alena

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

### **Abstrakt:**

**Cíl:** Cílem bylo zhodnotit vybrané faktory související se vznikem dekubitů u pacientů dlouhodobé lůžkové zdravotní péče.

**Metodika:** Vzorek tvořilo 1954 hospitalizací na lůžkách s kódem ošetrovacího dne 00005 ve dvou zdravotnických zařízeních ukončených mezi 1.1.2020 a 30.6.2023. Zpracování zahrnovalo popisnou statistiku a statistické testy dle formulace hypotézy a charakteru veličiny.

**Výsledky:** Výzkum prokázal statisticky významný vztah existence dekubitů při příjmu se stupněm rizika dle škály Nortonové, se všemi jejími odděleně posuzovanými součástmi, stupněm soběstačnosti dle indexu Barthelové, nemocemi močové a pohlavní soustavy, úmrtím během hospitalizace a stupněm farmakoterapie bolesti. Dále prokázal statisticky významný vztah dekubitů vzniklých v průběhu hospitalizace se stupněm rizika dle škály Nortonové, se všemi jejími odděleně posuzovanými součástmi, stupněm soběstačnosti dle indexu Barthelové, pohlavím, věkovou skupinou, kouřením, demencí, úmrtím během hospitalizace a délkou hospitalizace. Byla zjištěna silná pozitivní korelace hodnot škály Nortonové s hodnotami indexu Barthelové.

**Závěr:** Původní škála Nortonové ale i index Barthelové se potvrdili jako vhodné prediktory rizika vzniku dekubitů v dlouhodobé lůžkové zdravotní péči.

### **Klíčová slova:**

*Dekubitus; proleženina; rizikové faktory vzniku dekubitů; škála Nortonové; tlakový vřed*

## FACTORS ASSOCIATED WITH THE FORMATION OF PRESSURE ULCERS IN PATIENTS OF LONG-TERM INPATIENT HEALTHCARE

**Objective:** The objective was to evaluate selected factors related to the development of pressure ulcers in patients of long-term inpatient health care.

**Methodology:** The sample consisted of 1.954 hospitalizations on beds with treatment day code 00005 in two healthcare facilities completed between 1.1.2020 and 30.6.2023. Statistical processing included descriptive statistics and statistical tests according to the formulation of the hypothesis and the nature of the data.

**Results:** The research demonstrated a statistically significant relationship between the presence of pressure ulcers on admission and the degree of risk according to the Norton scale, with all its separately assessed components, the degree of self-sufficiency according to the Barthel index, diseases of the urinary and genital systems, death during hospitalization and the degree of pain pharmacotherapy. Furthermore, there was demonstrated a statistically significant relationship of pressure ulcers that occurred during hospitalization with the degree of risk according to the Norton scale, with all its separately assessed components, the degree of self-sufficiency according to the Barthel index, gender, age group, smoking, dementia, death during hospitalization and length of hospitalization. A strong positive correlation of Norton scale values with Barthel index values was found.

**Conclusion:** The original Norton scale as well as the Barthel index were confirmed as suitable predictors of the risk of pressure ulcers in long-term inpatient healthcare.

### **Keywords:**

*bedsore; dekubitus; Norton scale; pressure ulcer; risk factors for pressure ulcers*

**Korespondenční adresa:**

PhDr. Ing. Pavel Matoušek, Ph.D., LL.M.

p-matousek@seznam.cz

## OŠETROVATEĽSKÝ PROBLÉM - NARUŠENÁ INTEGRITA KOŽE

Katriňáková Tatiana (1,2), Kilíková Mária (1)

1 - Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, n. o., Detašované pracovisko bl. Sály Salkaházi

2 - Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, n. o., Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce sv. Ladislava

### **Abstrakt:**

**Východiská:** Narušená integrita kože je ošetrovateľský problém, ktorý vyžaduje systematické posúdenie stavu pacienta, identifikáciu rizikových faktorov a implementáciu vhodných ošetrovateľských intervencií.

**Cieľ:** Identifikovať výskyt metodologických chýb v diagnostikom závere – narušená integrita kože.

**Súbor a metodika:** Do súboru bolo zaradených 12 sestier s dĺžkou praxe od 5 do 20 a viac rokov, ktoré realizovali diagnostický proces. Uskutočnili sme retrospektívnu obsahovú analýzu 72 zdravotných dokumentácií pacientov hospitalizovaných na oddeleniach všeobecnej a úrazovej chirurgie Nemocnice s poliklinikou Spišská Nová Ves, a.s.. Na identifikáciu chýb v diagnostickom závere bol použitý nástroj Quality of Nursing Diagnosis.

**Výsledky:** V 72 dokumentoch sme identifikovali 317 diagnostických chýb, z ktorých 190 sa vzťahovalo k relevantnosti diagnostických znakov. 127 chýb sa týkalo štruktúry diagnózy. Najviac chýb (n=141) bolo identifikovaných v poslednom komponente vzťahujúceho sa na logickú štruktúru a dôkazy opodstatnenosti ošetrovateľskej diagnózy výsledkami posúdenia, 93 chýb v komponente etiológia a 82 chýb v komponente symptóm.

**Záver:** Validné ošetrovateľské diagnózy sú predpokladom pre efektívne intervencie sestry s problémom narušená integrita kože. Sme toho názoru, že včasná eliminácia negatívnych faktorov ovplyvňujúce diagnostiku sestrou podmieňuje kvalitu a bezpečnosť starostlivosti.

### **Kľúčové slová:**

*Narušená integrita kože; Ošetrovateľská diagnostika; Sesterská diagnóza*

## NURSING PROBLEM - COMPROMISED SKIN INTEGRITY

**Background:** Disrupted skin integrity is a nursing problem that requires systematic assessment of the patient's condition, identification of risk factors, and implementation of appropriate nursing interventions.

**Aim:** To identify the prevalence of methodological errors in the diagnostic conclusion - compromised skin integrity.

**Set and Methodology:** 12 nurses with a length of experience ranging from 5 to 20 years or more were included in the set to carry out the diagnostic process. We performed a retrospective content analysis of 72 medical records of patients hospitalized in the general and trauma surgery wards of the Hospital with Polyclinic Spišská Nová Ves, a.s. The Quality of Nursing Diagnosis tool was used to identify errors in the diagnostic conclusion.

**Results:** We identified 317 diagnostic errors in 72 documents, 190 of which were related to the relevance of diagnostic features. 127 errors were related to the structure of the diagnosis. The largest number of errors (n=141) were identified in the last component related to the logical structure and evidence of the

reasonableness of the nursing diagnosis by assessment results, 93 errors in the etiology component and 82 errors in the symptom component.

**Conclusion:** Valid nursing diagnoses are a prerequisite for effective nurse interventions with the problem of compromised skin integrity. We believe that early elimination of negative factors influencing the nurse's diagnosis determines the quality and safety of care.

**Keywords:**

*Compromised skin integrity; Nursing diagnosis; Nurse diagnosis*

**Kontaktná adresa:**

PhDr. Tatiana Katriňáková (doktorand)

VŠZaSP sv. Alžbety, Detašované pracovisko bl. Sály Salkaházi v Rožňave

Kósu - Schoppera 141/22,

048 01 Rožňava

[tanakatrinakova@gmail.com](mailto:tanakatrinakova@gmail.com)

## KRÁTKÁ INTERVENCE SESTER U KUŘÁKŮ V ODBORNÝCH AMBULANCÍCH INTERNÍ KLINIKY 2. LF UK A FN MOTOL

Felbrová Vladislava, Lisová Kateřina, Řejhová Libuše, Drexlerová Irena, Fontánová Stanislava, Hájková Helena, Havlíková Jana, Jarschová Lýdie, Šolcová Irena, Špicnerová Veronika, Jarschová Lýdia, Vyskočilová Radka

Fakultní nemocnice v Motole, Interní klinika 2. LF UK a FN Motol

### Abstrakt:

**Úvod:** Kouření je významný rizikový faktor vzniku kardiovaskulárních, respiračních, nádorových a mnoha dalších onemocnění. V ČR předčasně zemře každý rok na následky kouření 15 - 17 000 lidí. Doporučení přestat kouřit a nabídka léčby je jedna z nejdůležitějších intervencí v klinické praxi. Závislost na tabáku je chronické, recidivující a letální onemocnění, stejně jako v případě jiných nemocí je třeba i v tomto případě diagnostika a léčba.

**Metodika:** V ambulancích Interní kliniky se ptáme na kouření formou krátkého standardizovaného dotazníku. Aplikujeme doporučený postup "Užívání tabáku - informace a pracovní postup pro sestry" (2021), viz <https://www.slzt.cz/doporucene-postupy>. Využíváme krátkou intervenci podle schématu "DIK" - tato zkratka znamená: Dotaz na užívání tabákového výrobku. Informace - stručné a jasné doporučení přestat kouřit či užívat jiný tabákový výrobek a informovat o možnostech léčby, pacientovi empaticky, ale jasně doporučit přestat kouřit nebo užívat tabákový výrobek a informovat o možnostech léčby. Kontakty - předání kontaktů na specializovaná pracoviště. Interní klinika FN Motol má nejen ambulanci pro příjem pacientů, ale i několik odborných ambulancí: podiatrie, nefrologie, obezitologie, nutriční poradna, cévní a lipidová poradna, dále ambulance echokardiografie - kardiologické poradny a ambulance sonografie. Podle časových možností s pacienty probíráme jejich nejčastější kuřácké situace, možnosti, jak se jim vyhnout, možný výskyt abstinčních příznaků a druhy léčby. K intenzivní intervenci odesíláme pacienty do Centra pro závislé na tabáku při Pneumologické klinice naší nemocnice. Tento postup je podpořen členstvím FN Motol v Evropské síti nekuřáckých nemocnic, která je součástí sítě Nemocnic podporujících zdraví (Health Promoting Hospitals, [www.hphnet.org](http://www.hphnet.org)).

**Výsledky:** Budeme prezentovat výsledky této činnosti v ambulancích interní kliniky FN Motol: aplikaci krátké intervence u kuřáků, ukázky letáků, které obdrželi a doporučení webové stránky Společnosti pro léčbu závislosti na tabáku [www.slzt.cz](http://www.slzt.cz), kde jsou kontakty na specializovaná pracoviště v celé ČR, aby si mohli vyhledat možnosti v oblasti svého bydliště.

**Závěr:** Dotaz sestry na kouření a doporučení přestat by mělo zaznít při každém klinickém kontaktu s pacientem. Krátká intervence sester u kuřáků je důležitou součástí moderní a kvalitní ošetrovatelské péče, ačkoli může zabrat i jen několik desítek vteřin. Tato intervence by se měla stát rutinní intervencí v běžném provozu všech zdravotnických zařízení. Sestry tak mohou svými znalostmi a schopnostmi přispět ke snížení počtu nejrůznějších onemocnění a jejich komplikací.

### **Klíčová slova:**

*Kouření; Krátká intervence; Role sestry*

**SHORT INTERVENTION BY NURSES WITH SMOKERS IN SPECIALIST AMBULATIONS OF DEPARTMENT OF INTERNAL MEDICINE, SECOND FACULTY OF MEDICINE, CHARLES UNIVERSITY AND MOTOL UNIVERSITY HOSPITAL**

**Introduction:** Smoking is an important risk factor for the development of cardiovascular, respiratory and tumor diseases and many other diseases. In the Czech Republic, 15-17,000 people die prematurely each year as a result of smoking. The recommendation to stop smoking and the offer of treatment is one of the most important interventions in clinical practice. Tobacco addiction is a chronic, relapsing and fatal disease, as well as in the case of other diseases, diagnosis and treatment are also needed in this case.

**Methodology:** In the Outpatient Department of Internal Medicine, we ask about smoking in the form of a short standardized questionnaire. We apply the recommended procedure "Tobacco use - information and work procedure for nurses" (2021), see <https://www.slzt.cz/doporucene-postupy>. We use a short intervention according to the "DIK" scheme - this abbreviation means: Inquiry about the use of a tobacco product. Information - brief and clear recommendations to stop smoking or using another tobacco product and inform about treatment options, empathetically but clearly recommend to the patient to stop smoking or using a tobacco product and inform about treatment options. Contacts - transfer of contacts to specialized workplaces. The Motol Department of Internal Medicine has not only an outpatient clinic for receiving patients, but also several specialized outpatient clinics: podiatry, nephrology, obesitology, nutritional counseling, vascular and lipid counseling, as well as an echocardiography clinic - cardiology clinics and a sonography clinic. Depending on the time available, we discuss with patients their most frequent smoking situations, options for avoiding them, possible occurrence of withdrawal symptoms and types of treatment. For intensive intervention, we send patients to the Center for Tobacco Dependents at the Pulmonology Clinic of our hospital. This procedure is supported by FN Motol's membership in the European Network of Non-Smoking Hospitals, which is part of the Health Promoting Hospitals network ([www.hphnet.org](http://www.hphnet.org)).

**The results:** We will present the results of this activity in the ambulances of the Department of Internal Medicine: the application of a short intervention for smokers, samples of the leaflets they received and recommendations for the website of the Society for the Treatment of Tobacco Addiction [www.slzt.cz](http://www.slzt.cz), where there are contacts for specialized workplaces throughout the Czech Republic to they could search for options in their area of residence.

**Conclusion:** The nurse's question about smoking and advice to stop should be heard at every clinical contact with the patient. A short intervention by nurses for smokers is an important part of modern and high-quality nursing care, although it may take only a few tens of seconds. This intervention should become a routine intervention in the normal operation of all medical facilities. With their knowledge and skills, nurses can contribute to reducing the number of various diseases and their complications.

**Keywords:**

*Smoking; Brief intervention; The role of the nurse*

**Korespondenční adresa:**

Bc. Vladislava Felbrová  
Interní klinika 2. LF UK a FN Motol  
V úvalu 84/1  
150 06 Praha 5 – Motol  
[Vladislava.Felbrova@fnmotol.cz](mailto:Vladislava.Felbrova@fnmotol.cz)

## **JAK SE VYZNAT V DYSLIPIDEMII A HYPOLIPIDEMIKÁCH**

Koláčná Tereza

Fakultní nemocnice v Motole, Neurologická klinika 2. LF UK a FN Motol

V příspěvku jsou shrnuty základní údaje o dyslipidemii jako jedné z hlavních příčin cévní mozkové příhody. Dále se věnuje druhům hypolipidemik, jejich základní charakteristice a specifikám jejich podávání. Poslední část sdělení je věnovaná novým přípravkům k léčbě dyslipidemie.

### ***Klíčová slova:***

*Dyslipidemie; Hypolipidemika; Prevence*

### **Korespondenční adresa:**

Mgr. Tereza Koláčná

Neurologická klinika 2. LF UK a FN Motol

V úvalu 84/1

150 06 Praha 5 – Motol

[tereza.kolacna@fnmotol.cz](mailto:tereza.kolacna@fnmotol.cz)

## ZMAPOVANIE FAKTOROV OVPLYVŇUJÚCICH KARDIOVASKULÁRNE RIZIKO PACIENTOV S KORONÁRNYM SYNDRÓMOM

Bálint Gabriel (1,2), Slezáková Zuzana (2)

1 - Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, a.s., Oddelenie akútnej kardiológie, Bratislava

2 - Slovenská zdravotnícka univerzita, Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií

### **Abstrakt:**

**Ciele:** Zmapovať percentuálny podiel odpovedí v skúmaných doménach; overiť hodnoty vybraných antropometrických a biologických parametrov; prevalenciu arteriálnej hypertenzie, diabetu mellitus a užívanie tabaku.

**Metódy:** V pilotnej prierezovej štúdií sme na 200 hospitalizovaných pacientoch s koronárnym syndrómom použili slovenskú verziu štandardizovaného dotazníka Coronary Artery Disease Education Questionnaire (CADE-Q II) zameraného na domény: zdravotný stav, rizikové faktory, cvičenie, výživa a psychosociálne riziko. Dotazník obsahuje 31 uzavretých položiek; maximálne dosiahnuteľné skóre je 93. Ďalej sme overovali hodnoty vybraných antropometrických a biologických parametrov; zisťovali prevalenciu arteriálnej hypertenzie, diabetu mellitus a užívanie tabaku. Zber dát prebiehal od júla 2021 do mája 2024 na Národnom ústave srdcových a cievnych chorôb a v Kardiocentre Nitra v Slovenskej republike.

**Výsledky:** Na základe analýzy získaných dát CADE-Q II pacienti získali hodnotu celkového skóre  $61,39 \pm 11,2$  SD z 93; tiež získali úplne správne odpovede v doménach zdravotný stav 53,4 %; rizikové faktory 47,7 %; cvičenie 65,4 %; výživa 49,4 %; psychosociálne riziko 64,6 %. Súbor tvorilo 54,5 % pacientov so STEMI; 45,5 % s NSTEMI; 20,5 % malo diabetes mellitus; 66,5 % arteriálnu hypertenziu; 36 % bolo pravidelných fajčiarov. Hodnota obvodu pása v skupine mužov bola  $104,88 \pm 11,94$  SD cm; žien  $93,93 \pm 11,85$  SD cm; hodnota BMI v skupine mužov bola  $28,76 \pm 4,26$  SD; žien  $27,15 \pm 4,86$  SD. Priemerný vek bol  $57,73 \pm 8,97$  SD rokov; súbor tvorilo 77 % mužov; 23 % žien.

**Záver:** Európska kardiologická spoločnosť považuje rolu sestry a intervencie vedené sestrami v rámci multidisciplinárnej spolupráce odborníkov zaoberajúcich sa preventívnou kardiológiou za dôležitú. Výsledky štúdií EUROACTION (2008), CAM-2-Project (2010), RESPONSE (2017) poukazujú na manažment rizikových faktorov vedený sestrami. Manažment rizikových faktorov a intervencie vedené sestrami zlepšujú adhérenciu k liečbe, rovnako zlepšujú postoj pacientov ku kardioprotektívnej životospráve. Dotazník CADE-Q II svojim zameraním overuje vedomosti pacientov, poskytuje základ pre edukáciu, efektívne informovanie a podporu vedomostí sekundárnej prevencie.

### **Kľúčové slová:**

*Rizikové faktory; Kardiovaskulárne riziko; Podpora vedomostí; Sekundárna prevencia; Koronárny syndróm*

## **MAPPING FACTORS INFLUENCING CARDIOVASCULAR RISK IN PATIENTS WITH CORONARY SYNDROME**

**Aims:** To map the percentage of responses in the domains studied; to validate the values of selected anthropometric and biological parameters; the prevalence of arterial hypertension, diabetes mellitus and tobacco use.

**Methods:** In a pilot cross-sectional study of 200 hospitalized patients with coronary syndrome, we used the Slovak version of the standardized Coronary Artery Disease Education Questionnaire (CADE-Q II), focusing on the domains of health status, risk factors, exercise, nutrition, and psychosocial risk. The



questionnaire contains 31 closed-ended items; the maximum achievable score is 93. We further validated the values of selected anthropometric and biological parameters; the prevalence of arterial hypertension, diabetes mellitus, and tobacco use were investigated. Data collection was from July 2021 to May 2024 at the National Institute of Cardiovascular Diseases and Cardiocentre in Nitra, Slovak Republic.

**Results:** Based on the analysis of the CADE-Q II data, the patients obtained a total score of  $61.39 \pm 11.2$  SD out of 93; they also obtained completely correct answers in the domains of health status 53.4%; risk factors 47.7%; exercise 65.4%; nutrition 49.4%; psychosocial risk 64.6%. The population consisted of 54.5% patients with STEMI; 45.5% with NSTEMI; 20.5% had diabetes mellitus; 66.5% had arterial hypertension; 36% were regular smokers. The waist circumference value of men was  $104.88 \pm 11.94$  SD cm; of women was  $93.93 \pm 11.85$  SD cm; the BMI value of men was  $28.76 \pm 4.26$  SD; of women was  $27.15 \pm 4.86$  SD. The mean age was  $57.73 \pm 8.97$  SD years; the population was 77% male; 23% female.

**Conclusion:** The European Society of Cardiology considers the role of the nurse and nurse-led interventions within a multidisciplinary collaboration of preventive cardiology professionals to be important. The results of the EUROACTION (2008), CAM-2-Project (2010), RESPONSE (2017) studies point to nurse-led risk factor management. Risk factor management and nurse-led interventions improve adherence to treatment, as well as improve patients' attitudes towards a cardioprotective lifestyle. The CADE-Q II questionnaire, with its focus on patients' knowledge, providing a basis for education, effective information and promoting knowledge of secondary prevention.

**Keywords:**

*Risk factors; Cardiovascular risk; Promoting knowledge; Secondary prevention; Coronary syndrome*

**Kontaktná adresa:**

PhDr. Gabriel Bálint

NÚSCH, a.s., Oddelenie akútnej kardiológie - koronárna starostlivosť

Pod Krásnou hôrkou 1

833 48

Bratislava 37

[gabriel.balint@nusch.sk](mailto:gabriel.balint@nusch.sk)

## HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA PO BARIATRICKÉ OPERACI

Plochá Kateřina (1), Karnosová Petra (2)

1 - Fakultní nemocnice Plzeň, Oddělení klinické dietologie,

2 - Fakultní nemocnice Plzeň, II. interní klinika

### **Abstrakt:**

**Cíle:** Hlavním cílem je zjištění vlivu bariatrické operace na kvalitu života pacientů. Pro naplnění hlavního cíle jsou stanoveny 3 dílčí cíle: Zjistit, jak respondenti hodnotí vlastní zdraví nyní ve srovnání se stavem před bariatrickou operací; zjistit, zda některý bariatrický výkon ovlivňuje kvalitu života více; zjistit další charakteristiky související s předoperačním a pooperačním režimem respondentů. Na základě cílů byly stanoveny 3 výzkumné otázky:

1. Jak respondenti hodnotí jednotlivé dimenze dotazníku SF-36 v závislosti na typu bariatrického výkonu?
2. Po kterém bariatrickém výkonu udávají respondenti vyšší průměrné skóre celkového fyzického a duševního zdraví?
3. Koreluje váhový úbytek 3 měsíce po operaci s předoperační hmotností respondentů?

**Metody:** Je použito kvantitativní výzkumné šetření za pomoci anonymního dotazníku. Kvalita života je vyhodnocena pomocí standardizovaného dotazníku SF-36 (Short Form 36 Health Survey Questionnaire). Do šetření bylo zařazeno celkem 71 respondentů, kteří podstoupili bariatrický zákrok (sleeve gastrektomie nebo gastrický bypass) před více než 3 měsíci a zároveň méně než 2 lety.

**Výsledky:** Většina respondentů (92,9 %) hodnotí své zdraví jako poněkud lepší nebo mnohem lepší než před operací. Respondenti po sleeve gastrektomii hodnotí průměrně svou kvalitu života v jednotlivých dimenzích pozitivněji, než respondenti po gastrickém bypassu. Bylo zjištěno, že respondenti po sleeve gastrektomii také udávají statisticky významně vyšší celkové fyzické zdraví ( $p = 0,034$ ) i duševní zdraví ( $p = 0,015$ ). Navíc lze z analýzy také usuzovat, že statisticky významně koreluje tělesná hmotnost před operací a 3 měsíce po operaci ( $p < 0,001$ ).

**Závěr:** Fyzické aspekty zotavení po bariatrické operaci jsou vnímány pozitivněji než aspekty duševní, což vyzdvihuje význam komplexní péče o pacienta zahrnující psychologickou podporu. Z výsledků vyplývá, že bariatrická operace pozitivně ovlivňuje vnímání vlastního zdraví a kvalitu života.

**Klíčová slova:** Bariatrická chirurgie; Gastrický bypass, Kvalita života; Obezita; SF-36; Sleeve gastrektomie; Výživa

## ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE AFTER BARIATRIC SURGERY

**Aims:** The main aim is to determine the effect of bariatric surgery on the patients' quality of life. To fulfill the main objective, 3 sub-objectives are set. Based on the objectives of the study, 3 research questions are established:

1. How do respondents rate each dimension of the SF-36 questionnaire, depending on the type of bariatric surgery?
2. After which kind of bariatric procedure do respondents report higher mean scores for overall physical and mental health?
3. Does the weight loss 3 months after surgery correlate with respondents' preoperative weight?

**Methods:** The anonymous questionnaire is used for the quantitative research. Quality of life is assessed using the standardized SF-36 (Short Form 36 Health Survey Questionnaire). A total of 71 patients who

underwent bariatric surgery (sleeve gastrectomy or gastric bypass) more than 3 months and less than 2 years ago are included in the survey.

**Results:** The majority of respondents (92.9 %) rated their health as somewhat better or much better than before surgery. On average, respondents after sleeve gastrectomy rated their quality of life more positively on each dimension than respondents after gastric bypass. It was found that respondents after sleeve gastrectomy also reported statistically significantly higher overall physical health ( $p = 0.034$ ) and mental health ( $p = 0.015$ ). In addition, the analysis also suggests that body weight before surgery and 3 months after surgery are statistically significantly correlated ( $p < 0.001$ ).

**Conclusion:** The physical aspects of recovery after bariatric surgery are perceived more positively than the mental aspects, highlighting the importance of comprehensive patient's care including the psychological support. The results suggest that bariatric surgery positively influences the perception of one's own health and quality of life.

**Keywords:**

*Bariatric surgery; Gastric bypass; Nutrition; Obesity; Quality of life; SF-36; Sleeve gastrectomy*

**Korespondenční adresa:**

Bc. Kateřina Plochá, DiS.  
Oddělení klinické dietologie  
Fakultní nemocnice Plzeň  
Edvarda Beneše 1128/13  
301 00 Plzeň  
[plochak@fnplzen.cz](mailto:plochak@fnplzen.cz)

## EDUKÁCIA A JEJ VPLYV NA SELFMANAŽMENT U PACIENTA

Magurová Dagmar (1), Majerníková Ľubomíra (1), Obročníková Andrea (1), Tkáčová Ľubomíra (1), Galdunová Helena (2)

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

2 - Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra pôrodnej asistencie

### **Súhrn:**

**Úvod:** Prevalencia chronických ochorení neustále stúpa. Efektívna edukačná činnosťou sestier a preventívne intervencie predstavujú pre pacienta motiváciu, ako aj posilňovanie jeho dôvery v účinnosť liečby. V praxi to znamená vytvorenie efektívneho edukačného programu s priamou účasťou pacienta na jeho liečbe, aktívnej spolupráci zdravotníkov, pacientov a ich blízkych, holistický prístup a self – management. Úroveň napr. diabetickej sebaopatery je výrazne podmienená aj edukáciou a adhérenciou vo vzťahu k ochoreniu a dodržiavaniu špecifických odporúčaní. **Cieľ:** Príspevok vznikol v rámci projektu KEGA č. 015PU-4/2024 „Aplikácia nových metód vo výučbe budúcich zdravotníckych pracovníkov pre zlepšenie selfmanažmentu pacientov k svojmu zdraviu“. Výskumným zámerom projektu je validácia Partners in Health škály (PIH). Aplikácia meracieho nástroja PIH umožní odhad úrovne požadovaných vedomostí, postojov a správania sa v rámci sebaopatery a selfmanažmentu u pacientov s chronickými ochoreniami. **Záver:** Verifikovaný nástroj PIH a jeho implementácia do praxe poslúži k aplikácii nových metód vo výučbe budúcich zdravotníckych pracovníkov pre zlepšenie selfmanažmentu pacientov. V súčasnosti neexistuje validný nástroj určený k posúdeniu úrovne selfmanažmentu u pacientov s chronickým ochorením na Slovensku, ktorý by zohľadňoval špecifiká ich potrieb, a najmä participáciu samotného pacienta na liečbe svojho ochorenia.

### **Kľúčové slová:**

Chronické ochorenie; Edukácia; Inovácia vzdelávania; Meracie a hodnotiace nástroje; Selfmanagement; Ošetrovateľstvo

## EDUCATION AND ITS IMPACT ON PATIENT SELF- MANAGEMENT

### **Summary:**

**Introduction:** the prevalence of chronic diseases is steadily increasing. Effective nurse education and preventive interventions provide motivation for the patient as well as boosting their confidence in the effectiveness of treatment. In practice, this means the development of an effective educational programme with direct patient participation in their treatment, active collaboration between health professionals, patients and their relatives, a holistic approach and self-management. The level of e.g. diabetic self-care is also strongly conditioned by education and adherence in relation to the disease and adherence to specific recommendations. **Aim:** The paper was written within the KEGA project No. 015PU-4/2024 "Application of new methods in teaching of future health care professionals for improving self-management of patients towards their health". The research aim of the project is the validation of the Partners in Health scale (PIH). The application of the PIH measurement tool will enable the estimation of the level of required knowledge, attitudes and behaviours in self-care and self-management in patients with chronic diseases. **Conclusion:** The validated PIH tool and its implementation in practice will serve to apply new methods in the teaching of future health professionals for improving patients' self-management. Currently, there is no valid instrument designed to assess the level of self-management in patients with chronic diseases in Slovakia, which would take into account the specifics of their needs, and in particular the participation of the patient in the treatment of their disease.

### **Key words:**

Chronic disease; Education; Eaching innovation; Measurement and assessment tools; Self-management; Nursing

## Úvod

Civilizačné ochorenia predstavujú podľa štatistických ukazovateľov v dlhodobom horizonte najčastejšie príčiny zvýšenej mortality a morbidity vo svete. V súčasnosti dochádza k zvýšenej prevalencii chronických ochorení v populácii a preto je nutné venovať sa problematike komplementárnych nelekárskych prístupov, ktoré môžu zlepšiť kvalitu života pacientov. Zníženie rizika a zlepšovanie výsledkov zdravotného stavu nemôže závisieť len od konania zdravotníckych pracovníkov, od úrovne edukácie, ale rovnako aj od konania pacienta. Výskumným zámerom projektu KEGA č. č. 015PU-4/2024 „Aplikácia nových metód vo výučbe budúcich zdravotníckych pracovníkov pre zlepšenie selfmanažmentu pacientov k svojmu zdraviu“ je vykonať validáciu PIH škály (reliabilita a konštruktová validita nástroja), s cieľom získať štandardizovaný merací nástroj na stanovenie úrovne selfmanažmentu vlastného zdravia, ktorý nachádza svoje uplatnenie aj v preventívnej zložke zdravotnej starostlivosti so sociokultúrnou adaptáciou v našich podmienkach. Nakoľko sme v prvom roku riešenia projektu, vychádzame z teoretických východísk zameraných na edukáciu, meracie nástroje zdravotnej uvedomelosti a podpory zdravia, problematiku kompliance a adherencie, ktoré umožnia študentom porozumieť danej téme a budú rozvíjať ich partnerský prístup na participácii pacienta o svoje zdravie.

## Mortalita chronických ochorení

Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) pravidelne zverejňuje štatistické údaje týkajúce sa tzv. Non-Communicable Diseases (NCD), teda neprenosných, respektíve chronických ochorení. Na uvedené ochorenia každoročne zomiera až 40 miliónov ľudí, čo je 70% všetkých úmrtí na celom svete (NCD, 2018). Aktuálne dáta vykazujú, že každoročne zomiera 15 miliónov ľudí vo veku od 30 do 69 rokov na dopady chronických ochorení, viac ako 80% týchto „predčasných“ úmrtí sa vyskytuje v krajinách s nízkymi a strednými príjmami. Mortalita na kardiovaskulárne ochorenia predstavuje až 17,7 miliónov ľudí ročne, na onkologické ochorenia je to 8,8 miliónov, ochorenie dýchacích ciest predstavujú 3,9 miliónov a **diabetes mellitus 1,6 miliónov úmrtí** (Banzon, 2018; WHO, 2019).

## Compliance a adherencia vo vzťahu k edukácii pacienta s chronickým ochorením

Efektívnou edukačnou činnosťou dokážeme významným spôsobom preventívne pôsobiť na následky chronických ochorení, zlepšiť ich prognózu, a v konečnom dôsledku zvýšiť kvalitu života pacientov. Podpora managementu seba samého splnomocňuje a adekvátnym spôsobom usmerňuje pacientov pre manažovanie ich zdravia a zdravotného stavu (Valachovičová et al., 2014). Integrácia najlepších vedeckých dôkazov s klinickou skúsenosťou, spoločne s názorom a očakávaním pacienta, umožňuje vytvoriť ideálny model starostlivosti o jednotlivca (Gurková 2011). Pre hodnotenie self-managementu je možné použiť škálu Partners In Health (PIH), ktorá vychádza zo základného princípu vytvorenia partnerského vzťahu medzi pacientom a zdravotníkom. PIH škála bola vytvorená Flinderskou Univerzitou v Austrálii v rámci Flinderského programu pre posúdenie self-managementu v centrách zdravia (Battersby et al., 2003). PIH škála zasahuje do rôznych oblastí osobnosti jedinca, čo koreluje so všeobecne definovaným zameraním ošetrovateľstva, ktoré zasahujú vo svojej komplexnosti do oblasti sociálnej, výchovnej a **edukačnej**. **Self-management** je multidimenzionálny konštrukt, ktorý je vnímaný ako schopnosť jedinca ovládať príznaky klinického obrazu, liečebný režim, somatické, psychické a sociálne dôsledky ochorenia a všetky životné zmeny súvisiace s ochorením. Sebariadenie a sebakontrola majú vplyv na správanie pacienta, ktoré následne pozitívne ovplyvňuje aktívny podiel na denných aktivitách (Kamradt et al., 2014, Luo X, et al., 2015). Celkové posúdenie pacientovho vnímania **chronického ochorenia** a liečby je základným predpokladom účinného vykonávania *terapeutických, edukačných alebo poradenských intervencií*. Pri chronických ochoreniach, akým je aj DM je veľmi dôležitým faktorom dosiahnuť u edukanta **poddajnosť (compliance)** voči liečbe a liečebným odporúčaniam. **Compliance** pojednáva o akceptovaní, dodržiavaní, vyhovení, splnení, o spolupráci, či ochote, motivácií, dokončení odporúčaných vyšetrení a dodržiavaní diéty, ako aj ďalších pokynov. Ďalším dôležitým faktorom pre aktívnu spoluprácu je podpora rodiny a príbuzných. **Non - compliance znamená porušenie alebo nedodržiavanie liečebného režimu, nespolupráca pacienta pri liečbe**. Je dôležité ovšem aj z hľadiska edukácie rozlišovať či ide o *úmyselnú*

*non-compliance* alebo *neúmyselnú non compliance*. Pojem *compliance* sa čoraz častejšie nahrádza termínom **konkordancia**, kedy ide o obojstrannú spoluprácu medzi pacientom a sestrou, lekárom. Pacient sa tak stáva rovnocenným partnerom, má právo vyjadriť svoj názor. Je definovaná ako: „*partnerstvo medzi pacientom a poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, v ktorom je dosiahnutá zhoda v otázke, či a ako majú byť lieky užívané*“ (Magurová, Majerníková, 2016). **Adherencia**, podľa Křivohlavého (2000. In Magurová, Majerníková, 2016) znamená: „*pevne sa držať, verne rešpektovať to, čo mi bolo prikázané a v tom zmysle potom dodržiavať a zachovávať príkazy lekára*“. Ide o dodržiavanie liečebného režimu, spoluprácu pri užívaní liekov a vhodnej diéty. Rovnako dôležitá je spolupráca pri úprave životného štýlu. **Adherencia pojednáva o aktívnej spolupráci pacienta zatiaľ čo pri compliance je spolupráca pacienta pasívna. Chronickí chorí** v závislosti od ochorenia vyžadujú vytrvalosť a značnú disciplínu. Preto nevyhnutným predpokladom je adherencia a compliance. U chronickí chorých sledujeme veľké rozdiely v postoji k chorobe, ktoré musíme pri edukácii rešpektovať. Pri edukácii je potrebné ponúkať riešenia a motivovať pacientov k žiadanej zmene správania. Pri edukácii je vhodné uplatniť *model centralizácie pacienta* založený na: autonómii; participácii pacienta; edukácii a práci s pacientom; splnomocnení a prenesení zodpovednosti na pacienta; aktivite pacienta; nezávislosti a definovaní potrieb pacientom. Dôležité je mať na pamäti, že isté **faktory môžu účinnosť edukácie ovplyvniť. Ide najmä o faktory** ktorými sú *kompliancia, konkordancia, motivácia, pohotovosť, spätná väzba, opakovanie* kľúčových pojmov a faktov, *logicky zostavený učebný materiál, ako aj optimálne prostredie* (Magurová, Majerníková 2022).

### **Vplyv edukácie na úroveň sebaopatery, sebakoncepcie a selfmonitoringu u pacienta s DM**

Edukácia pacienta s DM o kontrole vlastného ochorenia je rozsiahly proces, ktorý zahŕňa oveľa viac, ako len pomoc pacientom pri monitorovaní hladiny glukózy v krvi a zvyšovaní compliance s terapiou. V zahraničnej literatúre sa často stretávame s edukáciou zameranou na selfmanažment ochorenia- diabetes selfmanagement education (DSME). Problematiku edukácie diabetika v selfmanažmente ochorenia považujeme za jednu z najprioritnejších. S týmto termínom súvisí pojem **diabetická sebaopatera** (Diabetic Self-Care), súvisiaca s bežnými pre diabetika špecifickými aktivitami ako je diéta, pohyb, dodržiavanie farmakoterapie, selfmonitoring glykémie, kontroly hmotnosti a udržiavanie psychickej pohody (Anderson, Pibernik – Okanovic, 1999). Prostredníctvom edukácie a reedukácie, by mal každý diabetik, disponovať vedomosťami a zručnosťami, ktoré mu poskytnú diabetickú sebaopateru. Diabetická sebaopatera sa opiera o schopnosť pacienta vykonávať komplexnú starostlivosť a rutinné činnosti súvisiace s jeho chorobou. Edukácia diabetika sa pokladá za faktor rovnocenný s liečbou. Prenos informácií je však iba jedným krokom. **Konečným cieľom je zmena v správaní.** Je potrebné si uvedomiť, že vedieť neznamená ešte odporučené veci aj robiť. Výskumné štúdie potvrdzujú, že vedomosti a zručnosti pacienta súvisiace s ochorením majú významný dopad na terapeutické výsledky (Wingard 2005). Efektívna edukácia diabetikovi pomáha zaujať správny postoj k jeho sice nevyliciteľnej, ale predsa dobre kompenzovateľnej chorobe (Majerníková, Magurová 2017).

Termín celková **sebakoncepcia** označuje združenie názvov a pojmov, ktoré jedinec vzťahuje na seba. Ide o najkomplexnejší opis, ktorý môžu o sebe jednotlivci poskytnúť v ktoromkoľvek čase (Kozierová, Erbová, Olivierová 1995). **Prejavmi narušenej sebakoncepcie** aj u pacienta s DM môžu byť neschopnosť robiť rozhodnutia, sebaopodceňovanie, sociálna izolácia, závislosť od mienky iných, ale aj chorobné prejedania sa, poškodzujúce správanie sa.

### **Posudzujeme jednotlivé zložky sebakoncepcie:**

- **Obraz tela** - ako sa pacient vníma po telesnej stránke (body image), môže byť narušený aj pri DM. Napr.: nosenie inzulínovej pumpy, pri chronických komplikáciách- viditeľné kožné zmeny, zhoršený zrak, ortopedická obuv, amputácia atď.
- **Výkon role** alebo jej zvládnutie znamená, že jedinec koná v súlade s očakávaniami spoločnosti. Zlyhanie v zvládnutí role má za následok frustráciu, pocit neschopnosti, často s následkom zníženia sebaúcty. U diabetika môže byť výkon role ovplyvnený aktuálnym zdravotným stavom, prípadne prognózou zdravotného stavu.

- **Osobná identita**- identita vlastného „ja“ vytvára trvalý pocit individuality a unikátnosti, ktorý sa priebežne vyvíja počas celého života.
- **Sebaúcta**(self-esteem) - vyjadruje emocionálny vzťah jedinca k sebe samému, ako si sám seba váži, akú má k sebe úctu (Kozierová, Erbová, Olivierová 1995).

U pacienta s DM je dôležité, aby **svoje poznatky, zručnosti a vôľové schopnosti nasmeroval k hlavnému cieľu - glykemickej kontrole**. K tomu je nutné vlastné pôsobenie pacienta (self-efficacy), čím rozumieme vlastné presvedčenie jedinca o svojej schopnosti uskutočniť svoj vlastný manažment diabetickej starostlivosti. Pre dobrú kompenzáciu glykémie je potrebné, aby pacient disponoval aj vplyvom **sebaopatery** (self-care agency) - schopnosťou uskutočniť aktivity súvisiace so sebaopaterou. Medzi dôležité súčasti monitorovania zdravotného stavu patrí samovyšetrenie diabetikov, čiže selfmonitoring, ktorý má nenahraditeľnú úlohu v prevencii komplikácii tejto choroby. **Selfmonitoring zahŕňa**: kontrolu glykémie, kontrolu glykozúrie, kontrolu ketonúrie. **Frekvencia selfmonitoringu by mala zohľadňovať niekoľko faktorov**: typ liečby, úroveň kompenzácie diabetu; riziká vzniku hypoglykémii, pridružené akútne i chronické ochorenie; potrebu často prispôbovať liečbu; iné situácie- príprava na tehotenstvo, gravidita, stavy po úraze, predoperačná príprava, pooperačná starostlivosť a pod.

#### Edukáciu chorého s DM môžeme rozčleniť na 3 obdobia:

- Diagnostikovanie ochorenia- diabetes mellitus a krátko po ňom: najdôležitejšie sú informácie, ktoré sú potrebné k zvládnutiu novej situácie.
- Niekoľko mesiacov po diagnostikovaní diabetes mellitus: chorý a jeho rodina sa stretáva s rôznymi problémami, edukácia je zameraná na ich riešenie a predchádzanie komplikácií.
- Dlhodobá starostlivosť: posilňuje a prehľbuje už získané vedomosti a zručnosti, zameriava sa na nové problémy, chronické komplikácie a pod. (Francová, 2000).

**Náplň edukácie diabetikov liečených inzulínom** uvádzame v Tab.1

**Tab.1 Náplň edukácie diabetikov liečených inzulínom**

Témy		Obsah
1.	<b>Podstata DM1. a DM2. typu</b>	Podstata ochorenia, mechanizmus účinku inzulínu
2.	<b>Liečba diabetu inzulínom</b>	Praktický nácvik aplikácie inzulínu, doba pôsobenia, miesta vpichu, uskladňovanie inzulínu, taktika inzulínovej liečby, inzulínové režimy- konvenčné a nekonvenčné, inzulínové pumpy, perá
3.	<b>Selfmonitoring</b>	Selfmonitoring glykozúrie, glykémie, krvného tlaku, fyziologické hodnoty, renálny prah, vedenie záznamov glykémii a dávok inzulínu, praktické cvičenia, posúdenie kompenzácie diabetu, glykovaný hemoglobín, práca s glukomerom
4.	<b>Akútne komplikácie</b>	Hypoglykémia, hyperglykémia, ketoacidóza, príčiny, prevencia, príznaky, liečba
5.	<b>Liečba diétou</b>	Hlavné zásady, živiny, rozdelenie potravín podľa obsahu a druhu sacharidov, sladidlá, ekvivalenty obsahu sacharidov vrátane výmenných jednotiek, alkohol, tuky, praktické cvičenia, ukážky jedálnych lístkov, diétna liečba pri nadváhe a hyperlipoproteinémií, praktické cvičenia v odhade obsahu energie, tukov v potravinách, zostavovanie modelových jedálnych lístkov

6.	<b>Úprava režimu a dávok inzulínu</b>	Podľa glykémie, príjmu sacharidov v potravinách, fyzickej aktivity, úpravy inzulínu v zvláštnych situáciách, modelové situácie
7.	<b>Význam fyzickej aktivity v liečbe diabetu</b>	Význam fyzickej aktivity v liečbe diabetu, vhodné športy, úpravy inzulínu, vplyv fyzickej záťaže na hladinu glykémie
8.	<b>Psychologické problémy</b>	Ich vplyv na kompenzáciu diabetu, techniky, prevencia stresu, problematika motivácie
9.	<b>Diabetická noha</b>	Prevencia a liečba, vhodná obuv a oblečenie, hygiena a gymnastika nôh, pedikúra, denná kontrola chodidiel
10.	<b>Neskoré komplikácie</b>	Prevencia a liečba - diabetická retinopatia, nefropatia, neuropatia
11.	<b>Diabetická makroangiopatia</b>	Prevencia a liečba, hypertenzia, rizikové faktory ateroskleózy
12.	<b>Sociálne problémy diabetikov</b>	Zamestnanie, riadenie motorových vozidiel, zmenená pracovná schopnosť, laické organizácie diabetikov a pod.
13.	<b>Tehotenstvo a diabetes</b>	Tehotenstvo a diabetes, význam genetických faktorov, sexuálne problémy
14.	<b>Novinky</b>	Novinky v diagnostike a liečbe

#### Kvalitne realizovaná edukácia u pacienta s DM má za úlohu:

- zlepšiť kvalitu života, zlepšiť metabolickú kompenzáciu,
- znížiť prevalenciu neskorých komplikácií a spomaliť ich progresiu, znížiť invalidizáciu pacientov s DM,
- znížiť morbiditu, znížiť počet dní hospitalizácie, zlepšiť compliance pacientov,
- znížiť incidenciu nežiaducich účinkov liečby, znížiť spotreby medikamentov,
- znížiť incidenciu akútnych komplikácií,
- zachovať plnú práceschopnosť,
- pochopiť princíp ochorenia a terapie,
- vedieť identifikovať príznaky zhoršenia ochorenia a vzniku komplikácií v iníciaálnom štádiu,
- urobiť potrebné zmeny v životnom štýle,
- cieľom edukácie je aj pomáhať pacientom vyrovnávať sa s telesnou a duševnou záťažou vyplývajúcou z ich ochorenia.

Náplň edukačného programu pre diabetikov DM2T neliečených inzulínom uvádzame v Tab.2

Tab. 2 Náplň edukačného programu pre diabetikov DM2T neliečených inzulínom

Témy	Obsah	
1.	<b>Podstata DM2. typu</b>	Mechanizmus pôsobenia inzulínu a inzulínorezistencia
2.	<b>Selfmonitoring</b>	Selfmonitoring glykosúrií, glykémii a krvného tlaku, fyziologické hodnoty a obličkový prah, technika selfmonitoringu, samostatný nácvik, vedenie záznamov, posúdenie kompenzácie diabetu
3.	<b>Akútne komplikácie DM</b>	Hypoglykémia, hyperglykémia
4.	<b>Liečba diétou</b>	Redukčnou, diétou pri hyperlipidémií, redukovaná strava, praktické precvičovanie v odhade energie, obsahu tukov, sacharidov v potravinách, zostavovanie jedálnych lístkov
5.	<b>Liečba PAD</b>	Spôsob účinku, užívanie PAD, nežiadúce účinky



6.	<b>Diabetická noha</b>	Prevenca, liečba, druhy ochorení, neuropatie a cievne ochorenie, vhodná obuv a oblečenie, hygiena a gymnastika nôh, pedikúra, denná kontrola chodidiel
7.	<b>Fyzická aktivita</b>	Vhodné športy, individuálne programy zvýšenej fyzickej aktivity
8.	<b>Diabetická makroangiopatia</b>	Prevenca a liečba- rizikové faktory aterosklerózy, hypertenzie
9.	<b>Neskoré komplikácie</b>	Prevenca a liečba - diabetická retinopatia, nefropatia, neuropatia
10.	<b>Psychologické problémy</b>	Vplyv na kompenzáciu diabetu, techniky prevencie, liečby stresu, problematika motivácie
11.	<b>Novinky</b>	V diagnostike a liečbe diabetu, význam genetických faktorov, sexuálne problémy

### Nové prístupy v riešení predmetnej problematiky

**Programovať komplexnejšiu edukačnú starostlivosť** pre diabetika a jeho rodinu prostredníctvom edukačného tímu ako to odporúča AADE vo svojich štandardoch vo forme multidisciplinárneho tímu, ktorý zahŕňa vzájomnú spoluprácu diabetológov, dietológov, fyzioterapeutov, psychológov, farmakológov, oftalmológov, podiatrických pracovníkov, lekárov, sestry, sociálnych pracovníkov, psychológov a iných profesionálov. **V rámci ošetrovateľského procesu** vytvárať také podmienky, aby sa diabetik, príp. jeho rodina mohli stať aktívnymi účastníkmi svojej vlastnej liečby. Docieliť, aby pacient bol súčasťou edukácie a stanovoval ciele, priority plánu edukácie a aktívne sa podieľal na realizácii a vyhodnocovaní počas celého edukačného procesu. Je nevyhnutné, tak ako to navrhuje Saint Vincentska deklarácia, **vypracovať** na Slovensku **komplexné edukačné programy**.

### Edukácia má spĺňať nasledujúce kritériá:

- edukácia má prebiehať podľa definovaného edukačného programu,
- edukačný program má byť založený na zozname cieľov,
- edukačný program je potrebné aktualizovať podľa okolností,
- modifikácii podliehajú taktiež edukačné ciele, ktoré sú vysoko individuálne,
- je nevyhnutné vytvoriť edukačný program pre špeciálne skupiny diabetikov,
- taktiež program aj pre deti s DM, diabetikov s chronickými komplikáciami, tehotné diabetičky, starších diabetikov,
- potrebné je pravidelné vyhodnocovanie edukácie,
- žiadúce je vzdelávanie zdravotníckeho tímu aj o vhodných edukačných metódach (modifikované podľa Saint Vincentskej deklarácie).

### Záver

PIH škála je vhodným nástrojom pre hodnotenie self-managementu a je možné ju s úspechom aplikovať v rámci starostlivosti o pacientov s chronickým ochorením. Škála identifikuje oblasti rezerv self-managementu pacienta, čím umožní nasmerovanie aktívnej kooperácie medzi pacientom a poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, čo vo svojom výsledku vedie k zlepšeniu kvality života osoby s chronickým ochorením, DM nevynímajúc. Je žiaduce ako to poukazujú domáce ale aj zahraničné štúdie zvýšiť vedomosti a zručnosti diabetikov, nie len liečených inzulínom o **pozitívnom vplyve selfmonitoringu** na kompenzáciu ochorenia, prevenciu vzniku chronických komplikácií a celkové zlepšenie kvality života.

**Príspevok vznikol s podporou projektu KEGA č. 015PU-4/2024 „Aplikácia nových metód vo výučbe budúcich zdravotníckych pracovníkov pre zlepšenie selfmanažmentu pacientov k svojmu zdraviu“**

## Literatúra:

- ANDERSON, R. M., PIBERNIK-OKANOVIC, M. 1999. The patient empowerment approach to diabetes care. In *Diabetologia croatica*, 1999, vol. 4, p. 28 – 33. ISSN 0350-1892
- BANZON, E.P. Opinion: *Investing in NCD prevention to finance sustainable development*. Devex. 2018. [online]. [cit. 2024/04/03]. Available from: <<https://www.devex.com/news/opinioninvesting-in-ncd-prevention-to-finance-sustainable-development-92776>>
- BATTERSBY, M. et al. 2003. The Partners in Health scale: The development and psychometric properties of a generic assessment scale for chronic condition self-management. *Australian Journal of Primary Health*, 2003, vol. 9, no. 2-3, s. 41 – 52. ISSN 1448-7528
- FRANCOVÁ, H. 2000. Edukace dětského diabetika a jeho rodiny. In *Sestra*, 2000, roč. 10, č.3, s.10. ISSN 1212-0404
- GURKOVÁ, E. 2011. *Hodnocení kvality života pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1.vyd. Praha: Grada, 2011, 223 s. ISBN 978-80-247-3625-9.
- KAMRADT M, BOZORGMEHR K, KRISAM J, et al. 2014. *Assessing self-management in patients with diabetes mellitus type 2 in Germany: validation of a German version of the Summary of Diabetes Self-Care Activities measure (SDSCA-G)*. *Health and Quality of Life Outcomes* [online]. 2014;12(1):1-2.
- KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIERIOVÁ, R. 1995. *Ošetrovatelstvo 1. 2*. Martin: Osveta, 1995, 836 s. ISBN 80-217-0528-0.
- LUO X, et al. 2015. Factors Influencing Self-Management in Chinese Adults with Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 2015; 12(12):11304-11327.
- MAJERNÍKOVÁ, Ľ., MAGUROVÁ, D. 2017. *The effect of education on the level diabetic self-care among patients with diabetes mellitus type II on insulin treatment = Uticaj obrazovanja na nivo Samopomoć pacijenata, obolelim od Diabetes Mellitus Lečenja insulinom tip II*. 1. vyd. - Bački Petrovac: Srpsko razvojno udruženje, 2017, 179 s. ISBN 978-86-80394-11-4.
- MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ Ľ. 2016. *Teoretické východiská edukácie v zdravotníckej praxi*. Lipovce pri Prešove: A-print, 2016, 172 s. ISBN 978-80-89721-13-9.
- MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ Ľ. 2022. *Teoretické východiská edukácie v zdravotníckej praxi*. 2. rozš. vyd. - Prešov : Fakulta zdravotníckych odborov, 2022, 213 s. ISBN 978-80-555-2984-4.
- NCD. Noncommunicable diseases. *Global Health Observatory (GHO)*. Geneva: World Health Organization; 2018. [online]. [cit.2024/03/11]. Available from: <[http://www.who.int/gho/ncd/en/accessed\\_9 December 2018](http://www.who.int/gho/ncd/en/accessed_9_December_2018)>
- WHO. *Universal health coverage (UHC)*. 2019. [online]. [cit. 2024/04/06]. Available from: <[https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)) >
- VALACHOVIČOVÁ, M. et al. 2014. *Vybrané kardiovaskulárne markery v epidemiologickej štúdii. Životné podmienky a zdravie*. Bratislava: Úrad verejného zdravotníctva SR, 2014, s. 83-85. [online]. [cit. 2022/04/06]. Available from: <[https://zona.fmed.uniba.sk/fileadmin/lf/sucasti/Teoreticke\\_ustavy/Ustav\\_hygieny/Webpic/Zborniky/Z\\_PaZ\\_2014.pdf](https://zona.fmed.uniba.sk/fileadmin/lf/sucasti/Teoreticke_ustavy/Ustav_hygieny/Webpic/Zborniky/Z_PaZ_2014.pdf)>
- WINGARD, R. 2005. Patient education and the nursing process: meeting the patient s needs. In *Nephrology Nursing Journal*, 2005, vol.32, no 2, p. 211-215. ISSN 1526-744X

**Kontaktná adresa:**

PhDr. Dagmar Magurová, PhD., MPH  
Prešovská univerzita v Prešove  
Partizánska 1  
080 01 Prešov  
[dagmar.magurova@unipo.sk](mailto:dagmar.magurova@unipo.sk)

## MÜNCHHAUSENŮV SYNDROM BY PROXY U PACIENTA LÉČENÉHO PRO MEDULLOBLASTOM

Schramm Filip, Vejsadová Pavlína, Švojgr Karel, Víchová Jana

Fakultní nemocnice v Motole, Klinika dětské hematologie a onkologie 2. LF UK a FN Motol

### **Abstrakt:**

**Úvod:** Tato kazuistika se zaměřuje na případ pacienta s onkologickým onemocněním, který trpěl opakujícími se septickými stavy nejasného původu. Hloubkovým vyšetřením bylo odhaleno, že matka pacienta vykazuje známky Münchhausenova syndromu by proxy.

**Pacienti a metody:** Provedli jsme retrospektivní analýzu lékařské dokumentace pacienta s medulloblastomem, který byl léčen na naší onkologické klinice. Dokumentovali jsme jeho léčebný průběh, včetně opakujících se septických stavů.

**Výsledky:** Během sledování pacienta jsme zaznamenali opakované septické stavy, které vyvolaly podezření na neobvyklou situaci. Mikrobiologická analýza hemokultur odhalila přítomnost bakterií nejasného původu. Postupně jsme dospěli k závěru, že matka pacienta, která je psychiatrickou pacientkou, záměrně manipulovala s pacientovými vstupy, což vedlo k opakujícím se infekcím. Závěr: Tato kazuistika zdůrazňuje důležitost včasného rozpoznání Münchhausenova syndromu by proxy u rodičů nebo pečovatелů dětských pacientů. Identifikace této problematiky je klíčová pro poskytnutí adekvátní péče a ochrany pacienta. Spolupráce mezi zdravotnickými pracovníky, policií a orgány sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD) je nezbytná pro zajištění bezpečnosti a blaha pacienta. V tomto konkrétním případě byla matka převezena do psychiatrické nemocnice a pacient byl umístěn do dětského centra, kde obdržel potřebnou péči a ochranu.

### **Klíčová slova:**

*Manipulace s léčbou; Medulloblastom; Münchhausenův syndrom; Septické stavy*

## MÜNCHHAUSEN SYNDROME WOULD BE A PROXY FOR A PATIENT TREATED FOR MEDULLOBLASTOMA

**Introduction:** This case report focuses on a patient with oncological disease who suffered from recurrent septic episodes of unclear origin. Through in-depth investigation, it was revealed that the patient's mother exhibited signs of Munchausen syndrome by proxy.

**Patients and Methods:** We conducted a retrospective analysis of the medical records of a patient with medulloblastoma who was treated at our oncology clinic. We documented the course of his treatment, including the recurrent septic episodes.

**Results:** During the monitoring of the patient, we observed repeated septic episodes, which raised suspicion of an unusual situation. Microbiological analysis of blood cultures revealed the presence of bacteria of unclear origin. Gradually, we concluded that the patient's mother, who is a psychiatric patient, was intentionally manipulating the patient's medical inputs, leading to recurrent infections.

**Conclusion:** This case report highlights the importance of early recognition of Munchausen syndrome by proxy in parents or caregivers of pediatric patients. Identifying this issue is crucial to providing adequate care and ensuring the patient's protection. Collaboration between healthcare professionals, the police, and child protective services is essential to ensure the safety and well-being of the patient. In this particular case, the mother was transferred to a psychiatric hospital, and the patient was placed in a children's center where he received the necessary care and protection.

**Keywords:**

*Medulloblastoma; Munchausen syndrome; Septic episodes; Treatment manipulation*

**Korespondenční adresa:**

Mgr. Filip Schramm

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

Fakultní nemocnice v Motole

V úvalu 84/1

150 06 Praha 5 - Motol

[filip.schramm@fnmotol.cz](mailto:filip.schramm@fnmotol.cz)

## PLÁNOVÁNÍ PÉČE NA KONCI ŽIVOTA: DEAKTIVACE ICD

Lužová Eva (1), Bulava Alan (2)

1 - Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta,

2 - Nemocnice České Budějovice, Kardiologické oddělení

### Abstrakt:

**Druh studie:** Tento příspěvek je zpracován formou kvalitativního explorativního výzkumu zaměřeného na téma deaktivace implantabilních kardioverterů-defibrilátorů z pohledu plánování péče na konci života. Základem této studie jsou data získaná formou analýzy dostupných dokumentů. Výsledky jsou analyzovány za použití induktivního přístupu.

**Hlavní téma:** Zkoumání legislativních, kulturních a organizačních bariér, které omezují implementaci plánování péče na konci života, s ohledem na demografický vývoj populace a rostoucí počet pacientů s ICD. Studie postupně popisuje význam plánování péče na konci života v moderní paliativní péči, analyzuje výzvy spojené s deaktivací ICD u terminálně nemocných pacientů a pacientů v závěru života, dále zdůrazňuje potřebu zapojení zdravotnického personálu, zejména sester, do tohoto procesu.

**Posloupnost výkladu:** Studie je strukturovaná tak, že nejprve podrobně popisuje význam paliativní péče a rozebírá výhody, které přináší otevřená a včasná komunikace s pacienty a jejich rodinami o možnostech péče na konci života. Následují specifické výzvy spojené s deaktivací ICD. Studie rovněž diskutuje roli sester v tomto kontextu, protože právě ony mají často nejbližší kontakt s pacienty a jejich rodinami, ale zároveň je opomíjena jejich nezastupitelná role v péči o pacienty.

**Závěry:** Tato studie poukazuje na potřebu zvýšení povědomí o problematice deaktivace ICD v kontextu plánování péče na konci života. Toto téma souvisí s otázkou klidného a důstojného závěru života, která by měla být součástí otevřené a respektující diskuse mezi zdravotníky, pacienty a jejich rodinami. V moderní společnosti je však téma smrti často tabuizováno, což brání otevřené komunikaci o klíčových otázkách spojených s koncem života. Zvýšení povědomí a informovanosti v této oblasti je nezbytné pro to, aby péče o pacienty na sklonku života reflektovala jejich potřeby, přání a důstojnost, a aby byla poskytována v souladu s etickými a humánními principy moderní zdravotné péče.

### **Klíčová slova:**

*Deaktivace ICD; Moderní ošetřovatelství; Paliativní péče; Péče na konci života*

### **Korespondenční adresa:**

Mgr. et Mgr. Eva Lužová

Zdravotně sociální fakulta

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

J. Boreckého 1167/27

370 11 České Budějovice

[luzove00@jcu.cz](mailto:luzove00@jcu.cz)

## PSYCHICKÝ DISTRES U ŠTUDENTOV OŠETROVATEĽSTVA

Poliaková Nikoleta, Králová Eva, Švábiková Kristína

Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne, Fakulta zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva

### **Abstrakt:**

**Ciele:** Psychický distres je komplexný psychologický konštrukt zahŕňajúci rôzne aspekty negatívneho psychického prežívania, medzi ktoré patrí výskyt symptómov úzkosti, depresie a stresu. Psychický distres súvisí so znížením psychickej odolnosti voči záťažovým situáciám, ktorým sú študenti ošetrovateľstva vystavení nielen v súvislosti s požiadavkami vyplývajúcimi z výučby ale aj z aspektu výkonu ošetrovateľskej praxe v klinických podmienkach. Nevládnutie záťaže môže byť príčinou predčasného ukončenia štúdia a zníženia počtu absolventov v bakalárskom študijnom programe v odbore Ošetrovateľstvo. Cieľom štúdie bolo zistiť mieru výskytu symptómov depresie, stresu a úzkosti u študentov ošetrovateľstva a ich subjektívne vnímanie náročnosti požiadaviek súvisiacich so vzdelávaním.

**Metódy:** Štúdia mala prierezový dizajn. Metódou zberu dát bol štandardizovaný dotazník DASS 21 (Depression Anxiety Stress Scale) a otázky vlastnej konštrukcie. Dáta boli vyhodnocované na báze deskriptívnej štatistiky. Súbor tvorilo 180 respondentov zo 4 slovenských univerzít, ktorí spĺňali výberové kritériá: aktívne štúdium v odbore Ošetrovateľstvo, denná forma štúdia a bakalársky stupeň štúdia. Zber dát bol realizovaný v období február – marec 2024.

**Výsledky:** Výsledky prieskumu potvrdili výskyt symptómov depresie u 67,2 % respondentov, úzkosti u 72,2 % respondentov a stresu u 50,5 % respondentov. Zistili sme, že 51,7 % respondentov strávi na sociálnych sieťach 2 až 4 hodiny denne a minimálne 1 raz do mesiaca požíva alkohol 50 % študentov. Faktory, ktoré študenti na 5 bodovej škále hodnotili ako náročné a považovali ich za zdroje negatívnych pocitov boli: Nedostatok času na voľnočasové aktivity ( $x = 2,69$ ), pocit nedostatku času na osobný život a vzťahy ( $x = 2,66$ ), ústne skúšky ( $x = 2,58$ ), dĺžka vyučovania ( $x = 2,47$ ) a ústna prezentácia seminárnych prác ( $x = 2,36$ ). Z klinických faktorov dominovali: Vyžadované množstvo hodín praxe ( $x = 2,86$ ), negatívny prístup personálu ( $x = 2,6$ ), nedostatočné mentorstvo ( $x = 2,05$ ) a strach z robenia chýb pri ošetrovaní pacientov ( $x = 1,92$ ).

**Závery:** Prevalencia prejavov psychického distresu bola u študentov ošetrovateľstva na Slovensku vysoká ale zároveň porovnateľná s výsledkami zahraničných štúdií. Je potrebné, aby vzdelávacie inštitúcie implementovali cieľné opatrenia na podporu duševného zdravia a zvyšovanie odolnosti voči záťaži u študentov ošetrovateľstva v akademickom i klinickom prostredí.

### **Kľúčové slová:**

*Duševné zdravie; Psychický distres; Študenti ošetrovateľstva; DASS-21; Podpora*

## PSYCHOLOGICAL DISTRESS IN NURSING STUDENTS

**Objectives:** Psychological distress is a complex psychological construct that includes various aspects of negative psychological experience, including the occurrence of symptoms of anxiety, depression and stress. Psychological distress is related to a decrease in psychological resistance to stressful situations to which undergraduate nursing students are exposed not only in connection with the requirements arising from teaching but also from the aspect of performing nursing practice in clinical conditions. Inability to cope with the workload is often the cause of early graduation and a decrease in the number of graduates in the bachelor's degree programme Nursing. The objective of our study was to determine the incidence rate of symptoms of depression, stress and anxiety in undergraduate nursing students and their subjective perception of the demands towards education.

**Methods:** The study had a cross-sectional design. The method of data collection was the standardized questionnaire DASS 21 (Depression Anxiety Stress Scale) and self-constructed questions. Data were

evaluated based on descriptive statistics. The sample consisted of 180 respondents from 4 Slovak universities who met the selection criteria: Active study in Nursing, full-time study and bachelor's degree. Data collection was carried out in the period from February to March 2024.

**Results:** The results of the survey confirmed the occurrence of symptoms of depression in 67.2 % of respondents, anxiety in 72.2 % of respondents and stress in 50.5 % of respondents. We found that 51.7 % of respondents spend from 2 to 4 hours a day on social networks, and 50 % of students consume alcohol at least once a month. The factors that students rated as difficult on a 5-point scale and considered the sources of negative feelings were: The lack of time for leisure activities ( $x = 2.69$ ), the feeling of having less time for personal life and relationships ( $x = 2.66$ ), verbal exams ( $x = 2.58$ ), length of classes ( $x = 2.47$ ) and oral presentation of seminar papers ( $x = 2.36$ ). Among the clinical factors, the following ones dominated: The required number of hours of practice ( $x = 2.86$ ), the negative attitude of the staff ( $x = 2.6$ ), insufficient mentoring ( $x = 2.05$ ) and the fear of making mistakes while treating patients ( $x = 1, 92$ ).

**Conclusion:** The prevalence of psychological distress among undergraduate nursing students in Slovakia was high. However, at the same time it was comparable to the results of foreign studies. It is necessary for educational institutions to implement targeted measures to promote mental health and increase resistance to stress among students in both academic and clinical environments.

**Keywords:**

*Mental health; Psychological distress; Nursing students; DASS-21; Support*

**Kontaktná adresa:**

PhDr. Nikoleta Poliaková, PhD.  
Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne  
Fakulta zdravotníctva  
Študentská 2  
91150 Trenčín  
[nikoleta.poliakova@tnuni.sk](mailto:nikoleta.poliakova@tnuni.sk)



## ROZVOJ A ANALÝZA ALGORYTMU ŘETĚZCE PŘEŽITÍ V EXTRÉMNÍCH PODMÍNKÁCH LABORATOŘE NA PEVNINĚ A POD VODOU PROSTŘEDNICTVÍM IN-SITU SIMULACÍ

Nigrovičová Věra (1), Šípek Jan (1), Kroftová Min Kim (2), Vidal Michaela (1), Hřebcová Petra (1), Šimeček Vojtěch (1), Bureš Jan (1)

1 - Fakultní nemocnice v Motole, Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny 2. LF UK a FN Motol,

2 - Fakultní nemocnice v Motole, Oddělení urgentního příjmu dospělých

### **Abstrakt:**

**Úvod:** Little Moon City Prague (LMC) je české výcvikové a výzkumné centrum pro simulované kosmické mise (provozované Fakultou strojního inženýrství). Toto centrum si klade za cíl poskytnout zázemí a podmínky pro vědecký, univerzitní a komerční výzkum pro analogové kosmické mise. LMC se skládá z hlubinné stanice Deep Lab H03 Hydronaut Project, řídicího střediska (MCC) a jeho IT a projektové infrastruktury. Simulační tým KARIM FN Motol a 2. LF UK má na starosti in-situ simulace (ISS) mimořádných situací, které by mohly nastat během výzkumných misí. Zjištěné latentní bezpečnostní hrozby (LST) by měly být základem pro bezpečnostní pokyny a nouzové protokoly pro posádku a řídicí středisko před a po ponoření Deep Lab (10 metrů hluboko v zatopeném lomu). Tyto pokyny pak budou sloužit k minimalizaci bezpečnostních rizik a k pomoci vypořádat se se zdravotními problémy v izolovaném extrémním prostředí zejména ve vztahu k rizikům dekompresní nemoci při nutném vypořádaní laboratoře.

**Metody:** Scénáře ISS jsou naplánovány během 1. fáze (Deep Lab je umístěna na povrchu v LMC) a během podvodních misí ve 2. fázi, když bude laboratoř ponořena. První simulace již proběhly (astmatický záchvat, epileptický záchvat a srdeční zástava). Tyto simulace odhalily některé technické problémy, jako je správné lékařské využití biosenzorů a několik netechnických otázek, jako je řešení lékařských problémů posádkou laboratoře, komunikace s MCC a zdravotnickým záchranným týmem v jeden čas. Zjištěné LST, nově navrhované pokyny a předpokládané další výzvy budou testovány v následných simulacích.

### **Předpokládaný výstup:**

Bezpečnostní pokyny a protokoly pro povrchové a podvodní mise

Školení první pomoci pro účastníky mise

In-situ simulace s detekcí LST pro konkrétní mise

Zdravotní pomoc při různých misích

### **Klíčová slova:**

*Bezpečnost, Guidelines, In-situ simulace, Vesmírné mise*

## DEVELOPING AND ANALYSING THE CHAIN OF SURVIVAL ALGORITHM FOR EXTREME CONDITIONS IN THE SURFACE AND UNDERWATER LABORATORY THROUGH IN SITU SIMULATIONS

**Introduction:** Little Moon City Prague (LMC), the Czech training and research centre for simulated space missions (operated by the Faculty of Mechanical Engineering), aims to provide facilities and conditions for scientific, university and commercial research for analog space missions. LMC consists of the Deep Lab H03 Hydronaut Project deepwater station, the mission control centre (MCC) and its IT and project infrastructure. The Simulation team from our hospital and medical faculty is in charge of in-situ simulations (ISS) of emergency situations that could happen during research missions. Detected latent safety threats (LST) should be the basis for safety guidelines and emergency protocols for the crew and

control centre before and after submersion of Deep Lab(10 meters deep in a flooded quarry) in order to minimize safety risk for the crew, deal with healthy issues in isolated extreme environment, especially sequelae of acute decompression.

**Methods:** ISS scenarios are scheduled during 1st phase (Deep Lab is placed on the surface in LMC) and during underwater missions in the 2nd phase (submersion in 2025). First simulations have already taken place (asthma attack, epileptic seizures and cardiac arrest scenarios). They have revealed some technical issues like correct medical utilization of biosensors and several nontechnical questions like solving medical problems by Deep lab crew and communication with MCC and professional rescue team at same time. Detected LSTs, new proposed guidelines and assumed additional challenges will be tested in subsequent simulations.

**Anticipated outcome:**

Safety guidelines and protocols for surface and underwater missions  
First aid training for mission participants  
ISS with LST detection for specific missions  
Medical assistance during various missions

**Keywords:**

*Safety, Guidelines, In-situ simulations, Space missions*

**Korespondenční adresa:**

Bc. Věra Nigrovičová, DiS.  
KARIM, Resuscitační oddělení pro dospělé  
Fakultní nemocnice v Motole  
V úvalu 84/1  
150 06, Praha 5  
[vera.nigrovicova@fnmotol.cz](mailto:vera.nigrovicova@fnmotol.cz)

## IMPLEMENTÁCIA NOVÝCH METÓD VO VÝUČBE HISTÓRIE OŠETROVATEĽSTVA NA PRINCÍPE STORYTELLINGU

Botíková Andrea, Boroňová Jana, Čapská Jana, Doktorová Gabriela, Dziacka Alena, Kabátová Oľga, Lajdová Andrea, Tomíková Eva, Uríčková Alena

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

### **Abstrakt:**

**Cieľ:** Poznanie histórie nám umožňuje lepšie pochopenie súčasnosti a následne budúcnosti. Príspevok vznikol ako súčasť projektu KEGA a východiskom pre jeho spracovanie je poukázať na implementáciu nových metód vo výučbe predmetu História ošetrovateľstva na princípe storytellingu. Prerозprávanie príbehu prostredníctvom storytellingu ako inovatívnej metódy moderného vyučovania má za cieľ študentom kvalitnejšie a zaujímavejšie prerозprávať rôzne historické udalosti a zaujímavosti.

**Metódy:** Príspevok je spracovaný na základe systematického prehľadu literatúry, analýzy publikovaných článkov v odborných časopisoch a iných mediálnych zdrojov. Prostredníctvom spracovaných vybraných historických období, udalostí a významných osobností histórie ošetrovateľstva sa prenosieme prostredníctvom zdokumentovaného príbehu zaujímavosťami z dávnej histórie po súčasnosť.

**Výsledky:** Výsledkom bude interaktívne dielo, mapujúce vybrané témy z predmetu História ošetrovateľstva na princípe storytellingu. Budú spracované a publikované témy ako pohľad na starú grécku medicínu a liečiteľstvo, najmilosrdnejšiu ženu stredoveku a zároveň za zakladateľku charitatívneho ošetrovateľstva Alžbetu Durínsku, na charitatívne ošetrovateľstvo od obdobia staroveku do obdobia osvietenstva so zameraním na determinanty ovplyvňujúce jeho vývoj v Trenčianskom kraji, na históriu babičtva od praveku do 19. storočia, na vzdelávanie pôrodných asistentiek, na rozvoj kláštornej medicíny v Zoborskom kláštore v Nitre a Červenom kláštore, na históriu a súčasnosť trnavskej nemocnice v Trnave, na Červený kríž a jeho poslanie až po významné osobnosti ošetrovateľstva, ktoré sa zaslúžili o rozvoj vedného odboru. Sumarizáciou jednotlivých vybraných tematických oblastí bude online dostupná vysokoškolská učebnica.

**Závery:** Formou prerозprávaného príbehu v učebných textoch viesť študentov k záujmu o získavanie historicky hodnotných materiálov z oblasti ošetrovateľstva. Prostredníctvom interaktívnych textov umožniť študentom nielen pasívne osvojenie historických faktov, ale aj kreatívnu prácu s textom a rozvoj kritického myslenia. Zároveň motivovať príkladmi významných osobností a udalostí z histórie ošetrovateľstva a tým vzbudzovať záujem o povolanie sestry.

### **Kľúčové slová:**

*Storytelling; História ošetrovateľstva; Významné osobnosti; Študent; Výučbové metódy.*

## IMPLEMENTATION OF NEW METHODS IN TEACHING THE HISTORY OF NURSING ON THE PRINCIPLE OF STORYTELLING

**Goal:** Knowing history allows us to better understand the present and, consequently, the future. The contribution was created as part of the KEGA project and the starting point for its processing is to point out the implementation of new methods in the teaching of the History of Nursing subject based on the principle of storytelling. Retelling the story through storytelling as an innovative method of modern teaching aims to retell various historical events and interesting things to students in a better and more interesting way.

**Methods:** The article is prepared on the basis of a systematic literature review, analysis of published articles in professional journals and other media sources. By means of processed selected historical periods, events and important personalities of the history of nursing, we will be transported through a documented story with interesting things from ancient history to the present. Results: The result will be an interactive work, mapping selected topics from the subject History of

nursing based on the principle of storytelling. Topics will be processed and published, such as a view of ancient Greek medicine and healing, the most merciful woman of the Middle Ages and the founder of charitable nursing Elizabeth of Durínska, charitable nursing from the period of antiquity to the period of enlightenment with a focus on the determinants influencing its development in the Trenčín region, the history of midwifery from prehistoric times to the 19th century, for the education of midwives, for the development of monastic medicine in the Zoborsky Monastery in Nitra and the Red Monastery, for the history and present day of the Trnava Hospital in Trnava, for the Red Cross and its mission, to the important personalities of nursing who have contributed to the development scientific department. A university textbook will be available online summarizing individual selected thematic areas. **Conclusions:** In the form of a retold story in the teaching texts, lead students to an interest in acquiring historically valuable materials from the field of nursing. Through interactive texts, enable students not only to passively acquire historical facts, but also to work creatively with the text and develop critical thinking. At the same time, to motivate with examples of important personalities and events from the history of nursing and thereby arouse interest in the nursing profession.

**Keywords:**

*Storytelling; History of Nursing; Prominent personalities; Student; Teaching methods.*

***Príspevok vznikol ako súčasť projektu KEGA (004TTU-4/2023) Implementácia nových metód vo výučbe ošetrovatelstva na princípe storytellingu.***

**Kontaktná adresa:**

doc. PhDr. Andrea Botíková, PhD., MPH  
Trnavská univerzita v Trnave, FZSP  
Univerzitné nám. 1  
917 01 Trnava  
[andrea.botikova@truni.sk](mailto:andrea.botikova@truni.sk)

## **ZKUŠENOSTI ČLENŮ PICC TÝMU SE VZDĚLÁVÁNÍM SESTER V ZAVÁDĚNÍ ŽILNÍCH VSTUPŮ A S JEJICH PŮSOBENÍM VE VYBRANÝCH FAKULTNÍCH NEMOCNICÍCH**

Tlachač Zdeněk (1,2), Lukešová Aneta (1), Zvoníčková Marie (3,4)

1 - Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Klinika anesteziologie a resuscitace 3. LF UK a FNKV

2 - Ústřední vojenská nemocnice - VojFN Praha, Chirurgická klinika 2. LF UK a ÚVN-VojFN Praha

3 - Univerzita Karlova, 3. lékařská fakulta, Ústav ošetřovatelství

4 - Ústřední vojenská nemocnice - VojFN Praha, oddělení vzdělávání

### **Abstrakt:**

Cílem výzkumného šetření bylo prozkoumání okolností, které přispěly ke vzniku týmů pro zavádění cévních vstupů ve velkých fakultních nemocnicích. Pro sběr dat byl využit kvalitativní výzkum ve formě polostrukturovaného rozhovoru. Jako respondenti byli zvoleni dva lékaři a čtyři sestry, které se v problematice participují. Analýza dat byla provedena pomocí segmentování a kódování. Na základě provedeného výzkumu bylo zjištěno, že v obou nemocnicích fungují PICC týmy jinak a organizovanost jejich práce se liší. Také se ukázalo, že sestry mají potenciál a chuť se vzdělávat, ale kapacita certifikovaných kurzů je velmi omezená. I když máme vzdělané a zkušené sestry, které mohou tyto vstupy zavádět, nositelem výkonu zavádění PICC a Midline katétru pro pojišťovnu je lékař. V legislativě tedy existuje prostor pro změnu. V procesu přenechávání kompetencí sestrám mohou vzniknout určité bariéry, o kterých bychom měli vědět a kterým je potřeba předcházet. Bez dobré spolupráce s lékařem/s lékaři nelze realizovat žádné změny. Jejich postavení v multidisciplinárním týmu zůstává i nadále dominantní. Na základě zjištěných informací navrhuje doporučení pro zkvalitnění praxe v oblasti zavádění žilních vstupů. Zjištěná data poslouží též k podpoře vzniku nového vzdělávacího programu.

### **Klíčová slova:**

*cévní vstupy, všeobecné sestry, certifikovaný kurz, multidisciplinární tým, PICC tým*

## **EXPERIENCES OF A PICC TEAM MEMBERS WITH THE EDUCATION OF NURSES IN THE INSERTION OF VASCULAR CATHETERS AND THEIR PERFORMANCE IN SELECTED TEACHING HOSPITALS**

The goal of this study was the investigation of the circumstances that caused the creation of teams for the insertion of vascular access in large teaching hospitals. Qualitative research in the form of a semi-structured interview was used for data collection. Two physicians and four nurses who participate in the management of vascular access were chosen as respondents. Data analysis was performed using segmentation and coding. On the basis of the conducted research, it was found that each hospital has its own management of the PICC team, and the organization of work in individual hospitals differs. We have nurses with the potential and desire to learn, but the capacity for certified courses is very limited. We have room for change in the legislation. Although registered nurses after completing certificated course are able to insert vascular access, the responsibility for the insertion of PICC and Midline catheter as well as reimbursement from insurance companies comes to a medical doctor. When delegating competences to nurses, certain barriers may arise. Even if we try to hand competences over to nurses, there is still a great need of cooperating with the medical doctors. Based on the information found, we propose recommendations for improving the quality of practice in the area of applying and taking care of vascular accesses. The collected data will be used to create a new educational program.

### **Keywords:**

*vascular access, general nurses, certified course, multidisciplinary team, PICC team*

**Korespondenční adresa:**

Mgr. Zdeněk Tlachač

Klinika anesteziologie a resuscitace 3. LF UK a FNKV

Šrobárova 1150/50

100 34 Praha 10

tlachac55@gmail.com

## NOVÉ TRENDY OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI O PALIATÍVNEHO PACIENTA

Čapková Jana, Tomíková Eva, Doktorová Gabriela

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

### **Abstrakt:**

Autorky vo svojom príspevku poukazujú na možnosti využitia teleošetrovateľstva a telemedicíny v paliatívnej starostlivosti. V ošetrovateľstve je komunikácia neodmysliteľnou súčasťou procesu poskytovania paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti. Telemedicina (teleošetrovateľstvo) umožňuje použitie informácií vymieňaných medzi dvomi miestami pomocou prostriedkov elektronickej komunikácie pre riešenie aktuálnych problémov a edukáciu paliatívnych pacientov a ich blízkych. Jednoduché telekonzultačné/telekonferenčné systémy, ktoré nevyžadujú vysokú kvalitu konzultácie s pacientom, postupne lacnejú, počítačové digitálne kamery so softvérom zmenia aj jednoduchší počítač na video fonický systém umožňujúci konzultáciu tvárou v tvár v reálnom čase, bez potreby navštíviť zdravotnícke zariadenie. Prídavné zariadenia k video konferenčnému systému umožňujú aj interaktívne vyšetrenie pacienta. Využitie týchto systémov je najefektívnejšie v agentúrach domácej ošetrovateľskej starostlivosti, či v mobilných hospicioch, kedy sesterský personál môže konzultovať podľa aktuálnej potreby paliatívneho pacienta alebo blízkeho príbuzného, ktorý pacienta ošetruje.

**Cieľ:** Poukázať na možnosti využitia informačných a telekomunikačných technológií formou telemedicíny a teleošetrovateľstva v starostlivosti o paliatívneho pacienta v Slovenskej republike

**Metódy:** Príspevok teoretického charakteru bol vypracovaný na základe analýzy publikovaných informácií o danej problematike za použitia kľúčových slov vo viacerých databázach

**Záver:** Príbližením problematiky telemedicíny a teleošetrovateľstva v starostlivosti o paliatívneho pacienta prispievame k uvedomeniu si nevyhnutnej potreby využitia informačných a komunikačných technológií v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti v Slovenskej republike.

### **Kľúčová slova:**

*Elektronická komunikácia; Teleošetrovateľstvo; Telemedicina; Paliatívny pacient; Príbuzní; Paliatívne ošetrovateľstvo*

## NEW TRENDS OF NURSING CARE OF PALLIATIVE PATIENTS

In their contribution, the authors point out the possibilities of using telenursing and telemedicine in palliative care. In nursing, communication is an integral part of the process of providing palliative nursing care. Telemedicine (telenursing) enables the use of information exchanged between two locations using means of electronic communication for solving current problems and educating palliative patients and their loved ones. Simple teleconsultation/teleconference systems that do not require a high quality consultation with the patient are gradually becoming cheaper, computer digital cameras with software will turn even a simpler computer into a videophone system enabling face-to-face consultation in real time, without the need to visit a medical facility. Additional devices to the video conference system also enable agencies or in mobile hospices, when the nursing staff can consult according to the current needs of a palliative patient or a close relative who is treating the patient.

**Goal:** Point out the possibilities of using information and telecommunication technologies in the form of telemedicine and telenursing in the care of palliative patients in the Slovak Republic

**Methods:** The contribution of a theoretical nature was developed on the basis of the analysis of published information on the given issue using keywords in several databases

**Conclusion:** By approaching the issues of telemedicine and telenursing in the care of palliative patients, we contribute to the awareness of the inevitable need to use information and communication technology in palliative nursing care in the Slovak Republic. interactive examination of the patient. The use of these systems is most effective in home nursing care

**Keywords:**

*Electronic communication; Telenursing; Telemedicine; Palliative patient; Relatives; Palliative nursing*

**Kontaktná adresa:**

PhDr. Jana Čapská PhD., MPH

Katedra ošetrovateľstva

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce

Trnavská univerzita v Trnave

Univerzitné námestie 1

917 01 Trnava

[jana.capska@truni.sk](mailto:jana.capska@truni.sk)



## ROLE NUTRIČNÍHO TERAPEUTA V PREVENCÍ A LÉČBĚ RED - S U HRÁČŮ LEDNÍHO HOKEJE

Štorková Anna

Nutriční ambulance Poliklinika Prosek, Praha

### **Abstrakt:**

**Úvod:** Dostatečná a kvalitní výživa nejen v ledním hokeji je stále podceňované téma. Hráči a jejich rodiče nemají problém investovat nemalé prostředky do nejnovější výbavy nebo hokejky, ale na kvalitní sportovní jídelníček, jež by pokryl nutriční potřeby hráčů, se velmi často zapomíná. Výživa se v klubech nebere jako důležitá součást života sportovce a jeho tréninkového plánu, ale spíše jako zátěž a kvalitně stravující se hráči se stávají terčem posměchu. Mnohdy dochází k tomu, že se hráči již v adolescentním věku potýkají s typickými zraněními (nejčastěji s únavovými zlomeninami či poškozenými vazy), s problémy s imunitou nebo dalšími potížemi vyvolanými syndromem RED - S. Všechny tyto komplikace jsou způsobeny především nedostatečnou výživou vzhledem k jejich velmi náročné fyzické aktivitě od útlého věku.

**Výsledky:** Výsledkem sdělení je popularizovat téma nízké energetické nedostatečnosti formou konkrétní kazuistiky mezi tělovýchovné lékaře či další odborníky. Cílem je šířit povědomí o práci nutričního terapeuta v hokejovém týmu v rámci prevence komplikací spojených se syndromem RED-S.

**Závěr:** Nutriční gramotnost především rodičů, trenérů, ale i samotných hráčů je signifikantní k zachování fyzického i psychického zdraví, kvalitního výkonu i celkové spokojenosti hráčů a celého hokejového týmu. Je proto velmi důležité, aby nutriční terapeut podporoval nutriční gramotnost a zajišťoval odborný dohled nad stravovacími návyky hráčů na úrovni celého klubu, protože výživa hraje ve sportu nenahraditelnou roli.

### **Klíčová slova:**

*Lední hokej; nutriční terapeut; RED - S syndrom; sportovní výživa*

### **Korespondenční adresa:**

Bc. Anna Štorková

Lovosická Lovosická 440/40

Praha 9

[ani.storkova@gmail.com](mailto:ani.storkova@gmail.com)

## AUTIZMUS AKO SOCIÁLNY A OŠETROVATEĽSKÝ PROBLÉM

Rapčíková Tatiana (1), Valentová Kristína (3), Gorná Michaela (1,2),

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

2 - Zdravotnícká záchraná služba Moravskoslezského kraje, Ostrava

3 - Nemocnica s poliklinikou Veľký Krtíš, Detské oddelenie

### **Súhrn:**

**Úvod:** Ochorenie autizmus patrí medzi pervazívne duševné poruchy. Ako nozologická jednotka bolo prvýkrát popísané v roku 1943 a patrí medzi najbežnejšie príčiny vzniku disability u detí od tretieho roku života. Cieľom článku je predstaviť autizmus ako poruchu autistického spektra zasahujúcu celú osobnosť dieťaťa. Typickými autistickými symptómami sú: stereotypné, narušené sociálne správanie a problematická sociálna komunikácia.

**Metódy:** Metódou prieskumu bol dotazník vlastnej konštrukcie. Kritériom zaradenia do súboru boli rodiny detí trpiacich autizmom.

**Výsledky a diskusia:** Na základe odpovedí respondentov sme zistili, že nami pertraktované informácie korelujú so zisteniami autorov citovanými v článku. Autizmus predstavuje závažný zdravotný i sociálny problém ovplyvňujúci kvalitu života rodín s autistickým jedincom.

### **Kľúčové slová:**

Autizmus; Dieťa; Rodina; Zdravotná a sociálna starostlivosť; Prieskum

## AUTISM AS A SOCIAL AND NURSING PROBLEM

### **Summary:**

**Introduction:** Autism belongs between pervasive mental problems. The first description of autism as a distinct disease entity from the year 1943. This disease is one of the most common causes in children from three years. The aim of this article is to introduce autism as a pervasive developmental disorder intervening to whole child. Typical autistic symptoms are: stereotypical, annoying social behaviour and problematic social communication.

**Methods:** The research method inclined the self-constructed questionnaire. The families with autism suffering children have been the criteria for inclusion in the file.

**Results and discussion:** According to our finding and based on the answers of respondents we have found out our information correlation with in the article author's information. Autism means a big health and social trouble influencing quality of life of families with autistic child.

### **Key words:**

Autism; Child; Family; Health and social care; Research

### **Úvod**

Autizmus je celoživotné ochorenie „mnohých tvárí“ a neznámej etiológie. Lechta (2016, s. 87) charakterizuje autizmus ako „neurodiverzné ochorenie prejavujúce sa triádou deficitov najmä v oblasti sociálnej interakcie, narušenej komunikačnej schopnosti a repetitívneho, rigidného a kompulzívneho

správania sa“. Vzhľadom na dané symptómy zaraďujeme autizmus medzi poruchy autistického spektra (PAS) spadajúce do skupiny pervazívnych (hlboko prenikajúcich) vývojových porúch (Debra, Dion 2013).

Cesta od prvej zmienky o autizme k jeho súčasnému skúmaniu bola náročná. Autizmus tak, ako je vnímaný v súčasnosti, opísal ako prvý Kanner v roku 1943 a detailnejšie Asperger v roku 1944. Uplynulo ďalších 37 rokov, kým sa autizmus, ako samostatná diagnóza, zakomponoval do klasifikačných systémov. Od januára 2022 sú všetky autistické diagnózy sústredené pod jedným uceleným názvom, a to porucha autistického spektra (PAS).

PAS predstavuje symptomatologicky a určitým stupňom poškodenia značne heterogénnu skupinu, čo spolu s rozmanitou úrovňou zdravotníctva a sociálnych služieb vo svete komplikuje diagnostiku a objektívne stanovenie počtu nárastu prípadov (Ostatníková 2022).

## 1.1 Symptomatológia autizmu

Manifestácia prejavov PAS, miera poruchy a frekvencia symptómov je rozmanitá. Niektoré sú výrazne oneskorené vývojom, iné môžu chýbať úplne (Thorová 2016).

Najčastejšími a najvýraznejšími autistickými prejavmi sú:

- narušená verbálna i neverbálna komunikácia, oneskorený vývoj reči, resp. reč sa nevyvinie vôbec, pričom absentuje aj snaha o kompenzáciu deficitov v tejto oblasti gestikuláciou či mimikou (Thorová 2016; Lechta 2016),
- porucha v oblasti sociálnej interakcie - jedinci nie sú schopní vytvárať a vnímať vzťahy vo svojom okolí, väčšina z nich nenadväzuje očný kontakt, v kolektíve sú utiahnutí a len z diaľky sledujú iné deti, a to bez výraznej potreby zapojenia sa do hry (Šuba 2016),
- repetitívne a stereotypné vzorce správania, rituály s často opakovanými úkonmi - deti sú mimoriadne zaujaté napr. točiacimi sa a pre ne novými predmetmi. Uvedené stereotypie trvajú neraz hodiny, majú upokojujúci účinok a pomáhajú eliminovať stres dieťaťa (Lechta 2016).

## 1.2 Diagnostika autizmu

Včasná diagnostikovanie prejavov autizmu umožňuje realizovať adekvátne intervencie, zlepšuje prognózu jedinca a urýchľuje prístup k zdravotnej a sociálnej starostlivosti. Thorová (2016) uvádza potrebu diagnostiky a zahájenia ranej intervencie medzi 15. – 18. mesiacom, avšak za najspôahlivejší považuje 4. - 5. rok života, kedy sú prejavy PAS najmarkantnejšie.

Screening M-CHAT-R/F (Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-up) je na Slovensku zavedený od roku 2019 a v Českej republike od roku 2016. Je súčasťou preventívnej prehliadky dieťaťa vo veku 18 mesiacov. Slúži na včasné zachytenie prvých prejavov PAS (Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky 2020; Ministerstvo zdravotníctví České republiky 2016).

V samotnom diagnostickom procese sa využívajú predovšetkým dve medzinárodne uznávané metódy vnímané ako zlatý štandard testovania. Sú realizované štruktúrovaným rozhovorom s oboma rodičmi, prípadne s jedným z nich:

**1. ADI-R** (Autism Diagnostic Interview Revised) – metóda zameraná na recipročné sociálne interakcie, komunikáciu, opakujúce sa, obmedzené, stereotypné správanie sa,

**2. ADOS-2** (Autism Diagnostic Observation) – ide o priame pozorovanie dieťaťa pri jasne vymedzených aktivitách koncipovaných tak, aby dieťa malo dostatok možností na sociálnu interakciu a preukázanie komunikačných schopností (Molloy et al. 2011).

### 1.3 Terapeutické možnosti

Kvalitná spolupráca a samotná práca s rodinou, včasná a vhodne zvolená intervenčná metóda, poznanie špecifik dieťaťa a terapeutická empatia spojená s prijatím dieťaťa tvoria ten najlepší základ pre kvalitnú odbornú pomoc (Thorová 2016). K úspešnému rozvoju detí s PAS je kľúčové porozumenie ich správaniu, snaha priblížiť ich k vlastnému obrazu a vytvorenie takých podmienok, aby jedinci boli úspešní v živote (Čadilová, Žampachová 2013).

Pozornosť sa venuje rozvoju komunikačných a sociálnych zručností, vrátane hry, abstraktného myslenia, kognitívnych funkcií i adaptačným mechanizmom (Šporclová 2018). Medzi kľúčové aspekty terapie patrí individuálny prístup k deťom a ich snaha o integráciu do spoločnosti, úzka a aktívna spolupráca s rodičmi, aktívna generalizácia schopností v kontexte prepojenia školského s domácim prostredím (Thorová 2016).

### 1.4 Špecifiká sociálnej starostlivosti

Cieľom sociálnych služieb je podpora jedincov s autizmom k maximálnej samostatnosti v spolupráci s rôznymi rezortmi spoločnosti (Matoušek 2005). Kľúčovým faktorom je zabránenie izolácii a participácia osôb na spoločenskom živote.

V rámci sociálnej starostlivosti využívame:

**1) Zariadenia sociálnych služieb (ZSS)** - sú určené osobám vyžadujúcim pomoc od inej osoby a ich hlavnými zriaďovateľmi sú samosprávne kraje. Primárnym cieľom poskytovania služieb je zachovanie, obnova alebo napomáhanie rozvoju nových schopností jedinca, podpora jeho samostatnosti, integrácie a prevencia spoločenskej izolácie (Ostatníková 2022).

**2) Domovy sociálnych služieb (DSS)** - poskytujú ambulantnú formu starostlivosti alebo týždenné pobyty pre osoby odkázané na pomoc ďalšej fyzickej osoby z dôvodu, že jedinci nie sú schopní vykonávať aktivity samostatne (Šporclová 2018).

**3) Denné stacionáre** - dopĺňajú sieť sociálnych služieb a poskytujú služby len na istý čas z pracovného dňa. Ich hlavným cieľom je pomôcť rodine, ktorá nemá iné možnosti riešenia svojej nepriaznivej sociálnej situácie.

### 1.5 Špecifiká zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti

Hospitalizácia predstavuje náročný proces tak pre autistické dieťa, ako aj pre jeho rodiča, a tiež aj pre personál, ktorý treba upovedomiť o diagnóze dieťaťa. Ak ide o plánovaný zákrok, odporúča sa dieťa pripraviť na hospitalizáciu. Ak ide o dieťa s vysoko funkčným autizmom, kedy intelekt nie je poškodený, je vhodné sa s ním porozprávať o možných intervenciách, ktoré bude musieť podstúpiť (Plevová, Slowik 2010). Pokiaľ je to možné, je dôležité snažiť sa dodržať zaužívané režimové opatrenia z domáceho prostredia.

Kľúčovú úlohu v rámci adaptačného procesu a komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti o dieťa počas hospitalizácie zohráva predovšetkým sestra, ktorá v rámci svojich kompetencií:

- spolupracuje s rodičmi a získava od nich informácie o špecifických potrebách dieťaťa,
- vytvára príjemnú atmosféru, komunikuje pomaly, zreteľne, podáva jasné inštrukcie,
- rešpektuje, že dotyky predstavujú oblasť, ktorú autistické deti v drvivej väčšine nemusia prijať; skôr naopak - môže ich to vyrušiť a vyvolať negatívne emócie (Sedlářová et al. 2008),
- názorne predvedie zákrok a pomôcky – napr. prinesie skúmavky k odberu krvi, keďže deťom s poruchou autistického spektra chýba abstraktné myslenie,
- dbá na eliminovanie podnetov – silného svetla, hluku, ak je to možné, rešpektuje vykonávanie denných rituálov,
- volí jednoduché aktivity a hry, nikdy nezabúda na pochvalu dieťaťa (Petr et al. 2014).

## 1.6 Prieskum

### Hlavný cieľ prieskumu:

Zistiť vplyv autizmu na rodinu a jej členov.

### Čiastkové ciele prieskumu:

1. Zistiť dopad autizmu na finančný rozpočet rodiny.
2. Zistiť či došlo k narušeniu spoločenského i pracovného života rodiny.
3. Zistiť či respondenti majú voľný čas na realizáciu svojich záujmov.
4. Overiť podporu respondentov zo strany štátu.

### Metodika

Prieskum bol realizovaný metódou dotazníka vlastnej konštrukcie určeného respondentom - rodičom detí s diagnostikovaným autizmom s využitím päťstupňovej Likertovej škály: stupeň 1 predstavoval možnosť „úplne súhlasím“, stupeň 5 možnosť „úplne nesúhlasím“.

Dotazník obsahoval 25 otázok; bol distribuovaný online prostredníctvom troch slovenských a jednej českej virtuálnej komunity na sociálnych sieťach v termíne od 15. 1. do 15. 2. 2024.

### Materiál – súbor

Súbor tvorilo 166 respondentov – rodičov detí s diagnostikovaným autizmom – SR - 116 (69,88 %); ČR – 50 (30,12 %).

### Vybrané demografické ukazovatele respondentov:

**Pohlavie:** muži – 5 (3,02 %), ženy – 161 (96,98 %) respondentov.

**Vek:** v SR a v ČR dominovalo rozmedzie 30 – 40 rokov – po 44,58 % respondentov.

**Zamestnanie:** skrátený úväzok – SR - 29 (25 %), ČR - 11 (22 %) respondentov.

**Pohlavie dieťaťa s autizmom:** chlapci – 129 (77,71 %), dievčatá – 37 (22,29 %).

**Veková kategória detí:** 3 – 6 rokov (39,10 %).

### Výsledky a diskusia

#### Čiastkový cieľ č. 1: Zistiť dopad autizmu na finančný rozpočet rodiny.

*„Dieťa navštevuje špeciálne centrum poradenstva a prevencie.“*

Možnosť „úplne súhlasím“: SR - 53,45 %, ČR - 56 % respondentov.

*„Nutnosť cestovania dieťaťa do špeciálneho centra poradenstva a prevencie.“*

Možnosť: „úplne súhlasím“: SR - 38,80 %, ČR - 40 % respondentov.

*„Výrazný nárast finančných nákladov rodiny v súvislosti s diagnózou dieťaťa.“*

Možnosť „úplne súhlasím“: SR - 51,72 %, ČR - 50 % respondentov.

Na základe uvedených skutočností môžeme konštatovať, že diagnóza autizmu má značný vplyv na finančný rozpočet rodiny i z toho dôvodu, že v SR a ČR majú uvedené centrá väčšinou súkromný charakter.

### **Čiastkový cieľ č. 2: Zistiť či došlo k narušeniu spoločenského i pracovného života rodiny.**

*„Sociálna izolácia rodiny v dôsledku diagnózy dieťaťa.“*

Možnosť „úplne súhlasím“: SR – 43,97 %, ČR - 44 % respondentov.

Možnosť „skôr súhlasím“: SR – 15,06 %; ČR - 30 % respondentov.

*„Strata zamestnania, prípadne zníženie úväzku v zamestnaní.“*

Možnosť „úplne súhlasím“: SR – 46,55 %, ČR - 36 % respondentov.

Možnosť „skôr súhlasím“: SR – 9,48 %; ČR – 22 % respondentov.

Na základe uvedených odpovedí je zrejmé, že autizmus v rodine prináša so sebou aj nutnosť zníženia pracovného úväzku, zmeny zamestnania, respektíve jeho stratu a v kontexte s tvrdením Ostatníkovej (2022) - aj značnú spoločenskú izoláciu.

### **Čiastkový cieľ č. 3: Zistiť či respondenti majú voľný čas na realizáciu svojich záujmov.**

*„Výrazný nedostatok času na záujmy/záľuby.“*

Možnosť „úplne súhlasím“: SR – 59,03 %, ČR – 59,03 % respondentov.

Možnosť „skôr súhlasím“: SR – 23,49 %, ČR – 28 % respondentov.

Možnosť „vôbec nesúhlasím“ si nevybral žiadny respondent v SR a ani v ČR.

Z výsledkov dotazníka vyplýva, že rodičia detí s poruchou autistického spektra bojujú s výrazným nedostatkom času z hľadiska realizovania svojich záľub.

### **Čiastkový cieľ č. 4: Overiť podporu respondentov zo strany štátu.**

*„Podpora rodiny zo strany štátu.“*

Možnosť „úplne nesúhlasím“: SR – 31,90 %, ČR – 20 % respondentov.

Možnosť „skôr nesúhlasím“: SR – 31,90 %, ČR – 24 % respondentov.

Analýzou týchto údajov sme dospeli k záveru, že podpora rodiny s autistickým dieťaťom zo strany štátu je podľa nadpolovičnej väčšiny Slovákov a takmer polovice Čechov nedostatočná.

### **Záver**

Výskumná činnosť v oblasti autizmu je venovaná predovšetkým jeho diagnostike a terapeutickým možnostiam. Na Slovensku doposiaľ nebol vytvorený žiadny program určený výlučne jedincom s autizmom a ich rodinám. Z uvedeného dôvodu sú jedinci s poruchou autistického spektra zaradení do „Národného programu duševného zdravia“.

Situácia v Česku je do istej miery odlišná. Vláda v Českej republike schválila materiál *„Podnět k řešení situace života osob s poruchou autistického spektra a jejich rodin“*, ktorého cieľom je zvyšovať povedomie o autizme v spoločnosti, včasnom záchyť ochorenia, diagnostike, účinnej intervencii, posudkovej praxi, vzdelávaní, poskytovaní sociálnych služieb, možnosti zamestnania týchto jedincov a riešení krízových situácií.

Prieskum preukázal značný dopad autizmu na život rodiny. Práve oblasť sociálnych služieb a zdravotníctva by mala reflektovať danú skutočnosť a snažiť sa zodpovedajúcim spôsobom pomáhať deťom a ich rodinám preklenúť problémy spôsobené touto náročnou diagnózou.

## Literatúra

ČADILOVÁ, V., ŽAMPACHOVÁ, Z. (2012) *Pacient s poruchou autistického spektra v ordinaci lékaře*. 1. vyd. Praha: Apla, 2012, 62 s. ISBN 978-80-87690-03-1.

DEBRA, S. J., DION, E. B. (2013) *Nácvik sebeobsluhy a sociálních dovedností u dětí s autismem*. 1. vyd. Praha: Portál, 2013, 152 s. ISBN 978-80-262-24985.

LECHTA, V. (2016) *Inkluzivní pedagogika*. 1. vyd. Praha: Portál, 2016, 600 s. ISBN 978-80-262-1123-5.

MATOUŠEK, O. (2008) *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008, 192 s. ISBN 978-80-2620-213-4.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY (2016) Vyhláška č. 317/2016 Sb., kterou se mění vyhláška č. 70/2012 Sb. o preventivních prohlídkách. [DOI: 2016-317](#).

MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVA SLOVENSKEJ REPUBLIKY (2019). Štandardný postup vydaný podľa § 45 ods. 1 písm. b) zákona 576/2004 Z. z. [10 2-PAS-Diagnostika-OPS-poruchy-autistickeho-spektra.pdf](#)

MOLLOY, D. W., ALEMAYEHU, E., ROBERTS, R. (1991) Reliability of a standardized Mini-Mental State Examination compared with the traditional MiniMental State Examination. *In American Journal of Psychiatry*, 1991, Vol. 148, No. 1, pp. 102–105. ISSN 0002-953.

OSTATNÍKOVÁ, D. (2022) *Autizmus od A po S*. 1. vyd. Bratislava: IKAR, 2022, 440 s. ISBN 978-80-551-8129-5.

PETR, T. et al. (2014) *Ošetrovatelství v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2014, 295 s. ISBN 978-80-247-4236-6.

PLEVOVÁ, I., SLOWIK, R. (2010) *Komunikace s dětským pacientem*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 247 s. ISBN 978-80-247-2968-8.

SEDLÁŘOVÁ, P. et al. (2008) *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, 240 s. ISBN 978-80-247-1613-8.

ŠPORCLOVÁ, V. (2018) *Autizmus od A do Z*. 1. vyd. Praha: Pasparta, 2018, 231 s. ISBN 978-80-88163-98-5.

THOROVÁ, K. (2016) *Poruchy autistického spektra*. Rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál, 2016, 488 s. ISBN 978-80-262-0768-9.

## Kontaktná adresa:

doc. PhDr. Mgr. Tatiana Rapčíková, PhD., MPH

Fakulta zdravotníctva SZU

Sládkovičova 21

974 01 Banská Bystrica

[tatiana.rapcikova@szu.sk](mailto:tatiana.rapcikova@szu.sk)

## POLYPRAGMÁZIA A SENIOR

Puteková Silvia, Martinková Jana

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

### **Súhrn:**

*Polypragmázia je čoraz častejším zdravotným problémom u seniorov a má za následok mnohé zdravotné riziká. Sestry zohrávajú dôležitú úlohu pri podpore manažmentu liekov a podpore bezpečnosti liekov v rôznych prostrediach. Zdravotnícki pracovníci by mali venovať pozornosť dopadom polypragmázie na životy seniorov a mali by uznať dôležitosť tímovej starostlivosti pri podpore seniorov. Sestry zohrávajú kľúčovú úlohu v starostlivosti o seniorov s polypragmáziou, preto by mali byť kompetentné a zapojené do manažmentu liekov. Vedia, že polypragmázia je bežným zdravotným problémom u seniorov, ktorý môže predstavovať záťaž a problémy v ich každodennom živote. Ošetrovateľstvo je nevyhnutnou súčasťou poskytovania zdravotnej i ošetrovateľskej starostlivosti a dobre vyškolené sestry môžu prispieť k zdraviu a pohode pacientov. Výsledkom je, že vzdelávanie a školenia v oblasti manažmentu polypragmázie by mali riešiť rôznorodé potreby sestier. Vzhľadom na to, že starnúca populácia narastá, budúce vzdelávanie sestier by sa mohlo viac zamerať na vedomosti, zručnosti a kompetencie aj v oblasti polypragmázie. Manažment polypragmázie v rámci zdravotníckych zariadení je dôležitá pre podporu zdravia seniorov.*

### **Kľúčové slová:**

*Polypragmázia. Senior. Sestra. Ošetrovateľská starostlivosť.*

## POLYPHARMACY IN SENIORS

### **Summary:**

*Polypharmacy is an increasingly common health problem among seniors and results in many health risks. Nurses play an important role in supporting medication management and promoting medication safety in a variety of settings. Healthcare professionals should pay attention to the impact of polypharmacy on the lives of seniors and recognize the importance of team care in supporting seniors. Nurses play a key role in the care of seniors with polypharmacy so they should be competent and involved in medication management. They know that polypharmacy is a common health problem in seniors that can be a burden and a problem in their daily lives. Nursing is an essential part of the provision of health and nursing care, and well-trained nurses can contribute to the health and well-being of patients. As a result, polypharmacy management education and training should address the diverse needs of nurses. Given that the aging population is increasing, future nursing education could focus more on knowledge, skills and competencies also in the field of polypharmacy. The management of polypharmacy within healthcare facilities is important for the health promotion of seniors.*

### **Keywords:**

*Polypragmasy. Senior. Sister. Nursing care.*

## Úvod

Polypragmázia označuje situáciu, keď jedinec používa viacero liekov súčasne. Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) definuje polypragmáziu ako „*podávanie mnohých liekov súčasne alebo podávanie nadmerného množstva liekov*“, zatiaľ čo neexistuje konsenzus o medikačnej hranici a spôsoboch merania, polypragmázia je často bežne definovaná ako súbežné užívanie 5 alebo viacerých liekov (Monégat et al., 2014). Predpisovanie viacerých liekov je často klinicky potrebné (vhodná polypragmázia). Davies et al. (2020) uvádzajú, že expozícia viacerých liekov však môže viesť k poškodeniu alebo pokračujúcemu užívaniu liekov, ktoré už nie sú indikované (nevhodná polypragmázia). Polypragmázia môže byť spojená s mnohými negatívnymi zdravotnými výsledkami, najmä medzi seniormi s multimorbiditou, vrátane zvýšeného rizika úmrtia, pádov, liekových interakcií, non-adherencie a hospitalizácie. Polypragmázia sa stala podstatnou



záťažou pre zdravotnú i ošetrovateľskú starostlivosť. Je spojená s potenciálnymi nákladmi, ktoré sa časom zvyšujú (Moriarty et al., 2015). Aby sa predišlo takýmto nákladom a potenciálne zabránilo nežiaducim udalostiam spojeným s polypragmáziou, dôležitým prvým krokom je identifikácia jednotlivcov, ktorí sú vystavení vysokému riziku, že dostanú nevhodnú polypragmáziu (Masnoon et al., 2017). Moriarty et al. (2015) uvádzajú, že niektoré výskumy naznačujú, že nevhodná polypragmázia môže postihnúť až jednu tretinu populácie.

### **Rizikové faktory polypragmázie a nežiadúce účinky liekov**

Medzi rizikové faktory polypragmázie patrí vyšší vek a pridružené komorbidity. Riziko polypragmázie sa lineárne zvyšuje s počtom chronických ochorení a zároveň podiel týchto ochorení stúpa v závislosti na veku pacienta. Vo skupine osôb nad 65 rokov trpíte približne 80 % seniorov jedným alebo viac chronických ochorení. Najčastejšie sa jedná o kardiovaskulárne ochorenia ako ischemická choroba srdca alebo hypertenzia, aterosklerotické zmeny, diabetes mellitus a muskuloskeletálne ochorenia.

Medzi najčastejšie skupiny predpisovaných medikamentov u seniorov patria vazodilatanciá (užíva až 65 % osôb), analgetiká (41 %), kardiotoniká (40 %), diuretiká (31 %), antikoagulanciá (28 %), blokátory vápnikových kanálov (25 %), inhibičný angiotenzín konvertujúceho enzýmu (ACE) (22 %) a ďalšie liekové skupiny (Suchý, Hromádka, 2011).

Výskyt nežiaducich účinkov liekov stúpa s pribúdajúcim vekom, počtom ochorení a užívaných liečiv. S polypragmáziou seniorov rastie riziko nežiaducich účinkov liekov a liekových interakcií. Vzostupná incidencia nežiaducich účinkov liečiv je priamo úmerná počtu užívaných liekov. U pacienta, ktorý pravidelne používa iba 1 liek, dôjde k prejavu nežiadúceho účinku lieku asi v 10 % prípadov. Pri užívaní 3 až 5 liekov je to 7 % prípadov, pri užívaní 6 až 10 liekov je 13 % prípadov a pri užívaní viac ako 10 liekov dokonca až 17 % prípadov. Celkový počet nežiaducich účinkov liekov u seniorov je odhadovaný na dvojnásobok oproti osobám stredného veku (Kvarnström et al., 2018). Pri polypragmázii liekového režimu k nadbytočným kombináciám liekov, ktoré môžu byť zdrojom nežiaducich účinkov liekov a negatívnych zmenách zdravotného stavu. Nežiadúce účinky liekov môžu byť závislé i nezávislé na dávke. Niektoré zdroje uvádzajú, že až 30 % nežiaducich účinkov liekov je dobre predvídateľných a až 70 % nežiaducich účinkov liekov je závislých na dávke. Na základe týchto štatistík je možné konštatovať, že výskyt väčšiny nežiaducich účinkov liekov je možné úspešne eliminovať. Bohužiaľ v klinickej praxi dochádza až k riešeniam nežiaducich účinkov lieku pri výraznejších prejavoch a ich neskorých identifikáciách môže mať závažnejší dopad na zdravie pacienta. Nežiadúce účinky liekov môžu byť spojené s vlastným farmakologickým účinkom liekov, jeho dlhodobým podávaním či zmenou dávky. Medzi časté nežiadúce účinky liekov u seniorov patria kardiovaskulárne, gastrointestinálne a neurologické účinky liekov (Kvarnström et al., 2018).

Pomerne častým problémom u seniorov je ich obmedzený súlad k liečbe pacientov. Žiadne liek nedosiahne účinok, ak pacient nedodrží správne pokyny k jeho užívaniu. Farmakologická zhoda klesá s vyšším počtom užívaných liečiv, obmedzenou sebestačnosťou pacienta, kognitívnym deficitom, obmedzenými finančnými zdrojmi, izoláciou seniorov v spoločnosti a nedostatočným odovzdávaním informácií zo strany sestier. Edukácia pacienta je efektívnym spôsobom, ako predchádzať situáciám nesprávneho užívania lieku a ako lepšie identifikovať nežiadúce účinky liekov, ktoré sú častým zdrojom nízkeho compliance.

Pochybenie compliance u seniorov:

- vynechanie liekov,
- zmena dávky lieku,
- zmena času podania lieku,
- zmena dávkovacieho intervalu,
- užitie lieku v nesprávnej indikácii,
- užitie nepredpísaného lieku,
- predčasné ukončenie liečby (Kari et al., 2018).

## Úloha sestry v polypragmázii a podávanie liekov u seniorov

Vzhľadom na rastúce zdravotné problémy u seniorov sa polypragmázia stala bežnejšou. Masnoon et al. (2017) uvádzajú, že pojem polypragmázia môže byť definovaný buď kvantitatívne (viacnásobné lieky) alebo kvalitatívne (zbytočné recepty). Fenomén polypragmázie (súčasné predpisovanie  $\geq 5$  liekov) je bežný v klinickom aj komunitnom prostredí, pričom prevalencia medzi seniormi je približne v rozmedzí z 26,3 % na 39,9 % v európskych krajinách (Midão et al., 2018). Hoci použitie viacerých liekov alebo polypragmázie môže byť v mnohých prípadoch klinicky vhodné, boli hlásené negatívne klinické dôsledky polypragmázie. Seniori s polypragmáziou môžu mať vyššiu pravdepodobnosť liekových interakcií (Dumbreck et al., 2015) a nežiaducich účinkov súvisiacich s liekmi (Hand et al., 2018). Pazan, Wehling (2021) dávajú do súvisu polypragmáziu so stareckou krehkosťou, opakovanými hospitalizáciami, kognitívnymi poruchami, zníženými fyzickými funkciami a mortalitou. Polypragmázia môže predstavovať veľkú záťaž pre životy seniorov a viesť k negatívnym pocitom. Eriksen et al., (2020) uvádzajú, že seniori môžu čeliť výzvam a prekážkam pri zvládaní polypragmázie, čo nepriaznivo ovplyvňuje kvalitu ich života a adhérenciu.

Sestry zohrávajú dôležitú úlohu pri identifikácii pacientov s polypragmáziou a pri znižovaní rizika (Kim, Parish, 2017).

Integratívna revízia identifikovala tri znaky týkajúce sa úlohy sestier počas medikamentózneho manažmentu prechodnej starostlivosti:

- 1) implementácia, vykonávanie zosúladenia liekov,
- 2) spolupráca s ostatnými zdravotníckymi pracovníkmi,
- 3) podpora príjemcov zdravotnej starostlivosti (Mardani et al., 2020).

Podávanie liekov seniorom sa riadi množstvom zásad, ktorých konečným cieľom je zabezpečiť, aby sa správne pacientovi podávali správne lieky v správnom dávkovaní, v správnej forme a v správnom čase. Vzhľadom na globálny trend starnutia populácie v kombinácii s vysokou mierou užívania liekov medzi seniormi sa všeobecne uznáva potreba optimalizovať užívanie liekov u seniorov. Rôzne zmeny súvisiace s vekom, vrátane dysfágie (Aslam, Vaezi, 2013) a zmenenej farmakokinetiky (rýchlosť a rozsah absorpcie, distribúcie, metabolizmu a vylučovania liečiva) a farmakodynamiky (účinnok/účinnok liečiva na telo) môže skomplikovať podávanie správnej formy alebo správnej dávky perorálneho lieku seniorom (Mangoni, Jackson, 2004). To môže viesť k modifikácii dávkových foriem (napr. tablety rozdrvené alebo rozdelené alebo otvorené kapsuly), aby sa uľahčilo podávanie pacientom s ťažkosťami s prehĺtaním alebo aby sa dávka prispôsobila požiadavkám pacienta.

Liabeuf et al., (2014) uvádza, že úpravy liekovej formy u seniorov vyvolávajú obavy u sestier, pretože môžu potenciálne ovplyvniť terapeutické výsledky pre pacientov a nežiaduce udalosti boli hlásené ako dôsledok úpravy lieku. Existuje množstvo potenciálnych mechanizmov, pomocou ktorých môžu modifikácie liekovej formy zmeniť účinok lieku u seniorov, a tým aj terapeutické výsledky. Podanie časti dávkovej formy, napríklad polovice tablety, môže viesť k nepresnému dávkovaniu. Modifikácie, napríklad rozdrvenie tabliet a otváranie kapsúl, môžu zmeniť miesto, rýchlosť alebo rozsah absorpcie liečiva in vivo, čo môže viesť buď k nižším hladinám liečiva a nedostatočnej účinnosti, alebo alternatívne k zvýšeniu hladín liečiva a súvisiacej toxicite. Napriek tomu u seniorov prevládajú modifikácie perorálnych liekov. Činnosti spojené s manažmentom medikácie zahŕňajú profesiu sestier, medicíny a farmácie a pacienta avšak v konečnom dôsledku sestry nesú zodpovednosť za podávanie liekov (Mc Gillicuddy, et al., 2017).

Racionálne užívanie liekov je považované za jednu zo základných povinností sestier. Príprava a podávanie liekov je založené na bezpečnosti pacienta. Od sestier sa očakáva, že pochopia a zaregistrujú predpísané lieky a budú sledovať reakciu pacienta. Sestry preto musia mať okrem zručnosti pri podávaní lieku aj vedomosti o lieku, vrátane predpokladaného farmakologického účinku, možných vedľajších účinkov, dôležitých bodov pri podávaní lieku a liek-choroba, liek-liek a liek-potravina interakcie (Aşiret et al., 2013).

Liekové interakcie u seniorov:

- antihypertenzívny účinok klesá, keď sa antihypertenzíva užívajú s analgetikami,
- perorálne antikoagulanty zvyšujú účinnosť paracetamolu, hormónu štítnej žľazy, salicyláty a erytromycín,
- diuretiká zvyšujú toxický účinok digoxínu.

Liekové interakcie s potravinami u seniorov:

- ovocná šťava (napríklad šťava z grapefruitu alebo červeného pomaranča) pôsobí ako statín vápnika a zvyšuje sérovú hladinu liekov,
- cesnak ovplyvňuje pravdepodobnosť, že warfarín a aspirín spôsobia krvácanie (hoci v literatúre nie sú silné študijné dôkazy o tejto problematike, je to známe že cesnak znižuje zhlukovanie trombocytov),
- cigareta indukuje pečňové enzýmy a znižuje účinok teofylínu (Özer, Özdemir, 2009).

Sestry majú rozhodujúcu úlohu pri prekonávaní problému iracionálneho užívania liekov (Ulupinar, Akici, 2015). Sestry, ktoré poskytujú ošetrovateľskú starostlivosť seniorom v nemocniciach, majú niekoľko úloh pri podávaní liekov vrátane vykonávania nevyhnutných opatrení proti ochoreniam súvisiacich so starobou, včasné uvedomenie si vedľajších účinkov a komplikácií po podaní lieku, vykonávanie vhodných ošetrovateľských zásahov na adaptáciu pacienta na lieky po prepustení (Özer, Özdemir, 2009). Ďalšími úlohami sestier pri využívaní polypragmázie u seniorov sú ich systematické a komplexné prehliadky, informovanosť seniorov a ich rodín o používaní liekov a pravidelné sledovanie ich zdravotného stavu (Kitiş, Terzi, 2016). Kontrolujú, či pacienti užívajú liek v správnom dávkovaní, intervaloch a podľa ordinácie predpísanej lekárom.

Princípy racionálneho používania liekov u seniorov:

- posúdenie, či sú lieky potrebné,
- posúdenie, či sú lieky vhodné pre seniora a liečbu je individuálne,
- nepredpisovať lieky na symptómy bez stanovenia diagnózy,
- poznať lieky, ktoré senior užíva, ako aj fajčenie a pitný režim,
- poznať farmakologické vlastnosti predpísaných liekov,
- začínať u seniorov s nízkymi dávkami,
- starostlivosť o dávkovanie, kombinácie liečby a ukončenia liečby,
- buďte obzvlášť opatrní pri predpisovaní a používaní sedatív, čo môže ovplyvniť každodenné činnosti ľudí,
- čo najvhodnejšie navrhnutie rozpisu na použitie liekov a jasné označenie liekov, aby sa uľahčilo prispôbenie seniorom,
- pravidelná revízia liečby, vylúčenie liekov, ktoré pacient neužíva,
- predpisovanie liekov po nevyhnutnom rozboře krvi a močových a laboratórnych testov,
- vysadenie liekov s možnými vedľajšími účinkami čo najskôr,
- každý liek môže spôsobiť nové problémy (Özer, Özdemir, 2009).

V prípadoch, keď sú seniorom predpísané lieky, ktoré nemôžu užívať, môžu sestry informovať lekára, aby pomohli zachrániť pacienta a predchádzať rizikovým situáciám (Kitiş, Terzi, 2016). V dôsledku povinností a zodpovednosti pri racionálnom používaní liekov u seniorov, musí mať sestra vedomosti a vytvárať

povedomie o informovaní komunity o problémoch v súvislosti s nesprávnym užívaním liekov u seniorov (Uzuntarla, Cihangiroğlu, 2016).

### **Záver:**

Polypragmázia je bežne indikovaný rizikový faktor pre problémy súvisiace s liekmi u seniorov. Polypragmázia sama o sebe nie je nevyhnutne zlá vec, ale s vekom prichádzajú fyziologické zmeny, ktoré ovplyvňujú farmakokinetiku a farmakodynamiku liekov. To vedie k zvýšenej senzibilite, čo následne vedie k zvýšenému riziku problémov súvisiacich s liekmi. Prítomnosť polypragmázie a problémy súvisiace s liekmi môžu viesť k zvýšenému využívaniu zdravotnej starostlivosti, prípadne k opakovaným hospitalizáciám u seniorov v súvislosti s polypragmáciou.

Ošetrovateľstvo je nevyhnutnou súčasťou poskytovania zdravotnej i ošetrovateľskej starostlivosti a dobre vyškolené sestry môžu prispieť k zdraviu a pohode pacientov. Výsledkom je, že vzdelávanie a školenia v oblasti manažmentu polypragmázie by mali riešiť rôznorodé potreby sestier. Vzhľadom na to, že starnúca populácia narastá, budúce vzdelávanie sestier by mohlo zamerať väčšiu pozornosť na vedomosti, zručnosti a kompetencie z lekárskej praxe. Multidisciplinárna spolupráca a komunikácia medzi rôznymi zdravotníckymi pracovníkmi sú nevyhnutné pre efektívny manažment polypragmázie. Sestry by sa mali považovať za základný prvok v tíme zdravotnej i ošetrovateľskej starostlivosti pri hodnotení polypragmázie a manažmentu liekov.

### **Použitá literatúra:**

AŞİRET, GD, et al. Geriatrik hastalara hizmet veren hemşirelerin akilci ilaç kullanımı konusundaki bilgi ve deneyimlerinin değerlendirilmesi. Turkish journal of Geriatrics/türk geriatri dergisi, 2013, 16.4.

ASLAM, M., VAEZI, MF. Dysphagia in the elderly. Gastroenterology & hepatology, 2013, 9.12: 784.

DAVIES, LE., et al. Adverse outcomes of polypharmacy in older people: systematic review of reviews. Journal of the American Medical Directors Association, 2020, 21.2: 181-187.

DUMBRECK, S., et al. Drug-disease and drug-drug interactions: systematic examination of recommendations in 12 UK national clinical guidelines. bmj, 2015, 350.

ERIKSEN, CHU, et al. Medication-related experiences of patients with polypharmacy: a systematic review of qualitative studies. BMJ open, 2020, 10.9: e036158.

HAND, BN., KRAUSE, JS., SIMPSON, KN. Polypharmacy and adverse drug events among propensity score matched privately insured persons with and without spinal cord injury. Spinal Cord, 2018, 56.6: 591-597.

KARI, H., et al. Patient involvement is essential in identifying drug-related problems. British Journal of Clinical Pharmacology, 2018, 84.9: 2048-2058.

KIM, J., PARISH, AL. Polypharmacy and medication management in older adults. Nursing Clinics, 2017, 52.3: 457-468.

KITIŞ, Y., Terzi, H. Beers Kriterleri: Yaşlı Bireylerde Uygunsuz İlaç Kullanımının Önlenmesinde Bir Rehber Türkiye Klinikleri J Nurs Sci 2016, 8: (2), 162-75.

KVARNSTRÖM, K., AIRAKSINEN, M., LIIRA, H. Barriers and facilitators to medication adherence: a qualitative study with general practitioners. BMJ open, 2018, 8.1: e015332.

LIABEU, S., et al. Ulceration of the oral mucosa following direct contact with ferrous sulfate in elderly patients: a case report and a review of the French National Pharmacovigilance Database. Clinical interventions in aging, 2014, 737-740.

- MANGONI, AA., JACKSON, Stephen HD. Age-related changes in pharmacokinetics and pharmacodynamics: basic principles and practical applications. *British journal of clinical pharmacology*, 2004, 57.1: 6-14.
- MARDANI, A., GRIFFITHS, P., VAISMORADI, M. The role of the nurse in the management of medicines during transitional care: a systematic review. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 2020, 1347-1361.
- MASNOON, N., et al. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC geriatrics*, 2017, 17: 1-10.
- MC GILLICUDDY, A., et al. The knowledge, attitudes and beliefs of patients and their healthcare professionals around oral dosage form modification: A systematic review of the qualitative literature. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 2017, 13.4: 717-726.
- MIDÃO, L., et al. Polypharmacy prevalence among older adults based on the survey of health, ageing and retirement in Europe. *Archives of gerontology and geriatrics*, 2018, 78: 213-220.
- MONÉGAT, M., et al. Polypharmacy: Definitions, measurements and stakes involved. Review of the literature and measurement tests. *Questions d'économie de la santé*, no 2014, December 2014. 2014.
- MORIARTY, F., et al. Trends and interaction of polypharmacy and potentially inappropriate prescribing in primary care over 15 years in Ireland: a repeated cross-sectional study. *BMJ open*, 2015, 5.9: e008656.
- ÖZER, E., Özdemir, L. Yaşlı Bireyde Akilci İlaç Kullanımı ve Hemşirenin Sorumlulukları. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2009, 42–51.
- PAZAN, F., WEHLING, M. Polypharmacy in older adults: a narrative review of definitions, epidemiology and consequences. *European geriatric medicine*, 2021, 12: 443-452.
- SUCHÝ, D., HROMÁDKA, M. Příspěvek k problematice geriatrické farmakoterapie. *Praktické Lékárenství*. 2011, 7(3), 111-114.
- ULUPINAR, S. AKICI, A. Hemşirelik Uygulamalarında Akilci İlaç Kullanımı. *Türkiye Klinikleri J Pharmacol-Special Topics* 2015, 3:(1), 84-93.
- UZUNTARLA, Y., CIHANGIROĞLU, N. Hemşirelerin akilci ilaç kullanımı ile kişilik özellikleri arasındaki ilişkinin analizi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2016, 15.1: 1-8.

**Kontaktná adresa:**

doc. PhDr. Silvia Puteková, PhD., MPH.  
Katedra ošetrovateľstva  
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce  
Trnavská univerzita v Trnave  
Univerzitné námestie 1  
917 01 Trnava  
[silvia.putekova@truni.sk](mailto:silvia.putekova@truni.sk)

## **AUTONÓMIA V ROZHODOVANÍ PRI SEXUÁLNE PRENOSNÝCH OCHORENIACH**

Galdunová Helena (1), Magurová Dagmar (2), Majerníková Ľudmila (2), Morjaková Simona (1)

1 - Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra pôrodnej asistencie

2 - Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra ošetrovateľstva

### **Súhrn**

*Pohlavné choroby či chceme alebo nechceme, sa bohužiaľ stali súčasťou našich životov. Sú tu tak dlho ako ľudstvo samo, takže nepatria len do dávnej minulosti, ale stále sú pre nás väčšou alebo menšou hrozbou. V predložennom príspevku opisujeme prevalenciu syfilisu v krajinách EÚ za posledných desať rokov. V roku 2022 bolo hlásených 35 391 prípadov syfilisu v krajinách EÚ/EHP, čo predstavuje približne 8,5 prípadov/100 000 obyvateľov. Najvyššia miera bola zaznamenaná na Malte (24,4/100 000), nasledovalo Luxembursko (23,4), Írsko (16,6), Španielsko (16,6), Lichtenštajsko (15,3). Celkový pomer mužov a žien v roku 2022 bol 7,9:1, s počtom 15,3 prípadov na 100 000 obyvateľov u mužov (31 217 prípadov) a 1,9 prípadov na 100 000 obyvateľov u žien (3 945 prípadov). Poukazujeme aj na dôsledky tohto ochorenia a na možnú prevenciu.*

### **Kľúčové slová:**

*Sexuálne prenosne ochorenia, syfilis, prevalencia, prevencia*

## **AUTONOMY IN DECISION- MAKING IN SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES**

### **Summary:**

*Sexual diseases, whether we want them or not, have unfortunately become part of our lives. They have been around for as long as humanity itself, so they are not just a thing of the distant past, but still a threat to us in greater or lesser degrees. In the present paper we describe the prevalence of syphilis in EU countries over the last ten years. In 2022, 35 391 cases of syphilis were reported in EU/EEA countries, representing approximately 8,5 cases/100 000 inhabitants. The highest rate was recorded in Malta (24,4/100 000), followed by Luxembourg (23,4), Ireland (16,6), Spain (16,6), Liechtenstein (15,3). The overall male-female ratio in 2022 was 7,9 : 1, with 15,3 cases per 100,000 population for males (31 217 cases) and 1,9 cases per 100 000 population for females (3 945 cases). We also highlight the consequences of this disease and possible prevention.*

### **Key words:**

*Sexually transmitted diseases, syphilis, prevalence, prevention*

### **Základné informácie o sexuálne prenosných chorobách**

Za pohlavné choroby považujeme všetky infekčné choroby, ktoré sú v prevažnej miere prenášané pohlavným stykom alebo iným sexuálnym kontaktom. Postihujú ľudí každého veku a každej rasovej, etnickej a socioeconomickej skupiny. Sú vyvolávané radou rôznych vírusov, baktérií, parazitov alebo plesňami/kvasinkami. Ich symptómy sa prejavujú hlavne na pohlavnej sústave postihnutého (Michna, 2016).

Pre sexuálne prenosné ochorenia (STD - **Sexually Transmissible Diseases**) je typické, že sa združujú, vytvárajú zmiešané infekcie s odlišnou inkubačnou dobou a rôznym klinickým obrazom (Weiss a kol. 2010). Ich priebeh je často bezpríznakový, čím nesú so sebou veľké riziko prenosu na sexuálnych partnerov. Najviac akútnych sexuálne prenosných chorôb sa objavuje v najaktívnejšom období sexuálneho života (17-40 rokov), u starších sa častejšie stretávame s chronickými následkami nákazy. Neliečené pohlavné infekcie môžu spôsobiť poruchy plodnosti, negatívne vplývať na priebeh tehotenstva (predčasný pôrod, potrat), a zároveň sa môžu preniesť aj na plod. Budúca mamička tak vystavuje riziku nielen seba, ale i dieťaťko.

Mnohé pohlavné choroby so sebou prinášajú závažné a bohužiaľ často krát aj dlhodobé zdravotné problémy. Po potvrdení nákazy je nutné liečiť všetkých potenciálnych prenášačov ochorenia, čo je pri dnešnom životnom štýle dosť náročné. Zákernosťou týchto ochorení je to, že dlhodobo pretrvávajú bez výraznejších symptómov. Žena alebo muž môžu byť nakazení mesiace, či dokonca niekoľko rokov, pokiaľ lekár na pohlavnú chorobu vôbec príde.

Pohlavný styk patrí medzi najprirodzenejšie a najpríjemnejšie zážitky v živote. Môže však byť aj zdrojom biedy, utrpenia, dokonca i smrti.

### **Prevenca pohlavných chorôb**

Mnohé nebezpečné ochorenia sa šíria práve pohlavným stykom. Toto je obzvlášť znepokojujúce, keďže pomocou vhodných opatrení je ľahké týmto chorobám predísť. Proti jednej z nich sa dá očkovať (hepatitída B), proti iným stačí „bezpečné“ sexuálne správanie. Niektorí ľudia sú schopní ostať sexuálne zdržanliví a tak sa vyhnúť všetkým rizikám. Iní žijú vo vzťahu len s jediným partnerom. Napriek tomu však môže ich partner mať iné sexuálne kontakty. Mnoho žien a mužov nie sú ani abstinenti, ani nemali len jediného partnera. V takýchto prípadoch je nutné dbať na zásady „bezpečného sexu“, alebo aspoň dôsledne a správne používať kondóm, ktorý poskytuje ochranu. Z rôznych dôvodov veľa sexuálne aktívnych jedincov nevyužíva akúkoľvek ochranu. Niektorí z nich majú osobné zábrany, ale môžu to byť i objektívne prekážky - chýba informovanosť o pohlavne prenosných chorobách a ich prevencii, iní sa nemôžu nechať otestovať a získať tak adekvátnu lekársku starostlivosť. Pre ďalších sú kondómy buď príliš drahé, alebo je ich ťažké získať. A v neposlednom rade, v niektorých spoločnostiach ženy stále nedokážu ochrániť sami seba, ak muži odmietajú spolupracovať. Preto sú pohlavne prenosné choroby nie len zdravotný, ale aj sociálny a kultúrny problém.

K rizikovému sexuálnemu správaniu môžeme zaradiť predčasný začiatok pohlavného života, promiskuitu, vysokú frekvenciu pohlavných stykov, náhodné známosti, krvavé sexuálne praktiky, vaginálny, orálny a análny styk bez použitia kondómu. S rizikovým sexuálnym chovaním súvisia ďalšie faktory, napríklad asociálne chovanie, agresivita, abúzus alkoholu a drog. Výskyt pohlavných chorôb je do značnej miery indikátorom spoločenských a vývojových javov (Weiss a kol. 2010). Klinická prevencia pohlavných chorôb je založená na vzdelávaní ohrozených skupín v populácii, vyhľadávaní asymptomatických a symptomatických infikovaných osôb, účinnej diagnostike a liečbe chorých osôb a ich sexuálnych partnerov (Štork a kol. 2013). Do oblasti primárnej prevencie okrem sexuálnej výchovy na školách patrí aj zvyšovanie zdravotného vzdelávania obyvateľstva pravidelnými aktualizovanými informáciami v masmédiách a na internetových stránkach, dostupnosť a kultúra predaja ochranných prostriedkov. Za najdôležitejšie sa celosvetovo považuje špecifický prístup k ovplyvňovaniu správania príslušníkov rizikových skupín, vyhýbanie sa promiskuitnému spôsobu života. V sekundárnej prevencii ide najmä o aktívne vyhľadávanie osôb so sexuálne prenosným ochorením a ich následné účinné liečenie pod kontrolou dermatovenerológa, kontrola darcov krvi, spermii a transplantátov a zdravotnícka výchova.

Pojem bezpečný sex bol zavedený v 80. rokoch ako reakcia na šírenie ochorenia AIDS. Praktizovanie bezpečného sexu napomáha ochrane pred chorobami prenosnými sexuálnym stykom, nielen proti AIDS (Stoppardová 1999).

### **Prevalencia syfilisu v Európe**

EÚ je politická a hospodárska únia členských štátov, ktoré sa nachádzajú v Európe. V EÚ je 27 členských štátov: Rakúsko, Belgicko, Bulharsko, Chorvátsko, Cyprus, Česko, Dánsko, Estónsko, Fínsko, Francúzsko, Nemecko, Grécko, Maďarsko, Írsko, Taliansko, Litva, Lotyšsko, Luxembursko, Malta, Holandsko, Poľsko, Portugalsko, Rumunsko, Slovensko, Slovinsko, Španielsko a Švédsko.

Za rok 2022, väčšina krajín uviedla údaje použitím európskeho štandardu v definícií prípadov. Šesť krajín uviedlo použitie národného štandardu definície prípadov a dve krajiny neuviedli, ktorá definícia sa použila.

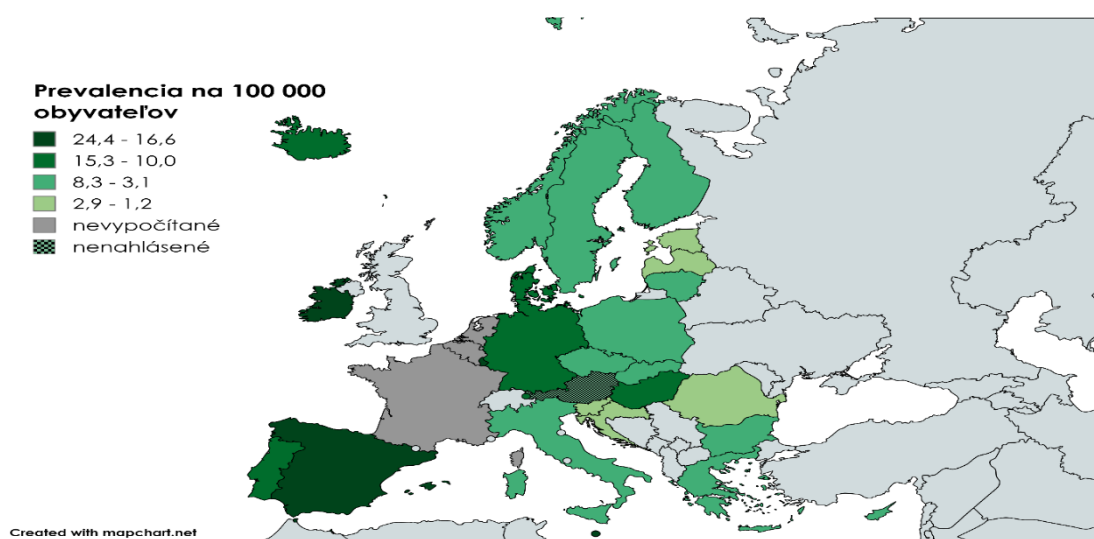
Väčšina krajín majú komplexné monitorovacie systémy. Tri krajiny (Francúzsko, Holandsko a Belgicko) nahlásili údaje zo sentinelových systémov, ktoré zachytávajú diagnózy syfilisu a kvapavky len od vybraných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Hlásenie infekcie syfilisom a kvapavky v týchto troch krajinách nie je povinné. Niektoré krajiny neposkytli informácie o štádiách infekcie a preto sa na analýzu viažu všetky hlásené prípady syfilisu/kvapavky, bez ohľadu na štádium infekcie. V dôsledku toho, môžu byť v niektorých krajinách zahrnuté niektoré prípady neinfekčného syfilisu/kvapavky, aj keď nie sú pod dohľadom EÚ/EHP. Spojené kráľovstvo prispelo údajmi len do roku 2019, z dôvodu jeho vystúpenia z EÚ 31.1.2020. (Zdroj: ECDC)

## Syfilis

V roku 2022 bolo hlásených 35 391 prípadov syfilisu v krajinách EÚ/EHP, čo predstavuje približne 8,5 prípadov/100 000 obyvateľov. Najvyššia miera bola zaznamenaná na Malte (24,4/100 000), nasledovalo Luxembursko (23,4), Írsko (16,6), Španielsko (16,6), Lichtenštajsko (15,3). V Chorvátsku, Estónsku, Lotyšsku, Rumunsku a Slovinsku bol pozorovaný nízky výskyt prípadov nákazy syfilisu, pod 3 na 100 000 obyvateľov. (Zdroj: ECDC)

**Obr 1 Prevalencia syfilisu v roku 2022 v krajinách EÚ/EHP**

(Zdroj: ECDC)

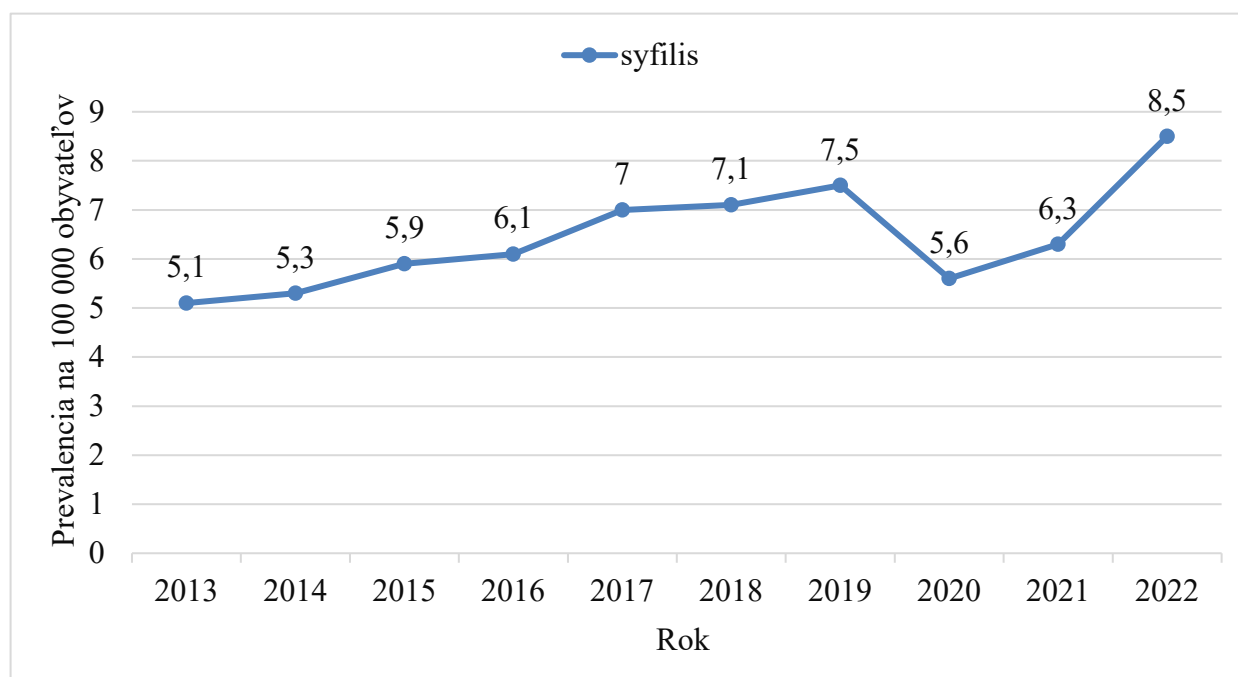


V rokoch 2013 až 2022 bolo hlásených 250 330 prípadov syfilisu v 30 krajinách EÚ/EHP. Počas tohto obdobia, 28 krajín konzistentne uvádzalo údaje, zatiaľ čo Rakúsko uviedlo údaje za rok 2013 a Lichtenštajsko uviedlo údaje len za rok 2020–2022. Ďalších 45 630 prípadov nahlásilo Spojené kráľovstvo za obdobie rokov 2013 – 2019 pred jeho stiahnutím z EÚ. Pri zvažovaní prípadov z krajín s komplexným dohľadom, ktoré boli konzistentne hlásené medzi rokom 2013 a 2022 sa miera hlásení infekcií syfilisom na 100 000 obyvateľov neustále zvyšovala až do roku 2019, predtým v roku 2020 sa znížila a v roku 2021 sa opäť zvýšila, aby v roku 2022 dosiahla historické maximum. (Zdroj: ECDC)



**Graf 1 Prevalencia hlásených prípadov syfilisu v krajinách EÚ/EHP, 2013-2022**

(Zdroj: ECDC)



Celkový pomer mužov a žien v roku 2022 bol 7,9:1, s počtom 15,3 prípadov na 100 000 obyvateľov u mužov (31 217 prípadov) a 1,9 prípadov na 100 000 obyvateľov u žien (3 945 prípadov). Bolo hlásených aj 88 prípadov zaradených ako „iné“ pohlavie a 141 prípadov, kedy pohlavie nebolo známe.

Najvyššia miera u mužov (nad 15/100 000) bola pozorovaná v Dánsku, Nemecku, Grécku, Maďarsku, Islande, Írsku, Lichtenštajsku, Luxembursku, Malte, Portugalsku a Španielsku. Najvyššia miera u žien (nad 3/100 000) bola vo Fínsku, Maďarsku, na Islande, v Lichtenštajsku, Luxembursku, na Malte, v Portugalsku, na Slovensku a v Španielsku. Medzi krajinami boli výrazné rozdiely v pomere mužov a žien (pomery 10:1 a vyššie) v Nórsku, Taliansku, Francúzsku, Nemecku, Grécku, Írsku, Holandsku a na Cypre, zatiaľ čo pomery mužov a žien nižšie ako 3:1 uviedli Bulharsko, Estónsko, Fínsko, Maďarsko, Litva, Rumunsko a Slovensko.

Medzi rokom 2013 a 2019 boli trendy medzi pohlaviami rozdielne, s výrazným nárastom u mužov a pomalým poklesom medzi ženami v skoršej časti obdobia, po čom v poslednej dobe nasledoval ďalší nárast. Medzi mužmi sa miera zvýšila o 36 % (z 9,5 na 13,0 na 100 000 obyvateľov) a medzi ženami o 24 % (z 1,4 na 1,7 na 100 000 obyvateľov) medzi rokmi 2018 a 2022. (Zdroj: ECDC)

V roku 2022 boli k dispozícii aj informácie o veku pre prípady hlásené z 26 krajín. Nedostupné informácie alebo informácie hlásené vo formáte, ktorý nebol vhodný na analýzu, poskytli štáty ako Belgicko, Bulharsko a Poľsko, čo predstavuje 13% všetkých prípadov. Najväčší podiel prípadov bol hlásený v dvoch vekových skupinách: 25-34 roční a 45+. Tieto dve vekové skupiny predstavovali 31% a 32% všetkých prípadov. Dospelí vo veku 35-44 rokov tvorili 26% prípadov a mladí ľudia vo veku 15-24 rokov tvorili 11% všetkých prípadov. Ak by sme túto skupinu ďalej rozdelili, veková skupina 20-24 rokov by predstavovala 9% a osoby vo veku 15-19 rokov tvorili 2%.

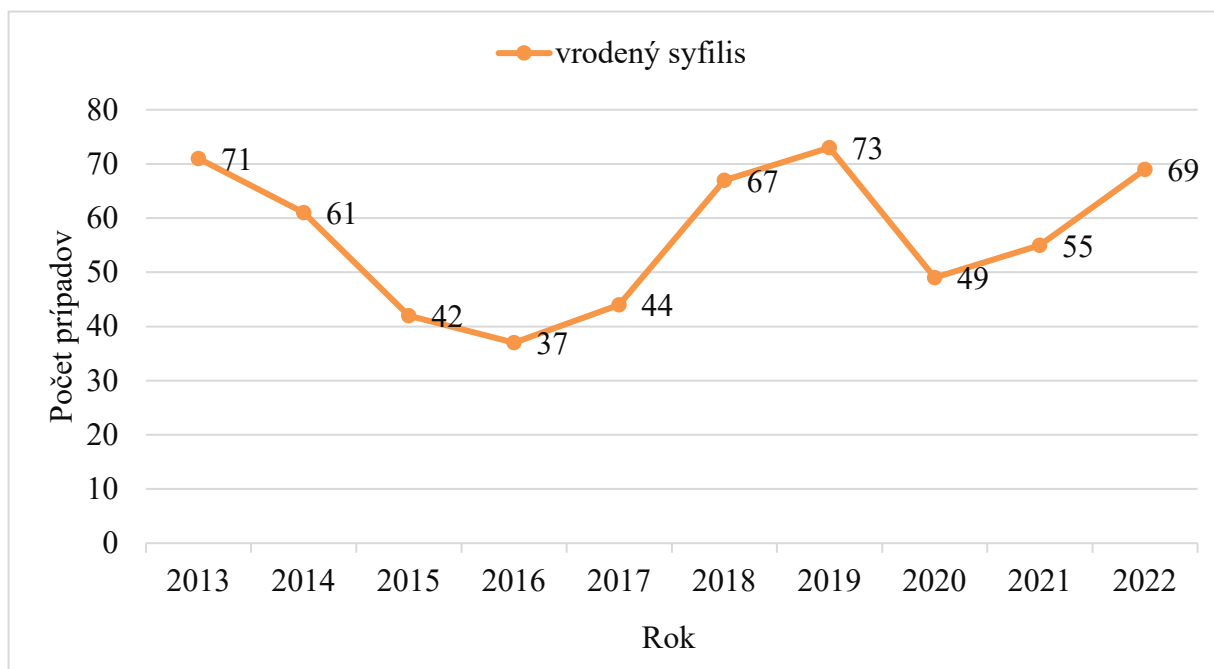
Za posledných 10 rokov boli miery špecifické pre vek trvalo najvyššie medzi osobami vo vekovej skupine 25 – 44 rokov a zvýšil sa o viac ako 80 % u ľudí vo veku 25 – 34 rokov (+87 %) a vo veku 35 – 44 rokov (+85 %) medzi rokmi 2013 a 2022. (Zdroj: ECDC)

Zaznamenané boli aj prípady vrodeného syfilisu v 14 krajinách EÚ, s počtom 69 prípadov. Najväčší podiel prípadov, a to 67% z celkového počtu bol zaznamenaný v Bulharsku (24), Maďarsku (8) a Portugalsku (14).

V roku 2021 bolo hlásených 55 prípadov vrodeného syfilisu z 11 krajín. Najviac (73%) prípadov bolo hlásených z Bulharska (13), Maďarska (12) a Portugalska (15). Informácie prípadov kongenitálneho syfilisu staršie ako do roku 2021 poskytuje graf 13. (Zdroj: ECDC)

**Graf 2 Počet hlásených prípadov vrodeného syfilisu v krajinách EÚ/EHP, 2013-2022**

(Zdroj: ECDC)



Trendy podľa skupín prenosu v 10 krajinách, ktoré poskytli údaje o kategórii prenosu za roky 2013 – 2022 ukazuje prudký nárast hlásených prípadov medzi MSM do roku 2019, po ktorom nasledoval pokles v roku 2020 a oživenie v roku 2022.

V počte prípadov došlo k veľmi malým výkyvom medzi heterosexuálmi, s klesajúcou tendenciou medzi rokmi 2013 a 2020. V roku 2022 možno pozorovať vzostupy v oboch prípadoch medzi heterosexuálnymi mužmi a heterosexuálnymi ženami. (Zdroj: ECDC)

## Záver

Štatistiky až naháňajú strach. Následky pohlavných chorôb bývajú dosť vážne. V dnešnej dobe sú omnoho viac uvoľnené mravy ako to bolo v minulosti. Mladí ľudia častejšie praktizujú nechránený pohlavný styk, majú krátkodobé vzťahy a omnoho častejšie striedajú sexuálnych partnerov. Dôležitú úlohu preto zohráva prevencia pohlavných chorôb, ktorá je založená na osвете v rizikových skupinách populácie a na informovaní o bezpečnom sexe, na účinnej diagnostike a liečbe chorých pacientov. Doteraz asi nikto nevymyslel lepší spôsob prevencie ako dlhodobý vzťah s jedným, samozrejme neinfikovaným partnerom.

## Použitá literatúra

- BETÁKOVÁ, T., VIGLAŠ, J. 2021. Očkovať?. Bratislava: DON BOSCO, 2021. 46s. ISBN 978-80-8074-515-8
- ECDC. 2024. Congenital Syphilis Annual epidemiological report for 2022 [online]. [cit.4.4.2024]. Dostupné na: [https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/congenital-syphilis-annual-epidemiological-report-2022\\_0.pdf](https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/congenital-syphilis-annual-epidemiological-report-2022_0.pdf)
- ECDC. 2024. Syphilis Annual epidemiological report for 2022 [online]. [cit.4.4.2024]. Dostupné na: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/syphilis-annual-epidemiological-report-2022>
- HERCOGOVÁ, J. et al. 2019. Klinická dermatovenerologie. 2. díl. 1. vyd. Praha: Mladá fronta a.s., 2019. 1736s. ISBN 978-80-204-5549-9
- MICHNA, M. 2016. Pohlavné choroby – štatistika, prevencia, liečba <https://unipharma.sk/pohlavne-choroby-statistika-prevencia-liecba/> [online]. [cit.29.5.2016].
- STOPPARDOVÁ, M., 1999. *Zdravý sex*. Praha: Ikar. ISBN 80-7202-571-6.
- ŠTORK, J. et al., 2013. *Dermatovenerologie*. 2. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-898-8.
- WEISS, P. a kol. 2010. *Sexuologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 744s. ISBN 978-80-247-2492-8

***Príspevok vznikol s podporou projektu KEGA č.015PU-4/2024 „Aplikácia nových metód vo výučbe budúcich zdravotníckych pracovníkov pre zlepšenie selfmanažmentu pacientov k svojmu zdraviu“.***

## Kontaktná adresa:

PaedDr. Mgr. Helena Galdunová, PhD. DPA  
Preešovská univerzita v Prešove  
Fakulta zdravotníckych odborov  
Partizánska 1  
080 01 Prešov  
[helena.galdunova@unipo.sk](mailto:helena.galdunova@unipo.sk)

## **OD NOVÁČKA K EXPERTOVI: TRANSFORMACE OŠETŘOVATELSKÉ PRAXE PODLE TEORIE PATRICIE E. BENNEROVÉ**

Jirkovský Daniel, Neugebauer Jan, Haluzíková Jana

Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta, Ústav ošetřovatelství 2. LF UK a FN Motol

### **Souhrn:**

*Text se zabývá teorií Patricie E. Bennerové "Od nováčka k expertovi" v ošetřovatelství. Tato teorie popisuje, jak sestry postupně získávají odborné znalosti a dovednosti prostřednictvím kombinace vzdělávání a praktických zkušeností. Teorie zdůrazňuje především význam praktických zkušeností a jejich roli v rozvoji odbornosti, přičemž klade důraz na kvalitu péče. Teorie je široce aplikovatelná ve vzdělávání i v praxi s významným přesahem do celoživotního vzdělávání sester.*

### **Klíčová slova:**

*Patricia E. Bennerová; Ošetřovatelství; Novice to Expert; Úrovně praxe; Praktické zkušenosti; Profesionální rozvoj; Klinické situace; Vzdělávání; Kvalita péče*

## **FROM NOVICE TO EXPERT: TRANSFORMING NURSING PRACTICE ACCORDING TO PATRICIA E. BENNER'S THEORY**

### **Summary:**

*This text examines Patricia E. Benner's theory of "From Novice to Expert" in nursing. This theory describes how nurses progressively acquire expertise and skills through a combination of education and practical experience. In particular, the theory emphasizes the importance of practical experience and its role in the development of expertise, with an emphasis on quality of care. The theory is broadly applicable to practice, education and professional development of nurses.*

### **Keywords:**

*Patricia E. Benner; Nursing; Novice to Expert; Levels of practice; Practical experience; Professional development; Clinical situations; Education; Quality of care*

### **Úvod**

Patricia E. Bennerová, R.N., Ph.D., FAAN, je emeritní profesorkou na Kalifornské univerzitě v San Francisku, která přinesla do ošetřovatelství inovativní pohled na to, jak sestry zvyšují a prohlubují své dovednosti v péči o pacienta. Její teorie, známá jako model "Novice to Expert", zdůrazňuje, že sestry získávají odborné znalosti a dovednosti postupně, prostřednictvím kombinace kvalitní vzdělávací základny a navazujících praktických zkušeností. Bennerová vyšla z předpokladu, že je možné osvojit si praktické znalosti a dovednosti ("tedy vědět jak"), aniž by bylo nutné se nejprve naučit teoretické základy ("tedy vědět to"). Tento přístup klade důraz na to, že vývoj znalostí v aplikovaných oborech, jako je medicína a ošetřovatelství, je založen na rozšiřování praktických znalostí prostřednictvím hlubokého pochopení klinických zkušeností a souvisejícího výzkumu. Ve svých pracích Bennerová zdůrazňuje, že zkušenosti jsou klíčovým předpokladem pro dosažení odbornosti.

### **Úrovně ošetřovatelské praxe**

Bennerová popsala pět úrovní ošetřovatelských zkušeností, které ilustrují postupný proces, kterým sestry získávají zkušenosti a odborné znalosti:

**Nováček:** tato úroveň zahrnuje začátečníky bez předchozích zkušeností, kteří se učí obecná pravidla pro plnění úkolů. Tato pravidla jsou bezkontextová a univerzálně použitelná, což omezuje flexibilitu chování. Nováčci se často spoléhají na pokyny a pravidla, protože nemají dostatečné pochopení kontextu.

**Pokročilý začátečník:** na této úrovni sestry prokazují přijatelný výkon a začínají rozpoznávat opakující se smysluplné komponenty v reálných situacích. Získávají zkušenosti, které jim umožňují formulovat principy založené na těchto zkušenostech, což vede k lepšímu rozhodování.

**Kompetentní:** kompetentní sestra má obvykle 2-3 roky praxe na stejném typu pracoviště, jež poskytuje péči stejným nebo obdobným pacientům. Tato úroveň zahrnuje větší povědomí o dlouhodobých cílech a schopnost plánovat své činnosti na základě vědomého, abstraktního a kritického myšlení. Kompetentní sestry jsou schopny efektivněji organizovat svou práci a jsou i pracovně výkonnější.

**Dovedný:** dovedné sestry vnímají situace jako celky, což zlepšuje jejich rozhodovací proces. Mají holističtější chápání a jsou schopny se učit ze zkušeností, předvídat vývoj v určitých situacích a upravovat plány péče podle potřeby. Tato úroveň zahrnuje důvěru v dovednosti, úsudek a schopnosti.

**Expert:** expertní sestry již nespolečají na analytické principy, pravidla nebo pokyny k provádění činností. Praktikují ošetrovatelství z širokého zázemí zkušeností a mají intuitivní přehled - jsou schopny rozpoznat a předvídat situace. Jejich výkon je plynulý, flexibilní a vysoce zdatný.

## Význam teorie

Bennerová zdůrazňuje, že tyto úrovně odrážejí posun od spoléhání se na abstraktní principy k využívání konkrétních zkušeností jako paradigmatu pro změny ve vnímání situací. Každý krok navazuje na předchozí, což umožňuje zpřesňování a rozšiřování znalostí a zkušeností. Tato teorie změnila profesní pochopení odbornosti, protože klade důraz na kvalitu poskytované péče spíše, než na prestiž pozice. Bennerová rovněž vychází z předpokladu, že by praxe měla formovat ošetrovatelskou teorii a vzdělávání.

Bennerové teorie je široce aplikovatelná v ošetrovatelské praxi, ve vzdělávání a v profesním rozvoji sester. Podporuje je v aktivním zapojení se do smysluplných edukačních programů. Pochopení teorie ošetrovatelským managementem je důležité také pro udržení sester na pracovišti. Teorie je rovněž aplikovaná při vytváření a uplatňování programů pro výběr a přípravu školitelů / mentorů / preceptorů a při definování orientačních (adaptačních) programů ve zdravotnických zařízeních. Cílem teorie Bennerové je usnadnit učení a kritické myšlení na cestě od novice k expertovi.

## Závěr

Teorie Patricie E. Bennerové "Od nováčka k expertovi" poskytuje strukturovaný rámec pro pochopení a podporu profesního rozvoje sester. Tato teorie zdůrazňuje význam praktických zkušeností a jejich roli v rozvoji odborných znalostí a dovedností, čímž posouvá tradiční důraz na teoretické vzdělávání. Bennerová tak ukazuje, že skutečná odbornost je dosažena prostřednictvím postupného procesu, který zahrnuje pět úrovní od nováčka po experta, přičemž každá úroveň přináší hlubší porozumění a schopnost efektivně reagovat na komplexní klinické situace. Celkově vzato, teorie "Od nováčka k expertovi" poskytuje cenný nástroj pro rozvoj ošetrovatelské profese.

## Literatura:

BENNER, Patricia E. From novice to expert. Contemporary nursing [online]. 2011 [cit. 2024-07-14].

Dostupné z: [http://currentnursing.com/nursing\\_theory/Patricia\\_Benner\\_From\\_Novice\\_to\\_Expert.html](http://currentnursing.com/nursing_theory/Patricia_Benner_From_Novice_to_Expert.html)

DAVIS, A. a P. MAISANO. Patricia Benner: From novice to expert - a concept whose time has come (again). Oklahoma Nurse. 2016, 61(3), 13-15.

EUSTACE, R. From novice to expert. Nursery [online]. 2020 [cit. 2024-07-14]. Dostupné z: <https://nursology.net/nurse-theorists-and-their-work/from-novice-to-expert/>

ZDEMIR, N. G. The evolution of nurses' perceptions and practice of individualized care: Benner's Novice to Expert Model perspectives. International Journal of Caring Sciences. 2019, 12(2), 1274-1285.

STINSON, K. J. The Benner framework and clinical decision making in the critical care setting. Nursing Science Quarterly. 2017, 30(1), 52-57. DOI: 10.1177/0894318416680536

**Korespondenční adresa:**

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

Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta

Ústav ošetrovatelství 2. LF UK a FN Motol

V úvalu 84/1

150 06 Praha 5 – Motol

[daniel.jirkovsky@fnmotol.cz](mailto:daniel.jirkovsky@fnmotol.cz)

## KOLBŮV MODEL UČENÍ SE PRAXÍ: APLIKACE V OŠETŘOVATELSTVÍ

Jirkovský Daniel, Haluzíková Jana, Neugebauer Jan

Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta, Ústav ošetřovatelství 2. LF UK a FN Motol

### **Souhrn:**

*Kolbův model zkušenostního učení je klíčovým nástrojem pro rozvoj dovedností v ošetřovatelství. Tento model, inspirovaný teoretiky jako Lewin, Dewey a Piaget, zahrnuje čtyři fáze učení: konkrétní zkušenost, reflexivní pozorování, abstraktní konceptualizaci a aktivní experimentování. V ošetřovatelství se model aplikuje prostřednictvím simulací a teoretických diskusí, což sestřám umožňuje efektivně reagovat na klinické situace a zlepšovat péči o pacienty. Rozpoznání různých učebních stylů je zásadní pro adaptaci na nové technologie a poskytování kvalitní péče.*

### **Klíčová slova:**

*Kolbův model učení; Zkušenostní učení; Ošetřovatelství; Profesionální rozvoj; Konkrétní zkušenost; Reflexivní pozorování; Abstraktní konceptualizace; Aktivní experimentování; Divergentní styl; Asimilující styl; Konvergentní styl; Akomodující styl; Simulace klinických situací.*

## KOLB'S LEARNING-BY-DOING MODEL: APPLICATION TO NURSING

### **Summary:**

*Kolb's experiential learning model is a key tool for skill development in nursing. Inspired by theorists such as Lewin, Dewey, and Piaget, the model includes four stages of learning: concrete experience, reflective observation, abstract conceptualization, and active experimentation. In nursing, the model is applied through simulations and theoretical discussions, enabling nurses to respond effectively to clinical situations and improve patient care. Recognition of different learning styles is essential for adapting to new technologies and providing quality care.*

### **Keywords:**

*Kolb's learning model; Experiential learning; Nursing; Professional development; Concrete experience; Reflective observation; Abstract conceptualization; Active experimentation; Divergent style; Assimilative style; Convergent style; Accommodative style; Simulation of clinical situations.*

## **Úvod**

David Allen Kolb (\*1939) představil model zkušenostního učení (Experiential Learning Model, ELM) v roce 1984. Byl inspirován významnými teoretiky jako Kurt Lewin, John Dewey a Jean Piaget. Tento model se stal základem pro Kolbův Inventář stylů učení 4.0, který zkoumá, jak jednotlivci interagují s učebními podmínkami, zahrnujícími kognitivní, afektivní, fyzické a environmentální aspekty. V ošetřovatelství je neustálý profesní rozvoj klíčový, protože rozšiřování kompetencí je u sester vnímáno jako jeden z předpokladů úspěšného vykonávání profese a poskytování kvalitní péče odpovídající poznatkům doby.

### **Klíčová východiska a komponenty modelu:**

Kolbova teorie učení je součástí konstruktivistického přístupu, kde je znalost zakotvena v konkrétní zkušenosti. Jednotlivci se učí, vytvářejí a přetvářejí své znalosti na základě prožitých zkušeností. V ošetřovatelství je praktická zkušenost zásadní pro rozvoj schopností řešení problémů, znalostí a postojů,

kteřé jsou nezbytné pro efektivní ošetrovatelkou péči. Znalosti vznikají kombinací získávání a transformace zkušeností, což je v ošetrovatelství důležité zejména při adaptaci na nové situace a technologie.

Zkušenostní učení podle D. Kolba probíhá prostřednictvím čtyř fází:

**Konkrétní zkušenost (CE):** Učení se vcítěním a zapojením, což je v ošetrovatelství klíčové při přímé péči o pacienty, kde je důležité vnímat jejich potřeby a reakce.

**Reflexivní pozorování (RO):** Učení se pozorováním, reflexí a nasloucháním, což pomáhá sestřám analyzovat situace a zlepšovat péči na základě předchozích zkušeností.

**Abstraktní konceptualizace (AC):** Učení se pomocí logiky a uvažování, což umožňuje sestřám vytvářet plány péče a systematizovat postupy.

**Aktivní experimentování (AE):** Učení se akcí a rozhodováním, což je nezbytné při implementaci nových postupů a technologií v péči o pacienty.

Kolb vydefinoval čtyři styly učení, které kombinují shora uvedené fáze, jsou to:

**Divergentní (CE a RO):** Tento termín označuje styl myšlení nebo učení, který se zaměřuje na generování mnoha různých nápadů nebo řešení z jednoho výchozího bodu. V kontextu učení to znamená, že jedinec je schopen vidět různé perspektivy a přístupy k problému, což je užitečné při kreativním řešení problémů. Je vhodný pro sestry, které se učí nejlépe prostřednictvím simulací, diskusí a pozorování.

**Asimilující (RO a AC):** Tento styl učení se zaměřuje na pochopení a integraci informací. Jedinci s asimilujícím stylem preferují logické uvažování a systematické plánování. Často se soustředí na teorie a koncepty, které mohou být aplikovány na praktické situace. Umožňuje sestřám učit se pomocí analýzy, přednášek a modelů, což je užitečné při studiu teoretických aspektů péče.

**Konvergentní (AC a AE):** Konvergentní styl učení se zaměřuje na nalezení jednoho nejlepšího řešení problému. Jedinci s tímto stylem preferují praktické aplikace teorie a logické uvažování. Tento přístup je často využíván při řešení problémů, kde je potřeba aplikovat konkrétní znalosti. Zaměřuje se na logické uvažování a na aplikaci teorie, což je důležité při řešení klinických problémů.

**Akomodující (AE a CE):** Tento styl učení je charakterizován schopností přizpůsobit se novým situacím a změnám. Jedinci s akomodujícím stylem se učí nejlépe prostřednictvím praxe. Jsou flexibilní, což jim umožňuje efektivně reagovat na nové výzvy. Podporuje učení prostřednictvím praxe a experimentování, což je klíčové při adaptaci na nové situace.

### **Aplikace modelu v ošetrovatelství**

Kolbův model je v ošetrovatelství aplikován různými způsoby, aby podpořil efektivní učení a rozvoj dovedností. Například při vzdělávání sester se využívají simulace klinických situací, které umožňují sestřám zažít konkrétní zkušenosti (CE) a následně reflektovat své jednání (RO). Tento proces je doplněn teoretickými přednáškami a diskusemi (AC), které pomáhají sestřám pochopit podstatu péče a aplikovat naučené koncepty v praxi (AE). Takový přístup zajišťuje, že sestry jsou lépe připraveny na reálné situace a mohou efektivně reagovat na potřeby pacientů.

### **Závěr**

Kolbův model učení se praxí poskytuje cenný rámec pro pochopení, jak se sestry učí a jak mohou efektivněji rozvíjet své dovednosti a znalosti prostřednictvím zkušeností. Rozpoznání různých studijních stylů je v dnešní době, kdy informační technologie hrají klíčovou roli, stále důležitější. Zkušenostní učení je formováno preferencemi jednotlivců a probíhá současně, když se sestry aktivně zapojují do svých



pracovních povinností, což je klíčové pro jejich profesní rozvoj s pozitivním přesahem do kvality poskytované ošetrovatelské péče.

#### **Literatura:**

CAMPOS, D. G., ALVARENGA, M. R. M., MORAIS, S. C. R. V., GONÇALVES, N., SILVA, T. B. C., JARVILL, M., et al. A multi-centre study of learning styles of new nursing students. *Journal of Clinical Nursing*. 2022, 31(1–2), s. 111–120.

KOLB, D. *Experiential Learning: Experiences as the Source of Learning and Development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1984.

WIJNEN-MEIJER, M., BRANDHUBER, T., SCHNEIDER, A., BERBERAT, P. O. Implementing Kolb's Experiential Learning Cycle by Linking Real Experience, Case-Based Discussion and Simulation. *Journal of Medical Education and Curriculum Development*. 2022, 9, 23821205221091511.

MEYER, E. G., BATTISTA, A., SOMMERFELDT, J. M., WEST, J. C., HAMAOKA, D., COZZA, K. L. Experiential Learning Cycles as an Effective Means for Teaching Psychiatric Clinical Skills via Repeated Simulation in the Psychiatry Clerkship. *Academic Psychiatry*. 2021, 45(2), s. 150–158.

LISKO, S. A., O'DELL, V. Integration of theory and practice: experiential learning theory and nursing education. *Nursing Education Perspectives*. 2010, 31(2), s. 106–108.

WITT, J., COLBERT, S., KELLY, P. J. Training Clinicians to be Preceptors: An Application of Kolb's Theory. *Journal of Nurse Practitioners*. 2013, 9(3), s. 172–176.

#### **Korespondenční adresa:**

PhDr. RNDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA  
Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta  
Ústav ošetrovatelství 2. LF UK a FN Motol  
V úvalu 84/1  
150 06 Praha 5 – Motol  
[daniel.jirkovsky@fnmotol.cz](mailto:daniel.jirkovsky@fnmotol.cz)

## INTEGRACE NOVÝCH TECHNOLOGIÍ V OŠETŘOVATELSTVÍ A V OŠETŘOVATELSKÉM VZDĚLÁVÁNÍ

Jirkovský Daniel

Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta, Ústav ošetřovatelství 2. LF UK a FN Motol

### **Souhrn:**

*Příspěvek se zabývá integrací nových technologií v ošetřovatelství a v ošetřovatelském vzdělávání, přičemž zdůrazňuje jejich vliv na pracovní prostředí, péči o pacienty a vzdělávání zdravotnického personálu. Mezi klíčové technologie patří simulace, virtuální realita, digitalizace zdravotnických záznamů, telemedicína, umělá inteligence a robotika. Tyto inovace zvyšují efektivitu, přesnost a kvalitu péče nebo podporují vzdělávání a připravenost zdravotnického personálu. Úspěšná implementace technologií závisí na vnímání, připravenosti a podpoře sester, stejně jako na řešení překážek. Text zdůrazňuje důležitost etického a zodpovědného přístupu k technologickému pokroku, který zajistí rovný přístup k inovacím a ochranu osobních údajů pacientů.*

### **Klíčová slova:**

*Ošetřovatelství; nové technologie; simulace; virtuální realita; digitalizace; umělá inteligence; robotika; ošetřovatelské vzdělávání*

## INTEGRATION OF NEW TECHNOLOGIES IN NURSING AND NURSING EDUCATION

### **Abstract:**

*This paper explores the integration of new technologies in nursing and nursing education, highlighting their impact on the work environment, patient care and nursing education. Key technologies include simulation, virtual reality, digitization of medical records, telemedicine, artificial intelligence, and robotics. These innovations improve efficiency, accuracy and quality of care or support the education and preparedness of healthcare staff. Successful implementation of technology depends on the perception, readiness and support of nurses, as well as addressing barriers. The text stresses the importance of an ethical and responsible approach to technological advances that ensures equal access to innovation and the protection of patient privacy.*

### **Keywords:**

*Nursing; new technologies; simulation; virtual reality; digitalization; artificial intelligence; robotics; nursing education*

### **Úvod**

Integrace nových technologií v ošetřovatelství je mnohostranný proces, který významně ovlivňuje pracovní prostředí, péči o pacienty a celkový systém zdravotní péče. Nedávné studie zdůrazňují důležitost pochopení vnímání, připravenosti a kontextových faktorů, které ovlivňují přijetí těchto technologií. Jedním z kritických aspektů implementace technologií v ošetřovatelství je podpora, která je poskytována sestřím při jejich každodenních činnostech nebo při vzdělávání.

Tento příspěvek se zaměřuje na klíčové technologie, jejich přínosy a výzvy spojené s jejich implementací, a na to, jak mohou ovlivnit ošetřovatelskou praxi a profesní vzdělávání sester.

## Nové technologie v ošetrovatelství a jejich přínosy

Simulace a virtuální realita se stávají nepostradatelnými nástroji v kvalifikačním i postkvalifikačním vzdělávání zdravotnického personálu. Simulátory umožňují studentům i zdravotnickým pracovníkům procvičovat složité postupy, jako je resuscitace nebo intubace, v bezpečném a kontrolovaném prostředí. To zvyšuje jejich připravenost na reálné situace, kde je každá chyba kritická. Virtuální realita navíc umožňuje zažít různé situace z pohledu pacienta, což může vést k rozvoji empatie a lepšímu porozumění potřebám pacientů. Například simulace života s demencí může pomoci zdravotníkům lépe pochopit, jak se pacienti cítí a jaké výzvy denně řeší.

Digitalizace zdravotnických záznamů je dalším klíčovým prvkem modernizace ošetrovatelské péče. Elektronické zdravotní záznamy (EHR) umožňují rychlý a snadný přístup k historii pacienta, což je klíčové pro efektivní rozhodování a minimalizaci chyb. Telemedicína, jako součást digitalizace, umožňuje poskytování péče na dálku, což je obzvláště přínosné pro pacienty v odlehlých oblastech nebo pro ty, kteří mají omezenou mobilitu. Pacienti s chronickými nemocemi mohou být monitorováni na dálku, což snižuje potřebu častých návštěv v nemocnici.

Umělá inteligence (AI) přináší revoluci v diagnostice a léčbě. AI systémy mohou analyzovat obrovské množství dat a identifikovat vzory, které by lidský mozek mohl přehlédnout. Například AI může pomoci při včasné detekci nemocí, jako je rakovina, analýzou obrazových dat z rentgenů nebo MRI. To umožňuje rychlejší a přesnější diagnózy. AI také může pomoci při predikci komplikací u pacientů, což umožňuje zasáhnout dříve, než se problém rozvine.

Robotika v ošetrovatelství usnadňuje fyzicky náročné úkoly, jako je zvedání pacientů, což snižuje riziko zranění pro zdravotnický personál. Robotičtí asistenti mohou také monitorovat vitální funkce pacientů, což umožňuje sestřám soustředit se na složitější úkoly. Například robotické systémy mohou automaticky sledovat srdeční frekvenci, krevní tlak a saturaci, a v případě potřeby upozornit zdravotnický personál na jakékoli abnormality.

## Integrace nových technologií do praxe

Úspěšná integrace nových technologií v ošetrovatelství závisí na několika faktorech. Podle Jedwaba et al. (2023) dochází k úspěšnému přijetí technologií, když tyto nástroje umožňují sestřám trávit více času s pacienty a když se sestry cítí připraveny a podporovány při používání technologie.

Integrace robotů do ošetrovatelství může zmírnit neošetrovatelské úkoly a umožnit sestřám soustředit se na profesní povinnosti, což může zlepšit spokojenost sester s prací (Chang et al., 2021).

Přijetí technologií je také ovlivněno vnímáním sester a jejich připraveností přijímat nové nástroje. Model přijetí technologií (TAM) naznačuje, že vnímání uživatelů významně ovlivňuje jejich postoje k technologiím, což následně ovlivňuje jejich záměr je používat (Gaughan et al., 2022).

Demografické faktory, jako je věk, pohlaví a dobrovolnost používání technologií, také hrají významnou roli při utváření zkušeností sester s digitálními nástroji (Wynn et al., 2023). Strategie řízení šité na míru mohou zvýšit přijímání inovací v technologicky náročných ošetrovatelských kontextech (Barchielli et al., 2021).

Vzdělávací aspekt ošetrovatelství hraje klíčovou roli v integraci technologií. Systematický přehled Kima a Parka (2019) naznačuje, že začlenění mobilních výukových technologií může zlepšit vzdělávání sester, i když počáteční neznalost těchto nástrojů může omezit jejich účinnost.

Yoo et al. (2023) zdůrazňují potenciál rozšířené reality ve vzdělávání ošetrovatelství a naznačují, že inovativní metody výuky mohou studenty efektivněji zapojit.

## Shrnutí poznatků o implementaci nových technologií pro praxi

Motivace, angažovanost, spokojenost sester mohou ovlivnit nebo být ovlivněny implementací nových zdravotnických technologií.

Znalosti sester o nových technologiích, jejich pochopení a dovednosti poskytují kontext před implementací, který určuje a ovlivňuje pracovní motivaci, angažovanost, spokojenost a pohodu sester a podporuje přijetí nových technologií na pracovišti.

Spokojenost sester s prací obecně, včetně jejich spokojenosti s novými technologiemi, by měla být středem zájmu managementu každého moderního zdravotnického zařízení.

## Závěr

Nové technologie, jako jsou simulace, virtuální realita, digitalizace a umělá inteligence, přinášejí revoluci do oblasti ošetrovatelské péče, a to jak v oblasti vzdělávání, tak i v samotném poskytování péče. Tyto inovace nejenže zvyšují efektivitu a přesnost, ale také zlepšují celkovou kvalitu péče o pacienty.

Celkově lze konstatovat, že nové technologie mají potenciál transformovat ošetrovatelskou péči, zlepšit její kvalitu a dostupnost, a zároveň zvýšit efektivitu zdravotnického personálu. Je však důležité, aby byl tento technologický pokrok doprovázen etickým a zodpovědným přístupem, který zajistí, že technologie budou sloužit ku prospěchu pacientů a zdravotníků. To zahrnuje zajištění ochrany osobních údajů pacientů, zajištění rovného přístupu k technologickým inovacím a neustálé vzdělávání zdravotnického personálu v používání nových technologií.

## Literatura:

JEDWAB, R., MANIAS, E., REDLEY, B., DOBROFF, N., & HUTCHINSON, A. (2023). Impacts of technology implementation on nurses' work motivation, engagement, satisfaction and well-being: a realist review. *Journal of Clinical Nursing*, 32(17-18), 6037-6060. <https://doi.org/10.1111/jocn.16730>

CHANG, H., HUANG, T., WONG, M., HO, L., WU, C., & TENG, C. (2021). How robots help nurses focus on professional task engagement and reduce nurses' turnover intention. *Journal of Nursing Scholarship*, 53(2), 237-245. <https://doi.org/10.1111/jnu.12629>

GAUGHAN, M., KWON, M., PARK, E., & JUNGQUIST, C. (2022). Nurses' experience and perception of technology use in practice. *Cin Computers Informatics Nursing*, 40(7), 478-486. <https://doi.org/10.1097/cin.0000000000000850>

WYNN, M., GARWOOD-CROSS, L., VASILICA, C., & DAVIS, D. (2023). Digital nursing practice theory: a scoping review and thematic analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 79(11), 4137-4148. <https://doi.org/10.1111/jan.15660>

BARCIELLI, C., MARULLO, C., BONCIANI, M., & VAINIERI, M. (2021). Nurses and the acceptance of innovations in technology-intensive contexts: the need for tailored management strategies. *BMC Health Services Research*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06628-5>

KIM, J. AND PARK, H. (2019). Effects of smartphone-based mobile learning in nursing education: a systematic review and meta-analysis. *Asian Nursing Research*, 13(1), 20-29. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2019.01.005>

YOO, S., HEO, S., SONG, S., PARK, A., JO, H., CHUL, W., ... & SON, M. (2023). Adoption of augmented reality into nursing education programs in intensive care in tertiary academic hospitals.. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-3090839/v1>

**Korespondenční adresa:**

PhDr. RNDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA  
Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta  
Ústav ošetřovatelství 2. LF UK a FN Motol  
V úvalu 84/1  
150 06 Praha 5 – Motol  
[daniel.jirkovsky@fnmotol.cz](mailto:daniel.jirkovsky@fnmotol.cz)